



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



Agence Nationale  
pour l'Amélioration des  
Conditions de Travail

# **Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue.**

**Séminaire du 2 juillet 2013 HAS et  
ANACT**

Octobre 2013

ANACT - HAS

sont les auteurs de ce rapport.

Ce rapport, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur :

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
<b>1. Table ronde : Qualité de vie au travail et qualité des soins : résultats des chantiers</b>	<b>8</b>
1.1 Les conclusions du chantier des établissements de santé	8
1.2 Les conclusions du chantier des organisations syndicales	11
1.3 Les conclusions du chantier des experts-visiteurs (EV)	15
<b>2. Seconde table ronde</b>	<b>25</b>
2.1 « Qualité de vie au travail et qualité des soins : croisement des points de vue autour de la certification »	25
<b>Conclusion de la matinée</b>	<b>42</b>

# Introduction

Dominique Maigne, directeur de la HAS

Nous vous remercions d'être venus si nombreux à Saint-Denis. Au nom du président de la HAS, du Collège et de l'ensemble des équipes qui ont contribué à la préparation de cette journée, je vous souhaite la bienvenue.

Nous sommes particulièrement fiers et heureux d'être en partenariat avec l'ANACT, un partenariat fructueux, mené autour de ce projet. C'est un dossier que nous avons suivi avec beaucoup d'attention, où nous savions que, à la fois, l'attitude et l'ambition de la HAS devaient être de produire une position, un espace, une capacité à élaborer une réflexion originale, différente de celle dans laquelle vous vous retrouvez les uns et les autres dans des postures ou des positions parfois très différentes. Nous avons, pour partie, essayé de vous donner une plate-forme, un espace adapté, protégé, neutre, pour vous permettre d'avoir une réflexion propre, de la confronter à celle d'autrui, de ne pas avoir la suspicion ou la réalité d'une instrumentalisation quelconque. Pour ce que nous avons vu, notamment au travers d'un certain nombre de restitutions, nous avons le sentiment que nous avons, avec l'ANACT, ouvert un espace fructueux pour une pensée différente de celle qu'on a parfois l'habitude de rencontrer dans les institutions qui sont amenées à confronter les opinions, les points de vue et les engagements sur le terrain du social et qui sont parfois confinés. Avec Thomas Le Ludec, qui abrite cette réflexion sur la certification des établissements de santé, nous avons eu la chance d'avoir Véronique Ghadi à la manœuvre dans ce projet, en lien avec les équipes de l'ANACT. Pour nous, il est important que le matériau produit au cours de cette journée, dans une logique d'impulser une réflexion et non de la figer, sera repris dans une réflexion forte sur les nouvelles orientations de la certification. Nous avons à la fois l'intuition et le postulat que qualité de vie au travail et sécurité des soins sont indissociables. C'est, pour nous, le rationnel qui nous a conduit à considérer que nous avons quelque chose à faire sur ce champ-là et cela n'aurait pas été respectable des acteurs en présence que de ne pas prendre en compte ce champ de réflexion dans la certification des établissements de santé. Le lien que nous avons entre le chantier qualité de vie au travail et certification des établissements de santé est, d'une certaine manière, constitutif de notre approche.

Nous allons suivre avec attention vos travaux et soyez assurés que nous n'avons pas d'autres ambitions que d'essayer de vous donner et de nous donner collectivement les moyens de cette réflexion.

Dominique Vandroz, directeur général adjoint de l'ANACT

Merci de nous accueillir et c'est l'occasion de nous féliciter de ce partenariat, dont le séminaire d'aujourd'hui sera l'occasion de mesurer le travail, le chemin accompli et les perspectives qu'ouvre ce travail.

Quelques mots sur ce que nous évoque ce partenariat et le travail effectué. Premier point, le lien que vous faites entre qualité de services, qualité de vie au travail. Aujourd'hui, avec des négociations en cours sur la qualité de vie au travail, un certain nombre de réflexions qui mûrissent, il paraît presque naturel de faire ce lien. Or ce projet, en 2010, était quand même un sacré pari. La qualité de vie au travail était une

notion extrêmement vague. Se lancer dans un processus de certification, de normalisation sur une notion floue était un véritable pari au départ. Pour nous qui portons cette notion, particulièrement cette année, et nous sortons d'une semaine sur la qualité de vie au travail, quand nous étions interrogés par les journalistes qui nous demandaient ce qu'était la qualité de vie au travail, ce qu'il y avait de nouveau, assez souvent nous cherchions des exemples dans le partenariat que nous avons eu. Ce partenariat est finalement un fournisseur d'exemples très concrets sur une notion floue au départ. Ce temps passé ensemble sur vos problématiques nous a permis de nourrir ce lien entre qualité de services et qualité de vie au travail. Un deuxième centre d'intérêt dans ce partenariat, vous l'avez rappelé plusieurs fois, votre préoccupation était la certification, la normalisation. Nous, c'est plutôt l'expérimentation. Pour nous ANACT, tout ce qui s'apparente à la certification et aux référentiels est créateur de contraintes, de situations de travail pénibles, etc. Il n'était pas évident pour nous de se lancer dans ce travail et comment nous allions sortir de cette logique de certification avec laquelle nous sommes peu familiarisés. L'intérêt de ce partenariat a été de montrer que, à l'intérieur de ces dispositifs, il existait aussi des marges de manœuvre à construire, qui permettaient d'enrichir les approches des uns et des autres, et surtout le travail effectué dans les établissements de soin. Lorsque nous relisons la production des différents groupes de travail, on voit cet espace qui se crée, au départ difficile à identifier mais que vous arrivez, par des retours d'expériences, par les échanges, à illustrer, à donner des points de vigilance, faire des choix et, dans les établissements, de mettre des focales sur tel ou tel point, de regarder un certain nombre de démarches mises en place par l'établissement et donc une certaine logique d'adaptation. Troisième point, la place du dialogue social qui est intéressante dans cette démarche de certification où l'on peut penser que c'est d'abord une démarche d'institution et que le dialogue social, la place des organisations syndicales ne sont pas si naturelle au départ. Et, pour nous, c'est une condition *sine qua non* de nos interventions. Finalement, chacun a avancé, que ce soit les experts-visiteurs, les responsables d'établissements, les organisations syndicales, chacun s'est construit une représentation. Quand on lit les différentes productions, ces représentations-là convergent, il y a une vision partagée de ce lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins. C'est intéressant pour vous, pour pouvoir continuer les travaux car cela permettra certainement de construire un certain nombre de choses. Lorsque nous avons le même vocabulaire et que l'on parle de la même chose, c'est toujours plus facile pour échanger et pour construire.

Les équipes de l'ANACT m'ont fait savoir aussi le plaisir à participer à ce projet. Vous avez offert un cadre de travail pour les uns et les autres qui a été facilitateur, avec un grand intérêt sur le sujet pour tous les participants. Et vous avez su créer les conditions d'un travail serein dans un espace libre d'une certaine manière, et qui a permis d'innover pour produire.

Je suis le directeur adjoint de l'ANACT et dans mes fonctions, je suis en charge de la question du transfert. On participe, on expérimente, on apprend des choses, on a du matériau, mais comment on le met à disposition d'un plus grand nombre ? Ce projet-là était à la fois un projet de construction et de transfert. En même temps que l'on expérimente – et c'est aussi l'enjeu d'un partenariat pour nous, avec une autorité comme la vôtre – quand on a une logique de certification qui intègre des questions de qualité de vie au travail, cela signifie que tous les experts-visiteurs qui vont aller demain dans un établissement vont porter cette approche et vont disséminer dans les différents établissements. Pour nous, c'est extrêmement intéressant puisque, en mettant peu de jours dans ce partenariat, nous avons, pour la qualité de vie au travail, un impact important. Beaucoup de matériaux sont en gestation et que nous réutiliserons largement dans nos productions en termes de valorisation.

Merci pour votre travail. Merci pour ce partenariat et certainement que cela ne s'arrêtera pas là !

### Thomas Le Ludec, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Ce sujet me paraît essentiel. Dans beaucoup de pays, nous avons bombardé les professionnels de santé d'énormément de prescriptions, de normes, ce qui a fait bouger les lignes en matière de prise en charge des patients, mais ce qui a aussi suscité des questions assez fortes, sur : est-ce que ce bombardement est toujours bénéfique à l'amélioration de la prise en charge, s'il n'est pas approprié préalablement par les acteurs mêmes de cette prise en charge ? Un point qui nous a beaucoup animés au sein de la Haute Autorité de Santé, est-ce qu'il ne faut pas se préoccuper de la qualité de vie au travail pour éviter les effets contre-intuitifs de ce bombardement normatif ? Un autre élément de réflexion, lié à ce que l'on constate à la fois dans l'analyse des événements indésirables graves, c'est la place du dialogue autour des actions de qualité au sein d'une équipe, au sein d'un ensemble qui peut être l'établissement lui-même, et la manière dont les professionnels entre eux, de manière respectueuse, arrivent à discuter de toutes ces actions de qualité. Nous sommes dans un système dominé par une culture, qui est la culture de la prescription. Cette culture a sans doute ses vertus mais elle a aussi ses défauts. Réintroduire la qualité de vie au travail pour déplacer les frontières de cette culture, réinterroger ce découpage, cette division du travail qui peut être appauvrissante, nous paraît non seulement un élément de sécurisation de la prise en charge, mais aussi un élément de confiance réciproque entre professions.

C'est un investissement de longue durée. Le travail que nous avons mené depuis trois ans ne clôt pas le débat, car, en dehors du cercle de notre séminaire, beaucoup de gens restent à convaincre, beaucoup de clarifications sont à opérer car il y a beaucoup de questions et de confusions. Les confusions, vous les connaissez : est-ce que ce n'est pas le travail du CHSCT ? Est-ce qu'on peut faire de la qualité de vie au travail alors que l'on a des ressources particulièrement contraintes ? Et le rôle de la HAS, c'est aussi de dire : justement, parce que nous sommes dans un système de contraintes, ce serait un luxe déraisonnable que de ne pas parler de qualité de vie au travail. Ce qui est une prise de position forte d'une institution publique. Nous avons énormément de questions à poser avec vous et avec tous les acteurs qui nous environnent, sur : comment faire progresser cette thématique dans un environnement dont on sait qu'il est difficile, avec des niveaux de maturité, dans nos établissements, dans les différents cadres professionnels, qui sont divers et pluriels ?

Nous avons une bonne journée de travail et Jean-Paul Guérin, président de la commission de certification des établissements de santé, qui s'est impliqué depuis le départ dans cette aventure, viendra nous rejoindre.

Je vais laisser Véronique présenter le déroulement du programme et ses modalités. Je vous souhaite la bienvenue et merci d'être aussi nombreux et présents depuis le départ.

### Véronique Ghadi

Je suis ravie de partager cette journée avec vous. Au cours de cette journée, nous allons essayer d'être le reflet de ce projet qui dure depuis trois ans, puisque c'est bien les acteurs que vous êtes qui allez témoigner de ces travaux. Nous allons les croiser, les mettre en perspective et en débat, avec comme

objectif de pouvoir identifier ce qui fait consensus entre nous, et les questions qui restent à travailler pour l'avenir.

Deux tables rondes ce matin. La première devrait permettre aux différents chantiers, établissements de santé, organisations syndicales et experts-visiteurs, de valoriser le travail qui a été fait et ce qui a été produit durant ces trois ans. Une deuxième table ronde valorisera les temps de croisement qui ont commencé à s'opérer, d'une part entre experts-visiteurs et organisations syndicales, et d'autre part entre experts-visiteurs et établissements de santé. Puis nous laisserons la parole à Philippe Davezies qui dressera à la fois ce qui a été tracé et ce qui reste à faire. Jean-Paul Guérin viendra retracer, en fin de matinée, ce travail parcouru puisqu'il a été à l'initiative du projet en 2010. Cet après-midi, nous irons en atelier et nous allons de nouveau produire pour tenter d'identifier ces points communs et les questions qui restent encore en chantier. Nous avons fait le choix que ce ne soient pas les participants de l'atelier qui rapportent, mais d'avoir des acteurs, qui sont dans des positions différentes, qui viendront, à l'aune de leur expérience, leur connaissance et leur réflexion, reprendre ce qui fait écho pour davantage problématiser les échanges en atelier. Puis Thomas Le Ludec conclura cette journée.

Si la HAS a effectivement autorisé cet espace de liberté, je remercie l'équipe de l'ANACT qui a été extrêmement soutenante pendant ces trois ans, sur un sujet difficile.

# 1. Table ronde : Qualité de vie au travail et qualité des soins : résultats des chantiers

Julien Pelletier, ANACT

C'est une journée de bilan, de partage et de suites éventuelles du projet. Le partenariat est le terme utilisé en introduction, cela a été un processus d'apprentissage pour les différents partenaires de ce projet. Nous apprenons de ce qui a marché et nous apprenons, un peu plus douloureusement, dans ce qui n'a pas marché ou dans les questions que ce processus a posées. Je demanderai à tous les intervenants qui portent ce projet de prendre la peine de faire un détour par les petites difficultés et les questions qui se sont posées ou qui peuvent se poser pour la suite. Je leur demanderai aussi de respecter le temps, de vous censurer sur le temps afin d'avoir du temps avec les participants.

## 1.1 Les conclusions du chantier des établissements de santé

Hubert Meunier, CH le Vinatier

Je ne prétends pas rapporter les travaux du groupe des établissements de santé. J'y ai participé, donc c'est un éclairage à la fois personnel et en tant que participant au groupe.

Autour de cette question de qualité de vie au travail, nous avons fait quelques constats initiaux, le premier étant que l'organisation du travail était souvent ressentie comme se faisant au détriment de la qualité de vie au travail et qu'elle était souvent revendiquée en opposition avec l'amélioration de l'organisation du travail. Nous avons aussi fait le constat que la qualité de vie au travail se résumait souvent, au travers des contrats locaux d'amélioration et conditions de travail, à des aspects matériels ou environnementaux autour du travail, tels que les crèches, les parkings, les questions de transport.

Des réflexions issues du groupe, nous avons réaffirmé certains fondamentaux. D'une part, nous n'avons pas à l'hôpital de problèmes de valeurs, quels que soient les métiers des uns et des autres, on ne se pose pas de questions sur notre utilité sociale et sur les valeurs. Et je pense que c'est un socle déterminant. Nous nous sommes également mis d'accord sur le fait que la finalité première de notre action restait le service rendu au patient et la qualité de ce service et non pas la qualité de vie au travail. La base première de notre action restait donc l'organisation du travail pour rendre un service de qualité. Cela n'exclut pas, bien sûr, la qualité de vie au travail puisqu'elle ne s'oppose pas à l'organisation du travail ou à la qualité de soins, et si elle n'en est pas la finalité, elle y participe. Il ne peut y avoir organisation pertinente du travail, et donc qualité des soins, sans une certaine forme de qualité de vie au travail.

Il nous a paru également nécessaire de rappeler que, dans le titre, la qualité de vie au travail était d'abord au travail et pas en dehors du travail, ce qui ne signifie pas que l'on ne doit pas se préoccuper de ces aspects périphériques.



Il nous a semblé aussi que la QVT était donc un marqueur de l'organisation du travail et de la qualité des soins et que c'était, à défaut d'être une finalité, une démarche, une lecture transversale de l'organisation.

Pour la mise en œuvre de cette démarche, un certain nombre de pré-requis ou de déterminants nous sont apparus au travers des études et des monographies réalisées par l'ANACT : tout d'abord, la nécessité d'un portage institutionnel fort, que cette démarche s'inscrive avec sincérité et transparence, d'une grande participation, la plus large possible, et une grande écoute de tous les acteurs, partant de la direction, les partenaires sociaux, les cadres et l'ensemble des personnels, sur un mode aussi peu hiérarchique que possible et le plus fonctionnel possible.

Il nous est apparu également que cette démarche était une démarche de proximité. Il me semble qu'il n'y a pas de réponse qualité de vie au travail uniforme possible à l'échelle d'un établissement, voire d'un pôle, mais cela est possible au niveau d'un service ou d'une unité, compte tenu que la qualité de vie au travail résultera d'actions adaptées à une organisation de travail ciblée. Cela nécessite des changements de positionnement de certains acteurs, en particulier des DRH et des directions des soins, et des partenaires sociaux. Il faut accepter les cadres d'organisation qui sont prescrits par la loi pour les établissements et que chacun se respecte dans ses fonctions.

Un lieu qui nous semble sinon déterminant mais important pour la mise en œuvre de cette démarche et qui reste à réinventer, ce peut être le CHSCT.

Dans ce changement de position des acteurs, en particulier des partenaires sociaux, c'en est fini des négociations générales dans le cadre du dialogue social, entre partenaires sociaux et direction à l'échelle d'un établissement, pour privilégier dorénavant des démarches participatives en construction plutôt que réactives en opposition. Il existe en effet un risque de coupure entre les représentants du personnel et lesdits personnels.

Un dernier point de vigilance, la qualité de vie au travail est tout d'abord un ressenti, celui de faire son travail comme on estime qu'il devrait être fait pour être bien fait. Or, on constate que, objectivement, tous les résultats s'améliorent en termes de prévention des risques psychosociaux, d'accident de travail, etc. J'en parlais avec mes collègues de la conférence des directeurs de centres hospitaliers récemment, nous venons tous de sortir nos rapports d'activité, nos bilans sociaux et les rapports des services de la médecine au travail, et nous constatons que, effectivement, les ratios s'améliorent. Pour autant, nous avons tous le sentiment que le ressenti se dégrade. Il me semble que, là, il y a un vrai questionnement : ne faudrait-il pas travailler sur cet écart entre la réalité des chiffres et des actions et le ressenti qu'elles entraînent qui, lui, se dégrade ? N'y aurait-il pas matière à travailler sur ce que nous appelons parfois notre seuil de tolérance ?

Je vous remercie.

**Julien Pelletier**

J'ai dû regarder votre titre à deux fois, je croyais entendre un salarié de l'ANACT s'exprimer sur la qualité de vie au travail : transparence, proximité, spécificités locales, marqueurs de la qualité des soins.

L'intérêt majeur de cette réflexion en groupe a été de partager nos expériences. Nous avons tous une définition de « l'amélioration de la qualité de vie au travail », et le fait de pouvoir partager nos expériences au travers d'exemples concrets, ainsi que les monographies qui nous ont été proposées, ont permis aussi d'avancer sur le sujet et de l'interroger différemment.

Ces premiers travaux nous ont permis de poser quelques principes de départ que je vais vous présenter :

- Définir la qualité de vie au travail est complexe et cette définition varie en fonction des expériences de chacun. Il est donc difficile d'emblée d'avoir une approche et une méthodologie communes sur le sujet.
- L'amélioration des conditions de vie au travail ne peut être évaluée à l'aide d'un outil du type grille d'évaluation. Le fait de pouvoir disposer d'un outil pour évaluer le sujet était perçu en première approche comme une aide pour les établissements de santé. Mais devant la complexité du thème et des différentes approches des membres du groupe, cette idée a été rejetée. Il nous a donc semblé que, dans le cadre de la prochaine certification, une évaluation normative de la qualité de vie au travail serait extrêmement compliquée et même contre-productive. Il ne fallait surtout pas proposer ce sujet comme un travail prescrit par la Haute Autorité de Santé, sur lequel chaque établissement et chaque acteur au sein de l'établissement devaient s'évaluer et apporter des mesures correctives.
- La qualité de vie au travail ne se décrète pas. Il s'agit avant tout d'un concept de départ sur le travail, de valeurs portées par l'institution et qui peuvent se manifester par une succession d'orientations et d'approches. Ce n'est pas l'affaire d'une personne, d'une direction (DRH, ou direction des soins) ou d'un acteur. C'est une démarche collective, transversale, qui percute fortement notre hiérarchie hospitalière. Partager sur le sujet, valoriser les propositions de chacun, accepter les valeurs rajoutées dans une approche transversale non pyramidale sont des éléments essentiels pour avancer sur le sujet.

Le groupe a beaucoup échangé sur cette notion de hiérarchie et de territoire encore prégnante et plus encore avec la mise en place des pôles et de la gouvernance.

Il s'agit bien d'un processus dans lequel chaque acteur peut apporter sa plus-value et son originalité pour améliorer le travail mais aussi les soins.

Il n'y a eu au sein du groupe aucun débat sur le fait que les soins dispensés sont de meilleure qualité quand les conditions de vie au travail sont bonnes au sein de l'équipe essentiellement.

- La qualité de vie au travail ne se résume pas uniquement à des améliorations environnementales ou structurelles. Il s'agit vraiment d'un état d'esprit, d'un mode de management attentif à l'expression des besoins, et au partage d'idées. Le groupe était également d'accord sur le fait que de décider du jour au lendemain de mettre en place une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail n'avait pas vraiment de sens si celle-ci n'était pas le reflet d'un mode de management, d'une perception du travail et de la place de chacun (partenaires sociaux, communauté médicale et acteurs sur le terrain) au service du soin.
- La qualité de vie au travail se conçoit alors comme un support pour réinterroger l'organisation dans une situation ou dans un contexte particulier. C'est un moyen pour améliorer la qualité des soins, une façon

de donner du sens à des initiatives multiples, sans rester dans une approche normative, souvent source de stress et de surcroît de travail. C'est un sujet qui permet de faire participer l'ensemble des professionnels. Aujourd'hui, avec les contraintes hospitalières, financières et autres, il est souvent difficile de faire accepter les contraintes. La concertation, le dialogue, la prise en compte des perceptions améliorent l'acceptation du contexte même si celui-ci est contraint.

La méthodologie d'approche pour interroger le thème a été plutôt de penser un outil global, qui permettrait aux établissements de santé et aux managers d'avoir quelques repères sur le thème, et de s'auto évaluer.

[Julien Pelletier](#)

Merci d'avoir mis l'accent sur la démarche collective, la culture, l'état d'esprit, l'embarquement des acteurs.

## **1.2 Les conclusions du chantier des organisations syndicales**

[Nathalie Pain, CFDT Santé Sociaux](#)

Pourquoi la CFDT s'est-elle impliquée dans les travaux de la HAS dès le premier séminaire ? Deux raisons essentielles à cette implication. Tout d'abord, l'objectif qui nous a été présenté, à savoir mettre la qualité de vie au travail en lien avec la qualité des soins, et tout cela au cœur de la démarche de certification : nous pensons que c'est un levier important pour que la qualité de vie au travail soit remise en discussion au sein des établissements. Ce qui nous rassemble, c'est l'objectif, à savoir au service de la qualité du service rendu. L'approche novatrice et porteuse d'espoir nous a également intéressés, pour une prise en compte effective de la qualité de vie au travail des professionnels dans les établissements de santé. Nous pensons que cela doit faire partie d'une préoccupation des établissements, tout comme la sécurité, la gestion budgétaire... Cela nous a également intéressés en termes de démarche, la façon dont les travaux ont été organisés, proposant à chacun des acteurs de s'exprimer dans les trois groupes de travail. Cette approche a favorisé une progression de notre réflexion, une co-construction du dispositif qui a tenu compte de l'expression de chacun.

Dans un second temps, nous avons apprécié l'échange possible avec les experts-visiteurs, qui a permis de confronter les points de vue des uns et des autres.

Cette démarche nous a permis de sortir de la plainte et d'aller autour de ces questions de qualité de vie au travail d'une manière positive et constructive, afin de voir comment les appréhender et les évaluer.

Je voudrais insister sur un élément très important pour nous, c'est la participation et l'association des experts sur ces questions de qualité de vie au travail, qui nous ont apporté un éclairage et qui ont facilité le dialogue entre les différents interlocuteurs. Enfin, la qualité d'écoute de la Haute Autorité de Santé a largement favorisé notre implication.

Nous nous sommes dit au départ que cela pourrait peut-être faire évoluer l'image de la certification. En effet, la certification est plutôt perçue comme une contrainte et du travail supplémentaire. Y intégrer la qualité de vie au travail doit permettre de faire évoluer le dialogue social autour de ces questions, de favoriser un dialogue constructif avec les directions plutôt que dans la plainte d'un côté ou dans le déni de l'autre.

C'est permettre une évaluation qualitative de la qualité de vie au travail et ouvrir la possibilité de mettre en place des actions permettant son évolution, dans l'intérêt conjoint des professionnels et des usagers. C'est aussi permettre la reconnaissance du cœur de métier des personnels dans les unités de travail par la prise en compte de la réalité du travail, de leur activité réelle. C'est bien au plus près du poste de travail que ces questions doivent se discuter.

La façon dont les travaux ont été organisés nous a permis une maturité et une progression dans les différents items. Nous avons essayé d'identifier les différentes composantes de la qualité de vie au travail, comment l'évaluer, avec qui.

Il reste cependant quelques éléments à discuter :

Si la place des organisations syndicales au moment de la visite des experts-visiteurs a été abordée, celle des professionnels est un point encore à approfondir. Quel rôle leur laisse-t-on dans cette approche de la qualité de vie au travail ?

Nous sommes en attente des conclusions des travaux du groupe des établissements puisque c'est la première fois que nous nous rencontrons, pour continuer à travailler ensemble sur ce sujet à l'échelon national.

Il nous faut continuer à travailler sur les outils proposés, les moyens à mobiliser pour évaluer la qualité de vie au travail. Une notion très importante dans la qualité de vie au travail des professionnels est celle du travail bien fait, mais comment pouvons-nous la questionner et la mettre en discussion ? Quelles suites dans les établissements après l'évaluation de la qualité de vie au travail ? Lorsque nous serons au bout de la démarche, comment allons-nous valoriser les « bons élèves » et comment faire évoluer les « moins bons élèves », puisque c'est aussi l'objet de la certification ?

Nous nous sommes aperçus dans notre groupe de travail d'un possible écart des approches dans ce dossier entre le niveau national et le niveau local. Comment faciliter ce portage localement, même si chaque organisation concernée peut mettre en place un dispositif qu'elle jugera utile ? Comment diffuser, comment permettre que les choses évoluent localement ?

Un point sur lequel nous pouvons commencer à travailler est celui de la place des professionnels. Comment faire pour que le travail soit remis en discussion au plus près d'eux ? Ces questions du travail ne se discutent plus beaucoup dans les services. Comment peut-on autoriser et faciliter la parole des professionnels sur leur travail dans une perspective d'évolution d'organisation ? Il n'est pas toujours facile de s'exprimer sur son travail et de sortir de la plainte.

Nous nous interrogeons sur le rôle de l'ANAP qui diffuse un certain nombre d'outils auprès des établissements, devant concourir à l'amélioration de la performance, mais qui ne prend pas en compte

cette notion de qualité de vie au travail. Ainsi ces outils peuvent participer, dans leur application, à la dégradation de cette qualité de vie au travail. Il nous faudra aborder cette question, à savoir quelle place l'ANAP a dans le dispositif ?

### Julien Pelletier

La qualité de vie au travail est investie de fortes ambitions pour vous, aussi importantes que l'approche budgétaire, et de faire évoluer le dialogue social, la reconnaissance des métiers au plus près du travail, trois ambitions qui sont structurantes pour l'avenir.

### Marc Giroud, SAMU-Urgences de France

Qu'attendions-nous ? A vrai dire, moins que ce que nous avons reçu. Cela a été une heureuse surprise que notre ressenti profond et intime soit pris en compte. Véronique Ghadi est venue le dire dans des assises que nous avons organisées et la surprise a été partagée.

Ce que nous attendions aussi, c'est l'objectivation du lien entre la qualité dans laquelle nous fonctionnons et le résultat pour le patient. Finalement, pour nous, c'est de sortir de la relation dans laquelle nous sommes enfermés entre les acteurs et les financeurs, jusqu'à rendre intime cette opposition, cette lutte permanente, en l'introduisant dans les pôles. Et avec cette invention diabolique de l'ANAP, de la performance absolue. Nous avons, grâce à la démarche qui nous a été offerte, ouvert une brèche dans tout cela.

Nous avons reçu la conviction, grâce aux travaux d'experts et aux échanges, que ceci a un fondement. Et c'est important pour nous d'avoir un fondement rationnel, dans le style HAS, que ceci ne soit pas simplement un cri du cœur. Le plaisir aussi de partager avec les autres et l'espoir.

De notre côté, nous ne sommes pas restés immobiles. Nous avons fait nos propres analyses, nos rencontres de terrain, nos études. Et ce qui est frappant, ce que les urgentistes supportent mal, c'est ce que nous avons appelé la « pénibilité induite », car il y a une pénibilité consubstantielle à l'urgence, on comprend que les malades soient fatigués, qu'ils souffrent, que ça se traduise sur les professionnels, d'une certaine manière nous l'admettons. Nous admettons qu'il faut travailler la nuit, le dimanche, etc. En revanche, il y a une pénibilité induite qui est insupportable et nous avons pris sur nous le parti de ne pas attendre mais de décider que, à partir du 15 octobre, nous arrêtons de chercher les places pour les malades en aval des urgences. C'est considéré comme la plus grande souffrance, par les urgentistes, que de passer leur vie à téléphoner à des personnes qui les engueulent parce qu'elles ont envie de tout sauf de recevoir le malade qui, pourtant, est là et dont il faut s'occuper. Sachant que nous avons découvert que cette attente aux urgences d'un lit dans les étages était une maltraitance et, en plus, une perte de chance pour les personnes car il y a une mortalité accrue en lien avec cette situation.

Encouragés par ces réflexions, par ce travail, ce partage, cela nous a donné l'idée de nous mobiliser, de mobiliser la fédération hospitalière. À notre congrès, la ministre a fini par parler de maltraitance en reprenant ce que nous avons nous-mêmes mis sur la table. Elle n'a pas osé parler de perte de chance, mais derrière la maltraitance, il y a bien cela aussi.

Il reste des choses qui ne sont pas acquises. Une première piste, le harcèlement de la qualité. Je reçois un questionnaire hier du ministère de la Santé : « 500 questions pour améliorer le système ». Le but est très louable mais cela fait beaucoup d'un coup. L'ARS fait cela aussi régulièrement, ainsi que la direction. Et puis on prépare la certification dix ans avant car on a compris le second degré, le troisième degré, que les experts-visiteurs savent comment il faut faire maintenant pour aller chercher les informations, et nous passons donc notre temps à faire cela. Nous avons donc une réflexion à mener sur cette question.

Nous devons avoir des réflexions sur de nouvelles fonctions. Accueillir les malades ce n'est pas forcément le métier d'un médecin, le métier d'une infirmière. Organiser les flux ce n'est pas forcément le métier d'un professionnel de l'urgence. Nous devons inventer ces métiers à l'hôpital si nous voulons répondre à ces préoccupations.

Et enfin, c'est plus difficile à dire mais il le faut, une réflexion sur les rythmes de travail. Le travail en 12 heures, nous l'avons évoqué, est quelque chose où se percutent les intérêts personnels, familiaux, le travail dans le service d'un côté, voire le travail que l'on peut faire ailleurs, ou la vie de loisir qui est quelquefois un véritable travail aussi. Tout ceci, nous aimerions nous y pencher un peu plus.

### Julien Pelletier

Merci beaucoup pour nous avoir permis d'accéder à l'intériorité de l'organisation, les exigences de reporting, les attentes de lits, les questionnaires de 500 questions, l'ANAP, etc.

### Isabelle Crouzet-Godard, CGT

À la CGT, nous avons décidé de participer surtout car il y a aussi d'autres négociations qui se font sur l'amélioration des conditions de travail et suivre différents chantiers et essayer de faire des liens pour voir si ce qui se dit dans un endroit n'est pas en contradiction avec une autre négociation. Pour nous, la certification était ressentie comme une contrainte et comme quelque chose qui éloigne le soignant du patient.

La finalité du projet était difficilement appréciable au début, nous avons un peu de mal à voir où nous allions, d'autant que la politique générale autour de la santé ne s'améliore pas véritablement, et que les difficultés des agents et leur mal-être au travail, voire des drames humains, sont toujours d'actualité.

Nous avons beaucoup apprécié l'intervention du Pr. Davezies et de M. Danielou, ainsi que l'appui de l'ANACT. La rencontre avec les visiteurs experts et le fait de travailler ensemble a permis, dans un premier temps, d'avoir un autre regard sur eux et de mieux appréhender leurs difficultés à s'approprier les indicateurs sur la qualité de vie au travail lors de leurs visites. Il était aussi intéressant d'avoir un vocabulaire et des définitions communs. Effectivement, quand nous parlons de la qualité, nous ne parlons pas toujours des mêmes choses selon le positionnement de chacun. Nous préférons comme termes l'amélioration des conditions de travail et nous aimerions que ce ne soit pas réduit à un saupoudrage social et que les établissements puissent réellement s'engager dans ce chantier. Nous serons très vigilants sur ce qui va être mis en place. Comment le compte qualité et le projet PACTE seront pris en compte par les établissements ? Quelles répercussions sur les personnels ? Et quels moyens seront déployés ?

Une prise en compte collective et réelle de tous les acteurs sur l'amélioration des conditions de travail ne peut que nous satisfaire, mais nous y sommes très attentifs et circonspects à l'heure de la mise en place généralisée des 12 heures et des difficultés de fonctionnement des CHSCT.

Pour nous, le « bien travailler » c'est le « bien soigner », mais à la condition que les personnels soient respectés et reconnus, ainsi que leur travail, et que la prise en compte du travail réel soit une priorité. Mais attention de ne pas les mettre en concurrence avec les certifications d'équipe. Si ce sont des certifications de bonnes pratiques, c'est une chose, mais pour les certifications d'équipe, nous sommes plus inquiets. Un chantier nous paraît primordial, à savoir : comment remettre l'expression des personnels sur l'organisation de travail et sur leur travail ?

[Julien Pelletier](#)

Vous avez été très précise, en particulier sur les chantiers de l'avenir : CHSCT, certification d'équipe, expression des salariés.

### **1.3 Les conclusions du chantier des experts-visiteurs (EV)**

[Henri Gatka, EV HAS](#)

Nous devons distinguer plusieurs étapes à nos travaux.

La première est une phase d'appropriation de la démarche.

Notre groupe était composé d'une vingtaine d'experts-visiteurs du secteur privé, du secteur public, avec des fonctions très diverses : médecins, soignants et gestionnaires. Tous étaient volontaires et, de ce fait, déjà sensibilisés aux problématiques de qualité de vie au travail, de risque psychosocial et, d'une manière plus générale, de santé au travail.

Qui dit diversité des participants dit aussi diversité de leurs représentations. Dominique Vandroz soulignait cette difficulté en introduction. Il s'agissait effectivement d'un premier écueil à la démarche. Si nous étions tous convaincus du cercle vertueux entre qualité de vie au travail et amélioration de la qualité et de la sécurité, chacun avait sa propre vision de la QVT et encore plus des modalités d'interventions dans ce champ.

Tout ceci à mettre sur le compte :

- d'un domaine d'investigation nouveau pour les experts-visiteurs ;
- d'un domaine éminemment complexe. Regarder la qualité de vie au travail à l'occasion d'une visite, c'est tout regarder : le management, l'organisation des soins, les conditions de travail, etc.

Il s'agit, comme toute, du même type de problèmes rencontrés par les établissements eux-mêmes. Qu'en est-il de la qualité de vie au travail dans un établissement ? Peut-on l'évaluer, la mesurer ? Nous avons eu exactement le même type d'interrogations. Pour la HAS, fort heureusement, il ne s'agit pas de mesurer le niveau de la qualité de vie au travail, mais de vérifier qu'un processus d'amélioration continue

de la qualité de vie au travail est réellement engagé dans l'établissement. C'est la démarche qui compte avant toute chose.

Malgré cette complexité, les travaux du groupe nous ont permis une lecture partagée de la qualité de vie au travail dans la procédure de certification, à défaut de quoi les visites expérimentales n'auraient pas été possibles. Nous avons produit des éléments guides pour effectuer les visites. Nous avons identifié les déterminants de la qualité de vie au travail : environnement physique, type de management, contexte économique, etc. Nous avons défini les périmètres d'investigation. Nous avons identifié les questions que nous devons nous poser à l'occasion des visites : comment l'institution s'est-elle mobilisée ? Quelle organisation du travail ? Liens entre vie privée et vie professionnelle ? Existe-t-il des pratiques managériales favorables à la qualité de vie au travail ?

Nous avons testé deux méthodes : entretiens individuels et groupe de discussion *ad hoc*, constitué par les établissements. Cette dernière s'est avérée la plus pertinente pour notre démarche.

La deuxième étape a donc été la phase de visites.

Munis de cet outil, nous avons été confrontés à la « vie réelle » à l'occasion de 27 visites expérimentales.

Quels sont les principaux points d'enseignements de ces visites ?

- Le caractère prégnant des contraintes et incertitudes économiques génère un stress au travail dans une grande majorité d'établissements.
- Les degrés de maturité et de réflexion sur la qualité de vie au travail sont très différents d'un établissement à l'autre. Cette disparité se retrouve également au sein d'un même établissement entre différentes catégories de personnels, voire entre les partenaires sociaux.
- Nous avons constaté très peu d'états des lieux partagés entre partenaires sociaux sur les problématiques de QVT.
- L'approche risques psychosociaux, une approche gestion des risques, était souvent une porte d'entrée pour aborder le domaine plus vaste de la qualité de vie au travail. Les établissements engagent une réflexion sur ce champ qui débouche fréquemment sur les problématiques plus larges de qualité de vie au travail.
- Le lien qualité de vie au travail et qualité des soins n'est pas toujours spontanément établi dans les établissements.
- Après explicitation de la démarche menée par la HAS, la légitimité de son intervention sur la qualité de vie au travail est unanimement reconnue. Le fait que l'on procède à des investigations sur la qualité de vie au travail n'est pas un point de contestation. Le débat est, en fait, après explicitation, dépassionné.

Fort de ces enseignements Christian Meyssonier va vous préciser les pistes de réflexions abordées par le groupe.



## Christian Meyssonier, EV HAS

En fonction de la complexité de la qualité de vie au travail, du retour d'expérience de nos visites, de la complexité des situations rencontrées d'un établissement à l'autre, s'est posée la question : comment intégrer la qualité de vie au travail dans une démarche de certification ?

Cela nous a conduits à aborder la qualité de vie au travail et la certification au travers de deux problématiques. La première : comment inclure la qualité de vie au travail dans la certification ? Nous sommes rapidement arrivés au consensus que la certification devait prendre en compte l'évaluation, la mesure d'une démarche, la mesure d'une dynamique de qualité de vie au travail dans un établissement de santé, et non pas le niveau de qualité de vie au travail atteint par cet établissement de santé. La seconde : comment évaluer une démarche ? La certification, c'est évaluer et mesurer. Si nous n'évaluons pas et ne mesurons pas, la certification n'a pas de sens. Comment mesurer une démarche de qualité de vie au travail dans un établissement de santé ? Comment mesurer la dynamique d'un processus de qualité de vie au travail ? Ces deux problématiques nous ont amenés, avec toutes les conclusions des retours d'expériences de nos visites, sur le fait que la certification de la HAS devait être conçue autour de deux axes. Le premier est un axe impulsé par la certification qui génère une dynamique de qualité de vie au travail dans les établissements de santé. Cet axe se traduit par l'information et la formation. C'est une pédagogie de la qualité de vie au travail au travers de la certification. L'objectif, pour les établissements de santé, est de s'accaparer une méthodologie, une grille de lecture de la qualité de vie au travail, et d'initier une démarche, une dynamique. Cet axe permet un processus d'apprentissage pour l'établissement de santé, il permet aussi de juger d'un niveau de maturité concernant la qualité de vie au travail et probablement d'orienter le cadre de la réflexion, le cadre dans lequel la visite va pouvoir se dérouler. Le deuxième axe est d'organiser et de réaliser la visite. Si nous voulons que la certification ait un sens, elle doit mesurer un processus. Dans ce contexte, il nous semble que cette mesure doit reposer sur des points obligatoires. Le premier est la production d'un état des lieux partagé de la qualité de vie au travail au sein d'un établissement, une sorte d'autoévaluation. Le second, à partir de cet état des lieux, est l'organisation d'un dialogue entre partenaires, mais aussi entre les différentes communautés d'un établissement de santé, à savoir les soignants, les médecins et les administratifs. Le troisième, si ce dialogue n'est qu'un dialogue, il restera stérile. Ce dialogue doit aboutir à un plan d'actions. Dernier élément, la consultation obligatoire du CHSCT.

Tous ces points, qui nous semblent importants à mettre en œuvre, devraient être le préalable à une visite. Ils permettent d'avoir un état des lieux, de mesurer la démarche, la dynamique d'un établissement de santé. Ce sont ces points obligatoires qui nous permettront, en visite, de véritablement évaluer la démarche de qualité de vie au travail dans le cadre de la certification.

En conclusion, deux éléments. La certification de la HAS est un moyen pour que les établissements de santé mettent en chantier un processus de qualité de vie au travail, en fonction de leur niveau de départ mais aussi en fonction des paramètres qui sont les leurs. Second élément, les experts-visiteurs auront à évaluer, à mesurer. Or la difficulté, c'est que cette mesure ne va pas de soi et il sera nécessaire que l'ensemble de nos collègues ait une formation à l'évaluation et à la mesure de la qualité de vie au travail.

Julien Pelletier

Merci beaucoup pour ces propos clairs et limpides. Tout le monde aura bien entendu les deux axes : la pédagogie de la qualité de vie au travail et l'organisation de la visite de l'expert-visiteur, avec un processus d'autoévaluation, un dialogue entre les acteurs et le CHSCT au centre, etc.

Je laisse la parole aux participants.

## ► Questions dans la salle

Max-André Doppia, secrétaire général adjoint du Syndicat des anesthésistes, élargi aux autres spécialités, et vice-président du Collège français des anesthésistes-réanimateurs

Quelle est la place des médecins dans ce dispositif ? Nous devons faire extrêmement attention à ne pas renouveler l'erreur qui s'est produite à propos de la santé au travail pour les personnels médicaux, qui, pour des raisons culturelles, historiques, politiques, sociales, ont été exclus de ce dispositif. Une enquête a montré que seuls 40 % des médecins hospitaliers fréquentaient les services de santé au travail, par exemple. Les médecins libéraux n'ont aucun service de santé au travail à disposition. Il y a un point très fort à marquer pour insérer les praticiens hospitaliers dans ce dispositif de concertation et de mise en place des conditions d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Il y a ensuite la problématique du CHSCT. Il n'y a pas de CHSCT médical, entre guillemets. Les médecins n'ont pas accès à cet espace d'élaboration, etc., sauf pour y représenter la commission médicale d'établissement. C'est un problème qu'il faudra régler, sinon nous risquons d'avoir deux démarches parallèles entre les praticiens et les autres personnels des hôpitaux.

Réponse Isabelle Crouzet-Godard

Effectivement, il y a des négociations en cours. Vous dites que les médecins ont été exclus, je pense qu'ils se sont exclus d'eux-mêmes. Des CHSCT spécifiques médecins, pour toutes les organisations syndicales, c'est une aberration. Les médecins ont des sièges en CHSCT, mais nous les voyons rarement venir.

## ► Question dans la salle

M. Yannick Lartigue, Fédération CFTC, Santé Sociaux

Dans votre appréciation, vous avez dit que qualité de vie au travail et qualité des soins n'étaient pas clairement établis et définis pour les établissements de santé. Pourriez-vous le détailler un peu plus ?

Henri Gatka

À l'occasion de nos visites, lorsque nous posons la question, ce lien n'était pas évident pour les établissements. Il fallait faire preuve effectivement de pédagogie pour expliciter cette thématique. Cela

n'était pas spontané. Pour eux, la qualité de vie au travail c'étaient souvent les plantes vertes, les processus d'accueil, etc.

### ► Question dans la salle

Christophe Segouin, praticien hospitalier Saint-Louis Lariboisière et SNAM

Il faut effectivement « embarquer » les médecins dans cette réflexion sur la qualité de vie au travail puisqu'ils peuvent être aussi générateurs de mauvaise qualité de vie au travail à travers certaines de leurs attitudes, car eux-mêmes ne font pas attention à leur qualité de vie au travail. Pour le CHSCT et les médecins, des négociations sont en cours au niveau national.

### ► Question dans la salle

Denis Garnier, Fédération FO Santé

Lundi dernier, au cours d'une discussion sur la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, nous nous sommes heurtés sur l'évaluation de la qualité de vie au travail. Nous avons été surpris de voir que dans le protocole proposé, le ministère de la Fonction publique veut mettre l'évaluation des cadres en fonction de critères sur la qualité de vie au travail. Lorsque je vous ai entendu dire que le groupe des établissements hospitaliers était opposé à l'évaluation des cadres en fonction de la qualité de vie au travail, j'ai été agréablement surpris. Voyez que nous pouvons être d'accord sur des points, mais il faudrait les retranscrire au plus haut niveau car au niveau inter-fonction publique, ils veulent le mettre en route et je pense que c'est contre-productif. Avant de mettre des critères d'évaluation sur la qualité de vie au travail, il faudrait la définir.

### Réponse Nathalie Pain

Il est hors de question d'exclure les médecins des discussions autour de la qualité de vie au travail. Comme vous l'avez rappelé, l'organisation des médecins a des incidences sur l'organisation du travail des autres professionnels. En revanche, est-ce uniquement au sein du CHSCT que ces questions doivent être discutées ? Nous avons été plusieurs à évoquer que c'est au plus près du travail réel des professionnels, peut-être au sein des unités de travail, que ces choses-là, en termes d'organisation, peuvent se discuter. Il faut bien évidemment que le corps médical soit associé à ces travaux.

### Réponse Monique Mazard

Par rapport au positionnement des médecins, la HAS et l'ANACT nous avaient proposé dans un document de réflexion intitulé « Repères et principes de l'amélioration de la qualité de vie au travail » un paragraphe dédié au positionnement de la communauté médicale sur le sujet. Le groupe s'est interrogé sur ce focus particulier. Nous n'avons pas retenu cette proposition, partant du principe que le

médecin comme tout acteur des établissements de santé était de fait intégré dans la dynamique de la qualité de vie au travail.

## ► Question dans la salle

Catherine Pourrin, co directeur CCECQA

J'ai eu le plaisir de participer à différents groupes de la HAS depuis quelques années, qui me semblent être en train de se recentrer et de progresser dans un même sens, et je parle des groupes sur la qualité de vie au travail, sur la bientraitance des patients et sur l'autoévaluation annuelle des programmes d'éducation thérapeutique. Je vous remercie car, dans votre approche évaluation, vous avez une approche pédagogique, d'auto-questionnement, d'autoévaluation et de réflexions, une approche centrée sur le patient et sur l'équipe et non plus uniquement sur l'institution. Le portage, par la HAS, d'une approche différente de l'évaluation normative est très riche pour nous tous. Toutefois, les professionnels sont un peu surpris et déroutés lorsque ces approches leur sont présentées. Je pense que ce tournant de la certification n'est pas encore bien connu et bien compris des professionnels. Vous avez parlé de différentes versions de la certification et, là aussi, nous parlons de différentes versions de l'évaluation, qui est plus dans le questionnement et dans la négociation. C'est important dans le positionnement de la HAS de faire comprendre cette maturation que vous apportez dans ces travaux qui, je l'espère, vont fusionner car ce sont des approches différentes du métier du soin et qui valorisent toutes les équipes. Merci de toutes vos présentations.

## ► Question dans la salle

Viviane Debarges, CGT, Fédération Santé Sociaux

M. Meunier a parlé de fin des négociations générales. Cela m'a un peu affolée car je ne pense pas que l'on puisse opposer négociation générale et qualité de vie au travail. La qualité de vie au travail doit être une préoccupation continue. Or il y a des temps pour des négociations générales et pas de temps pour la qualité de vie au travail, qui devrait être la préoccupation de tous les acteurs, qu'ils soient représentants des organisations syndicales, représentants des directeurs, sur la manière dont le travail est organisé. Je pense que la qualité de vie au travail n'est pas simplement un ressenti et cela ne concerne pas uniquement le secteur de la santé.

Hubert Meunier

Quand je disais « pas de négociations générales », je ne me plaçais pas au niveau des organisations centrales, je parlais des établissements. Il est fini le temps où nous discutons à l'échelle d'un établissement avec les organisations syndicales, en disant : « Dans cet hôpital, les infirmières travailleront de 8 heures à 16 heures. » Si nous faisons cela aujourd'hui, avec toutes les différenciations qui existent dans les établissements, nous serions à côté de la plaque dans la majorité des cas. Ces discussions d'organisation du travail doivent se mener au plus près des unités, au plus près des services,

afin de tenir compte des particularités. Cela ne signifie pas qu'il n'existe plus de discussions avec les organisations syndicales, cela veut dire qu'elles ne se situent plus, et notamment pour l'organisation du travail, sur un niveau général établissement. Cela suppose aussi que les acteurs locaux, que ce soit les DRH et les représentants du personnel, modifient leur mode d'exercice de fonctionnement et arrivent sur un mode plus constructif et moins dans la plainte ou dans la simple revendication, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faut plus revendiquer mais cela ne peut pas être le mode unique du dialogue social. Sinon le risque n'est pas tellement pour les directions d'établissement, il est – et je le vérifie assez régulièrement – que les représentants du personnel se coupent de leurs personnels. J'ai des exemples concrets et récents dans plusieurs services dans lesquels nous avons, avec les personnels, largement retravaillé toutes les organisations du travail. Nous arrivions dans les situations un peu surréalistes où, devant les instances, CHSCT, voire conseil de surveillance, les représentants du personnel votaient contre les organisations qui recevaient par ailleurs l'approbation de l'ensemble des personnels. Il faut que chacun réinvente un mode de fonctionnement, l'adapte, si l'on veut véritablement fonctionner. Pour moi, la qualité de vie au travail n'est pas la finalité, la finalité c'est le soin, mais on part du postulat qu'on ne peut pas avoir un soin de qualité s'il n'y a pas de qualité de vie au travail.

## ► Réponse dans la salle

Denis Garnier, FO Santé

C'est plutôt du côté des établissements, que vous appelez de votre vœu, que cela doit se passer. Si vraiment nous sommes déconnectés du personnel, nous avons des élections et nous nous faisons « jeter ». De ce côté-là, soyez rassurés, si nous sommes vraiment à côté, cela se régularisera tout seul. L'inquiétude que nous avons, c'est lorsque le respect des droits et le droit au respect ne s'imposent pas, et qu'il n'y a pas de marge de manœuvre. Je le dis souvent aux directeurs : « Ne vous inquiétez pas, d'abord vous ne votez pas pour nous et il y a des personnes qui se chargent de nous remettre à notre place quand nous n'y sommes pas. » Nous sommes beaucoup plus inquiets du comportement de certains directeurs d'hôpitaux. Quand on est avec une rémunération qui, à 50 %, dépend de votre acceptation des contraintes budgétaires, je vous recommande la lecture du livre, *Des gens très bien*, d'Alexandre Jardin, qui dit que quand on est plongé dans un cadre maléfique, il n'est pas nécessaire d'être le diable pour le devenir.

## ► Question dans la salle

Nadine Barbier, FHF

Merci à tous les intervenants pour ces regards croisés qui vont quasiment dans le même sens, ce qui est très encourageant. Je souhaiterais revenir sur des travaux qui se font en inter fonction publique puisque, actuellement, le ministère de la Fonction publique a lancé un certain nombre de réunions, dans un premier temps sur les risques psychosociaux, qui vont, dans un second temps, s'élargir à la qualité de vie au travail. Les projets de protocoles, tels qu'ils nous sont présentés, ne tiennent pas toujours compte des travaux réalisés par la HAS et par l'ANACT, qui, selon moi, sont des travaux de recherche et des travaux

scientifiques pertinents. La fonction publique hospitalière étant concernée à la fois par des travaux inter fonction publique et par des travaux uniquement en fonction publique hospitalière, j'ose espérer qu'ils iront dans le même sens et que vos travaux de recherche alimenteront les travaux inter fonction publique. Il ne faudrait pas que la fonction publique hospitalière soit écartelée. Nous parlons d'indicateurs, dans les projets de protocoles qui nous sont présentés, nous sommes sur des indicateurs de résultats et non pas des indicateurs de démarche, d'une démarche dynamique.

## Julien Pelletier

Olivier Liaroutzos et Pascale Levet vont nous présenter une synthèse.

## Olivier Liaroutzos, ANACT

Je retrouve dans les propos de ce matin à la fois l'enthousiasme et la prudence qui ont été omniprésents dans les trois groupes durant les trois années du projet. C'est certainement dû aussi au montage de ce projet. S'il y avait eu un seul groupe de travail qui s'était penché sur la qualité de vie au travail, nous pourrions parler de frilosité. Je pense que cette prudence est associée à de la rigueur. Cela a été souligné dès les propos introductifs, aborder la qualité de vie au travail dans le monde de la certification, c'est resserrer le débat sur modélisation, évaluation et indicateurs. Nous nous y sommes partout confrontés. Lorsque nous parlons de qualité de vie au travail, c'est s'exposer aussi à une tension, entre rester à un niveau de généralités ou s'enfermer dans des singularités de contexte.

Les uns et les autres ont tenté des exercices de définition, de listage d'indicateurs pour se dire qu'on était moins à la recherche de la nature de la qualité de vie au travail mais plus de ses conditions d'installation.

Quand je parle de prudence, c'était avec cette idée de ne pas basculer trop vite dans la définition d'indicateurs et l'écriture de procédures, ce qui aurait été en complète contradiction avec l'aspiration de la qualité de vie au travail, mais au contraire de poser des respirations par rapport au risque de toujours surajouter de la norme. Finalement, cet exercice, dans l'univers de la certification, nous a contraints à beaucoup de lucidité.

Prudence aussi en termes de méthode. Lorsque les experts-visiteurs se posent la question de comment faire entrer un ressenti dans les cases d'un référentiel d'évaluation, il y a une forte interrogation derrière cette prudence. Quand les organisations syndicales se demandent : quel type d'information peut-on transmettre aux experts-visiteurs et comment préparer ces informations pour les transmettre dans de bonnes conditions, c'est-à-dire une base de discussion et non pas considéré comme un positionnement attendu. Et quand les auteurs des monographies se posent la question : jusqu'à quel niveau de détail va-t-on se pencher pour préparer un travail de comparaison qui permette d'aborder ces conditions d'installation de la qualité de vie au travail, nous sommes dans une prudence méthodologique qui, de mon point de vue, est salutaire.

Autre chose importante, c'est la prudence quant à l'usage de l'expression « qualité de vie au travail ». En faisant les enquêtes dans les établissements, nous nous sommes rendu compte que cette expression était peu utilisée dans les documents de type projet d'établissement et projet social, dans les discours officiels, et ne revenait pas non plus dans les discussions et les entretiens menés par les auteurs des

monographies, et pourtant des personnes très engagées, très impliquées, dépensant beaucoup d'énergie dans les dispositifs, dans les démarches de qualité de vie au travail que nous observons. C'est comme si chacun revendiquait une forme de droit à la modestie. Tout ne se passe pas si bien dans les établissements de santé pour que l'on s'empresse de se ranger derrière une banderole qualité de vie au travail. En termes de temporalité, c'est quelque chose qui a attiré notre attention. Cela a été aussi présent ce matin et nous venons de l'évoquer par rapport au souci de cohérence. Nous venons d'évoquer ce qui préside d'ailleurs à la réflexion interprofessionnelle dans le cadre de la préparation de l'accord sur l'égalité de vie au travail, à savoir de chercher d'autres voies par rapport au risque d'éparpillement, voire d'épuisement, sur des objets et des séquences de négociations. Mais la cohérence, nous l'avons aussi trouvée à travers la concordance des temporalités. Installer une qualité de vie au travail ne se décrète pas, il y a une référence à une histoire de l'établissement. Les travaux ont évoqué la notion de parcours de qualité de vie au travail. Et il y a aussi des événements déclencheurs, tel qu'une fusion, l'installation d'un nouvel équipement technologique, etc. C'est tout un processus qui s'installe dans la durée.

Cette prudence, nous l'avons également trouvée par rapport à l'emboîtement des espaces. La qualité de vie au travail peut être dans un service, à condition que ce soit une expérimentation soutenue par l'institution, cela peut être dans un établissement, se confondant parfaitement avec la politique de l'établissement. Et puis il se passe aussi quelque chose du point de vue du territoire. Le projet de l'établissement, et donc la démarche qualité de vie au travail, tient compte de problématiques en termes d'offres de soin sur un territoire. Nous avons des exemples dans les monographies où cette question est très prégnante par rapport aux publics soignés. Nous avons deux exemples : dans le cadre d'un établissement d'hospitalisation à domicile et dans le cadre d'un ESPIC, dans des quartiers défavorisés. Et on voit comment, aussi bien sur les questions d'attractivité de certaines catégories de soignants et par rapport à des traitements de problématiques sur les parcours professionnels, cette question sera mise en avant, travaillée dans la démarche de qualité de vie au travail. Nous avons parlé d'expression du personnel, de parler du travail, de mettre en discussion l'organisation, cela renseigne aussi les réflexions engagées simultanément dans les établissements sur les parcours professionnels. On nous a aussi beaucoup parlé d'approches que l'on rangeait traditionnellement dans la gestion des ressources humaines. Il y a peut-être une jonction qui est en train de se faire, entre analyser le travail pour préparer une situation de changement, se projeter dans un avenir à court ou long terme, et en même temps travailler la question des parcours, par exemple améliorer un cursus de formation professionnelle.

Je terminerai par ce qui a été souligné sur la qualité des travaux des trois groupes, jamais à aucun moment la parole n'a été confisquée. Nous nous sommes tous compris quand nous parlions et pourtant nous venons de milieux différents. Il n'y a pas eu de risque de terrain trop occupé par des experts. Quelque part, je pense que c'est une démonstration par rapport aux mois et aux années qui viennent, car la qualité de vie au travail est aussi un marché sur lequel vont se positionner des acteurs. Et quand on peut installer cette qualité de parole et d'écoute, autant le faire savoir.

### Pascale Levet, ANACT

J'avais envie, en vous écoutant ce matin, de renvoyer quelque chose autour de : finalement, vous êtes des aventuriers, ceux qui vous êtes engagés sur la qualité de vie au travail. Nous avons beaucoup parlé de géographie, du champ, du périmètre, des échelles, des territoires, etc. Nous découvrons une nouvelle façon de penser, de concevoir, de voir les organisations. Petit clin d'œil, les aventuriers sont modestes et

surtout, ils sont curieux. Ils ont envie d'avancer, ce qu'ils découvrent les intéresse, cela les intéresse de comprendre.

Ce qui m'a beaucoup frappée dans ce que vous avez rapporté, c'est peut-être le chapeau d'un apprentissage collectif. Et dans cet apprentissage collectif, vous avez tous évoqué des choses sur l'enjeu de nos représentations : la signification de la qualité de vie au travail, la lecture que nous avons de ce qui fait la qualité, des liens entre qualité des soins et qualité de vie au travail, etc. Les représentations dans chacun des groupes ont progressé et leur progression fait apprentissage collectif.

Le registre suivant est celui du pouvoir. Dans l'état actuel des difficultés qu'ont les uns et les autres, les organisations ont besoin d'acteurs forts, forts non pas parce qu'ils sont armés jusqu'aux dents pour se battre contre l'autre, mais forts car ils sont en capacité collectivement de dégager les intérêts communs, les intérêts collectifs de l'organisation dans laquelle ils ont des responsabilités, dans l'exercice de leur fonction, dans l'exercice de leur mandat, dans l'exercice de leur fonction de direction. Vous avez évoqué des choses dans lesquelles la réflexion que vous renvoyez, chacun de la place que vous occupez, porte sur : qu'est-ce qui permet de renforcer collectivement les acteurs, non pas au profit de rapports de force stériles mais bien au profit de poursuivre l'exploration et d'aller plus loin, est un autre registre de ces apprentissages qui ne demande qu'à pouvoir inspirer et transformer un certain nombre de choses.

Et enfin, si l'on progresse, on progresse aussi dans les capacités d'agir. Cela ne sert à rien d'être des acteurs forts si on ne se sent pas en capacité de transformer, de faire, etc. Pour cela, il faut outiller et on ne peut pas le faire en étant que des initiés qui avons travaillé et comprenant mieux comment nous pouvons avancer. Nous avons un enjeu fort de transfert. Cela concerne tout le monde et les attentes sont extrêmement fortes autour de ces questions. Véronique Ghadi le rappelait, dans les ateliers de cet après-midi, nous allons continuer de coproduire. Bien sûr, le processus d'apprentissage ne va pas s'arrêter et nous aurons du prêt-à-penser et du prêt-à-faire. Et nous venons de le redire, à quel point les personnes qui s'engageaient dans ces démarches progressaient, sans être dans une consommation d'un outillage qui viendrait se substituer à leur intelligence collective.

Ces trois registres d'apprentissage ont été très largement rapportés par les uns et par les autres. Sur l'action, nous avons un défi collectif ; sinon au lieu d'être des aventuriers, c'est-à-dire des pionniers, ce qui est notre rôle aussi, nous deviendrions des initiés et, alors que les sujets sont très compliqués, comment ces questions ne sont pas des questions d'initiés ? Nous avons un véritable devoir collectif et nous avons eu la chance de progresser les uns à côté des autres.

[Julien Pelletier](#)

Merci à toute la table ronde pour la qualité des propos.



## 2. Seconde table ronde

### 2.1 « Qualité de vie au travail et qualité des soins : croisement des points de vue autour de la certification »

#### ► Les témoignages sur le croisement des points de vue entre les experts-visiteurs et organisations syndicales

Julien Pelletier

Cette table ronde va se jouer sur le mode de la spontanéité, en effet les intervenants n'ont pas été prévenus des questions que je vais poser. Je vais commencer par poser une question qui s'adresse au premier binôme, puis au second et enfin une question qui s'adressera à l'ensemble. La première question est pour les experts-visiteurs et les organisations syndicales. Le monde de la certification et celui du dialogue social ne sont pas habitués à se croiser. L'hypothèse de ce projet est que la qualité de vie au travail allait permettre peut-être de favoriser ce croisement. Comment, dans la pratique et dans le concret, ce croisement a été frayé entre vous ? Comment avez-vous échangé des points de vue ? Et, dans l'avenir, comment pourrait s'approfondir ce croisement des points de vue ? Imaginez-vous des formations communes, du travail en commun pour la conception de démarches, de l'évaluation d'expérimentations en commun ?

Denis Garnier, FO

Les experts-visiteurs étaient pour nous des machines à évaluer et nous préférons avoir des hommes avec qui discuter. Avec ces rencontres, les experts-visiteurs ont été réintégrés dans l'humanité et c'était un élément essentiel. Avec Liliane Alliot-Bironneau, nous nous connaissions depuis longtemps et, par hasard, vingt ans après, nous nous sommes retrouvés autour d'une table. Nous avons donc une antériorité d'espace commun qui a aussi facilité beaucoup les choses.

Quant à l'avenir, organisations syndicales et experts-visiteurs doivent poursuivre la démarche HAS, que nous avons sollicitée au départ, puisque dès que nous avons su qu'ils se réunissaient pour parler de qualité des soins, nous avons dit : « Nous pouvons parler de cela aussi. » Cette rencontre avec les experts-visiteurs a été extrêmement enrichissante dans la mesure où cela nous a donné une vision en grandeur réelle de leur travail et de leurs difficultés. Cela nous a donné la véritable dimension de ce que sont les démarches et les approches, ce n'est pas de la science, ce ne sont pas des mathématiques, ce sont avant tout des rapports humains. Lorsqu'un expert-visiteur doit évaluer la qualité de vie au travail, il ne peut y pas avoir un indicateur unique ou des indicateurs factuels. Une ambiance ou un ressenti ? Je ne sais pas, mais j'ai constaté que les experts-visiteurs n'ont pas tous la même approche, comme les médecins experts n'ont pas tous les mêmes réponses sur de mêmes sujets. C'est donc rassurant, mais cela étant, il faut créer et travailler sur une dynamique commune sur laquelle nous allons pouvoir nous entendre.

Pour nous, cette démarche n'est qu'un début. Je la place dans une perspective lointaine qui dépassera ma limite d'activité. La qualité de vie au travail rentrera dans les établissements par la certification et cela nous semble une bonne démarche. Je ne sais pas, honnêtement, en regardant tous les observateurs autour de l'hôpital, qui, en dehors de la HAS en lien avec l'ANACT, aurait pu mener ce travail.

Comment peut-on marier le dialogue social et la certification ? Il faut des intermédiaires. Même ce matin, nous avons pu constater qu'il y a des sujets sur lesquels nous ne nous comprenons pas avec les directeurs. Pour se comprendre, il nous faut partager les mêmes mots et il faut peut-être qu'il y ait un observateur extérieur qui nous aide. La semaine dernière, à la DGOS, il y a eu le premier comité de suivi des risques psychosociaux dans les établissements hospitaliers. Un directeur d'hôpital a pratiqué l'expression directe des salariés, en disant : « Nous rencontrons directement les salariés mais avec les représentants du personnel à côté, et après nous faisons un débriefing avec les représentants du personnel, qui nous disent : non, Monsieur le directeur, vous n'avez pas compris, c'est ça que les personnels voulaient dire. » C'est important, il ne faut pas opposer les uns et les autres. Nous avons tous des rôles complémentaires. Il faut accepter d'être différents et d'avoir des choses différentes à se dire.

Nous avons vu que les experts-visiteurs avaient des approches différentes et je trouve cette démarche extrêmement enrichissante. J'espère que nous aurons les prolongations, c'est-à-dire que nous pourrions discuter du contenu et comment, nous, organisations syndicales, nous pourrions nous positionner quand un expert-visiteur viendra pour savoir de quoi l'on parle.

### Liliane Alliot-Bironneau, EV HAS

Point de rencontre, dialogue social et certification. Dans les conditions qui ont été créées pour nos réflexions depuis 2011, nous avons su co-construire. Nous avons su apprendre collectivement. Cela s'est fait entre initiés, à l'échelle de la HAS. Tout le propos est celui du transfert au sein des établissements.

Effectivement, il y a eu toute l'importance du tiers externe, ANACT et chercheurs. Et là, nous avons le terreau pour faire tomber les représentations catégorielles autour de cet objet qualité de vie au travail, en liaison forte avec qualité des soins.

Comment faire se rencontrer dialogue social, postures d'organisations syndicales et certification, postures d'experts-visiteurs ? Nous avons évoqué la dimension information, information dont les organisations syndicales pourraient se faire acteurs au plus près du terrain. Mieux faire connaître l'image de la certification, lui donner du sens. Nous avons aussi évoqué la dimension préparation de cette investigation de l'objet qualité de vie au travail, préparation au niveau de l'établissement et préparation où les organisations syndicales et directions pourraient avoir un rôle majeur. Nous pourrions imaginer autour d'une même table, organisations syndicales et experts-visiteurs, à un moment donné d'une formation d'experts-visiteurs, poursuivre le partage.

La dimension processus a porté ses fruits au sens où nous avons aujourd'hui une vision partagée de l'objet qualité de vie au travail en tant que démarche. Vision partagée, c'est l'objet travail que nous avons su mettre sur la table entre organisations syndicales et experts-visiteurs.

Ce sur quoi nous sommes beaucoup revenus s'agissant de l'investigation de la qualité de vie au travail, et c'est là toute la difficulté soulignée par les experts-visiteurs et par les organisations syndicales, c'est la

prise en compte du formel. Nous l'avons vu, nous pouvons prendre appui, recueillir critères, indicateurs qualitatifs, quantitatifs, mais il y a aussi la prise en compte de l'informel, avec ce recueil de ressentis, de représentations. Ce qui a fonctionné dans nos rencontres organisations syndicales et experts-visiteurs, c'est la confrontation au sens positif du terme qui a permis, encore une fois, de faire tomber ces représentations catégorielles, qui sont beaucoup à l'œuvre dans l'informel.

Trouver une manière d'investiguer avec les établissements, tenant à la fois le formel et l'informel.

### Julien Pelletier

La certification dans les entreprises est souvent perçue comme une source de contrôle supplémentaire pour les managers alors que cela peut aussi être vécu comme une source d'apprentissage, sous certaines conditions. Qu'avez-vous appris dans cette démarche de travail en commun entre les managers et les experts-visiteurs ? Avez-vous modifié vos pratiques, votre regard, vos critères d'évaluation ?

### Serge Roux, EV HAS

L'avis d'expert-visiteur demande de l'audace aujourd'hui. Dans le contexte où nous sommes, il n'est pas facile de combiner dans l'évaluation qualité des soins et qualité de vie au travail. Il y a, à la fois, des efforts à faire sur l'amélioration et la sécurité des soins de manière générale et, en même temps, à développer la qualité de vie au travail, mais dans un contexte extrêmement contraint et difficile pour les établissements de santé qui pèse sur les salariés.

J'ai été un peu tenté de prendre une inversion, en disant : mais qu'apporte la qualité des soins comme compréhension de la qualité de vie au travail ? Un expert-visiteur qui a fait ses trois, quatre ou cinq jours sur l'évaluation de la qualité des soins, puisque c'est le centre de gravité qui reste dans les référentiels, qu'est-ce qu'il a découvert à travers cette démarche, cette activité, de ce qu'est la qualité de vie au travail ? C'est une approche un peu inversée par rapport à l'approche classique. Se dire : quand je fais l'évaluation de tel ou tel critère, qui concerne bien directement la qualité ou la sécurité des soins, est-ce que, derrière, j'ai une perception de la vie collective, du management, de l'implication des acteurs, de la place que peuvent occuper les organisations syndicales dans cette activité générale ? Avoir un regard un peu différent car, nous, en tant qu'experts, nous sommes, dans le contexte, contraints et forcés d'avoir d'abord cette acuité de regard autour du patient et autour de la qualité des soins. Et donc, dans ce cheminement, de repenser différemment la perception et le ressenti du travail. Souvent, dans les expertises, entre experts, nous avons en commun, le soir, cette réflexion sur : quel est notre vécu de l'établissement dans lequel nous sommes ? Est-ce que c'est un établissement qui a un management participatif ? Est-ce que le directeur est impliqué dans la vie collective de l'établissement ? Est-ce que cela marche avec l'encadrement ? C'est du ressenti, certes, mais cela donne déjà une première idée. Nous avons un premier ressenti, une première perception de comment vit l'établissement. C'est quelque chose de très précieux, qui nécessite de la communication entre les experts et de la coordination.

Un aspect que je souhaite valoriser dans la démarche d'expert, c'est : comment, dans l'évaluation finale, nous pouvons mettre en valeur ce que nous avons rencontré comme éléments dynamiques, comme mise en œuvre de quelque chose qui procède d'une démarche de progrès et de qualité de vie au travail, de

réflexion sur les organisations et les équipes, etc. C'est peut-être, dans un premier temps, d'essayer de renvoyer à l'établissement un certain nombre de choses de la dynamique, de quelque chose qui se met en place. Et c'est très utile pour l'établissement.

### Julien Pelletier

M. Roux vient de donner une liste de critères sur lesquels il vous évalue : un échelon participatif, dimension collective, éléments dynamiques, qualité de la réflexion des équipes. Cela vous convient-il pour l'évaluation ?

### Olivier Debay, directeur d'établissement, CCES

Cette rencontre avec les experts-visiteurs a été intéressante dans ce groupe, mais nous avons sans doute la crème des experts-visiteurs. J'ai ressenti qu'ils arrivaient en effet à percevoir la réalité de la qualité qui existait dans l'établissement. Il n'empêche qu'il y a des établissements qui ont une excellente certification et qui ne font pas forcément de la qualité. Mais nous y travaillons pour que, par cette technique du patient traceur, nous puissions vérifier la qualité réelle.

Je pense qu'il faudrait avoir une liste d'appréciations de la qualité de vie au travail et pourquoi pas aller jusqu'à un salarié traceur.

### Julien Pelletier

M. Garnier, qu'en pensez-vous ? Et si vous pouviez nous dire un mot sur ce qu'est la crème d'un expert-visiteur ?

### Denis Garnier

Pour le salarié traceur, en tant que syndicaliste, nous sommes tous des salariés traceurs. Nous disons un certain nombre de choses, nous les ressentons et les restituons. Nous essayons d'attirer l'attention sur du vécu, en disant : « Attention, on est en train de vous tracer des choses qui ne vont pas dans le bon sens. » Comme le disait le Pr. Davezies, si nous pouvions remettre tout cela dans le bon sens, ce serait bien. Le salarié traceur ! Il ne faudrait pas non plus que cela devienne un salarié martyr. Je pense qu'il y a suffisamment de traceurs et si nous pouvions prendre en compte ce qui existe déjà, ce serait bien.

Sur votre second point, j'ai besoin de précisions.

### Julien Pelletier

Qu'attendez-vous d'un expert-visiteur au regard de cette question de qualité de vie au travail ?

## Denis Garnier

Tout d'abord, la formation est indispensable. Nous nous sommes rendu compte avec les différents experts-visiteurs qu'ils n'avaient pas tous la même notion de la qualité. Déjà, il faut définir les notions de qualité. Je disais ce matin à l'ANACT que j'avais lu avec attention le projet d'accord sur la qualité de vie au travail, que le MEDEF proposait à la signature. Je ne sais pas si mon organisation signera ce texte, mais j'y suis relativement favorable car c'est un pas qui va dans le bon sens. Les experts-visiteurs doivent lire ce texte, même s'il n'est pas signé, car il contient toutes les étapes de ce que devrait être une qualité de vie au travail. En sachant que rien ne sert de la définir s'il n'y a pas de préalables au départ. C'est ce que vous disiez, la difficulté d'évaluer le ressenti. Par exemple, dans les éléments que l'on prenait en compte, d'aucuns voulaient mettre le nombre de réunions annuelles du CHSCT. Or j'observe des réunions du CHSCT avec 28 questions à l'ordre du jour sur trois heures. Par ailleurs, de mon point de vue, il n'y a pas de questions au CHSCT mais des problèmes exposés. Donc, quel est le nombre de problèmes exposés et traités.

Les experts-visiteurs sont principalement des cadres, des directeurs, et je ne sais pas si les directeurs hospitaliers sont les mieux à même d'évaluer les choses. Cela étant, pour ces « crèmes d'experts-visiteurs », c'est enrichissant de passer de l'autre côté de la barrière. Il serait intéressant de poser la question : comment ce directeur, devenu expert-visiteur, est en mesure d'apprécier la qualité du travail qu'il faisait lorsqu'il était directeur ? Cette réponse m'intéresse.

## Julien Pelletier

Mme Bironneau, votre collègue a proposé un début de liste autour du management participatif, dimension collective, qualité de la vie de l'établissement, dynamique, etc. En dehors d'évaluer ou de tenter de mesurer ces critères, qu'est-ce que l'expert-visiteur peut apporter à l'établissement qu'il évalue pour l'aider à cheminer sur ces critères ou d'autres critères ? Comment voyez-vous votre métier ?

## Liliane Alliot-Bironneau

Au-delà du temps imparti de la visite, qui reste calibré et serré, il y a la dimension préparatoire qui peut participer à mettre en mouvement l'établissement. On donne peut-être l'impression, sur cette question de qualité de vie au travail, qu'un certain nombre d'établissements ont une grande maturité. J'ai une crainte, j'ai entendu dire tout à l'heure que la qualité de vie au travail était aussi un segment de marché. Dans ce que j'observe modestement à mon petit niveau, la qualité de vie au travail est abordée actuellement sous l'angle des risques psychosociaux, et souvent avec l'accompagnement de cabinets extérieurs. En cela, les conditions pour que tout acteur se saisisse de cet objet de qualité de vie au travail ne me semblent pas réunies.

Nous avons beaucoup évoqué la dimension de la contrainte du temps de visite et que c'est l'affaire d'un processus s'il s'agit de faire bouger les postures, faire tomber les représentations, nous, experts-visiteurs, nous avons à être formés aussi sur cette dimension préparatoire. Les établissements doivent être aidés, sous la forme probablement d'un guide, aidés dans cette préparation. Tout ne se passera pas dans le temps imparti de la visite.

En quoi la certification, *via* cette investigation de la qualité de vie au travail, peut participer à faire bouger les rapports de pouvoir, à les éloigner d'un rapport de force, pour les rassembler autour de l'objet travail ? C'est certainement du temps pendant la visite et fort probablement du temps en amont.

### Julien Pelletier

Monsieur Debay, comment vous préparez-vous aux visites des experts-visiteurs ? Comment cela pourrait-il se faire à l'avenir ?

### Olivier Debay

Nous nous y préparons tous ensemble, à savoir la direction, le corps médical, en partant de son président de CME, les cadres soignants et toutes leurs équipes, toutes les instances, tous les représentants du personnel. Si tout le monde est impliqué dans la démarche, cela fonctionne. Il me semble que, à la HAS, une étude a été faite, qui montrait que tous les établissements ayant d'excellents résultats sont ceux qui ont une démarche préparatoire, qui impliquent tout le monde, et il faut que les groupes de travail soient vraiment des groupes de travail où l'on fait un état des lieux et où on veut véritablement avancer ensemble pour améliorer la qualité des soins et donc la qualité de vie au travail.

### Julien Pelletier

Vous sentez-vous suffisamment outillés, vous et les partenaires de cette phase de préparation, pour réaliser cette tâche ? Est-ce que c'est chronophage ? Est-ce que vous avez les indicateurs ? Est-ce que ça se joue sur le registre du formel ? Comment intégrez-vous les enjeux formels ?

### Olivier Debay

Je suis dans un petit établissement de SSR, du secteur privé, et c'est souvent très lourd car ce sont les mêmes personnes qui se réunissent dans les différentes instances. Nous passons d'une instance à l'autre et, sur la feuille de présence, nous retrouvons les mêmes noms. Le système est le même pour tous, et c'est bien. Je ne dis pas que c'est plus facile pour un CHU, mais, même si c'est très lourd, cela en vaut la peine.

### Julien Pelletier

M. Roux, vous venez d'entendre que ce processus est un peu chronophage, qu'il nécessite de mobiliser des acteurs qui n'ont pas toujours le même point de vue. Et ce matin, il a été dit que la qualité de vie au travail est une notion floue et que cela demande de donner du temps au temps, avec des processus plus ou moins certains, des résultats difficiles à mesurer. Comment diminuer le caractère chronophage ou peut-être faut-il prendre plus de temps encore pour traiter de la qualité de vie au travail dans les établissements ? Comment gérez-vous ces dilemmes entre les petits et les gros établissements, en termes de formalisation et de recherche d'indicateurs objectifs ?

## Serge Roux

Il n'est pas facile de répondre car c'est variable selon les établissements. En tout cas, je m'attacherais à ce qui me paraît essentiel, à savoir la culture. La certification arrive tous les quatre ans, donc il y a une périodicité, un exercice. Et ce qui me semble important, c'est : qu'est-ce qui se passe entre la fin de la certification et la certification suivante ? On a achevé le travail de certification, il a été chronophage et difficile, et puis il y a une période où les choses se reposent d'une certaine manière. La difficulté – et je crois que c'est une question de management – est d'arriver à avoir une politique dans l'établissement, avec une implication de sa direction, sur le fait que cette culture, que j'appelle « culture de progrès » plutôt que « culture qualité », soit quelque chose de permanent. Si on prend la qualité de vie au travail, ce qui est important c'est la démarche et donc, quels sont les ingrédients qui, d'une certification à l'autre, vont pouvoir créer un processus, enrichir des pratiques, modifier des organisations, modifier des implications d'acteurs. Je vois les choses plutôt dans la continuité et donc, comment l'organiser, même si elle n'est pas magique et si elle n'apporte pas toutes les transformations souhaitées. Travailler dans le temps et sur la durée.

## Julien Pelletier

M. Debay, comment gérez-vous le risque d'exposition ? La certification expose quelque part les incompétences managériales, ou un risque d'exposition, en disant : « Les salariés n'ont pas la qualité de vie au travail à laquelle ils s'attendent ou ils auraient droit », et l'expert-visiteur l'a vu et cela a été confirmé par des membres du CHSCT ou par des organisations syndicales. Ce processus d'objectivation de la qualité de vie au travail expose les managers à être, entre guillemets, des cibles ou victimes de la certification, s'ils pensent ne pas avoir été bons au cours des quatre dernières années. Comment gérez-vous ces situations ?

## Olivier Debay

Je ne pense pas qu'il y ait un risque pour le manager. Si ce manager a une vérité d'être dans sa façon de manager, s'il est dans le respect, dans la confiance et dans l'écoute, qu'il est dans une démarche de management participatif et transversal, il n'y a pas plus de risques pour lui que pour l'ensemble des acteurs. Je n'ai aucune inquiétude sur ce sujet, à partir du moment où ce n'est pas « moi » mais « nous », le « nous » étant les salariés, le corps médical libéral ou salarié, l'implication de toutes les instances, les représentants du personnel, les syndicats. Tout le monde doit exister et être respecté.

## Julien Pelletier

M. Garnier, nous venons d'entendre les termes d'écoute et de respect des salariés. Mais il y a sans doute aussi des questions d'organisation du travail auxquelles renvoie la qualité de vie au travail. On peut être écouté, respecté, mais comme le disent souvent les organisations syndicales, sont attendus des effets concrets de l'écoute et du respect. Est-ce que la démarche de qualité de vie au travail peut permettre de dégager de nouvelles marges de manœuvre sur le plan organisationnel ? Comment ce trio, management/expert-visiteur/organisation syndicale, peut permettre de découvrir des nouveaux espaces dans l'organisation du travail ? Auparavant, c'était sans doute compliqué, ça le sera peut-être encore,

mais avec la qualité de vie au travail comme véhicule, cela sera moins compliqué, en tout cas, c'est le pari que vous faites.

## Denis Garnier

Il faut remettre les choses en ordre et dans le bon sens. Pour nous, la qualité de vie au travail est un objectif. La qualité de vie au travail, c'est au travail et ce n'est pas en dehors du travail. Le problème, c'est que, de plus en plus, le travail s'invite à la maison. De quoi est composé l'objectif de la qualité de vie au travail ? D'abord, de la qualité du travail. Je ne connais pas de salariés qui soient contents de mal travailler. La qualité de vie au travail est une revendication initiale de tout travailleur qui reçoit un salaire en échange de son expérience et de ses qualités. Donc, il entend pouvoir travailler dans de bonnes conditions, ce qui nous amène aux conditions du travail et du bon travail. Quelles sont les conditions du bon travail ? C'est de faire du bon travail. C'est pour cela que la démarche qualité de soins et qualité de vie au travail est indissociable. Il ne peut pas y avoir de bonne qualité de soins s'il n'y a pas de bonnes conditions de travail. Quelles sont ces conditions ? C'est l'espace, le temps, l'intensification, le matériel, le nombre de personnels pour travailler.

Où peut-on en discuter ? Comment tout cela peut s'organiser, les enjeux entre les managers, les directeurs, les syndicats, etc. ? Effectivement, c'est parti des risques psychosociaux, qui sont aussi un marché. Cela étant, cela a été révélateur d'un certain nombre de choses, comme de passer à autre chose que la gestion du stress, et la démarche qualité de vie au travail permet de le faire. Que signifie la démarche participative ? La démarche participative, vécue par les syndicats, c'est le contournement des organisations syndicales. En effet, l'expression directe des salariés ne peut se concevoir dans un cadre organisé avec les institutions représentatives du personnel. Nous, nous encourageons à discuter du « vrai » travail. Mais quand le directeur va voir directement le personnel en lui disant ce qui est bon pour lui, il est en lien de subordination. Et je suis convaincu que ce lien de subordination avilit le salarié, qui n'a pas la prise de recul nécessaire pour savoir ce qu'on va lui dire. Nous avons des expériences de l'expression directe. Au centre hospitalier de Cannes, le directeur en CHSCT et en CTE dit : « 75 % des salariés sont d'accord pour travailler en 12 heures. » Les syndicats ont mené une enquête et organisé un vote à l'ensemble des personnels de manière anonyme, le résultat était à l'inverse : 75 % des salariés y étaient opposés. Il faut savoir poser l'expression directe des salariés dans un cadre établi. Dans l'accord MEDEF, qui est sur la table des négociations, il s'agit de permettre aux salariés, en dehors du lien et de toute oppression hiérarchique, de s'exprimer sur son travail dans un cadre restreint. Pourquoi les lois Auroux n'ont-elles pas marché ? Car nous avons voulu institutionnaliser le dialogue. Lorsque quelque chose ne va pas sur un lieu de travail, il faut pouvoir en discuter avec un observateur et c'est le succès de la démarche HAS. Nous avons des observateurs neutres, appelés dans le texte « facilitateurs ». Il reste toutefois à définir son statut : ce qu'il va faire, l'espace de temps dans lequel il va travailler, comment il va pouvoir organiser, réguler les débats et prendre en compte les demandes des salariés. Cette démarche est intéressante car les salariés s'expriment en présence d'un facilitateur, puis c'est renvoyé vers la hiérarchie et les institutions représentatives du personnel. Après, la balle est dans le camp de la négociation et du vrai dialogue. Les démarches participatives me hérissent un peu le poil car c'est un détournement, c'est mettre le dialogue social sous un couvercle. Il faut véritablement que l'expression soit organisée du mieux possible autour des difficultés du travail, des aspirations à la qualité du travail et à la qualité de vie au travail, pour mettre du vrai dans le dialogue.



## Julien Pelletier

Je vous remercie d'avoir introduit le débat avec les participants, à qui je demande maintenant l'expression directe et la plus vraie possible vis-à-vis de nos intervenants.

### ► Débat

## Anne-Marie Pronost, directrice adjointe chargée des ressources humaines, clinique Pasteur à Toulouse

Les certifications menées par la HAS ont certainement fait évoluer les mentalités, à la fois des directions, des personnels et des partenaires sociaux. Il me semble indispensable aujourd'hui d'avoir une parole circulante, afin de sortir d'un clivage qui n'a pas de sens. Dans l'établissement où je travaille, nous sommes vraiment dans une dynamique de management participatif, avec une excellente collaboration avec les partenaires sociaux et les professionnels de santé. Peut-être avons-nous des expériences diverses et variées, mais je crois qu'il faut que tout le monde évolue vers une réflexion commune et partagée. Personne n'appartient à personne. Les salariés sont dans une entreprise ou dans un établissement de santé, ils n'appartiennent pas aux directions, ni aux partenaires sociaux, ils appartiennent à eux-mêmes. Mettre les professionnels en avant, bien sûr avec la concertation des partenaires sociaux dans les instances qui leur sont dédiées, et pouvoir parler librement, me paraît être intégré dans le management participatif des directions. Le management participatif implique les salariés en ce qui concerne la qualité de vie au travail et la qualité de vie hors travail, et c'est cette parole, je pense, qu'il faut toujours entendre.

## Monique Mazard

Avec les nouvelles modalités de certification, nous abordons la notion du « patient traceur ». Nous avons évoqué l'idée de « l'agent traceur » avec la déclinaison de chacune des étapes du parcours professionnel d'un agent quelle que soit sa catégorie. La qualité de vie au travail peut ainsi être interrogée à toutes les étapes du processus. La certification future, à savoir la gestion par processus et le patient traceur, peut être extrêmement structurante pour une réflexion sur le sujet.

Si nous prenons le processus de prise en charge d'un patient en interrogeant les interfaces et les points de dysfonctionnements, il serait possible de suivre la même méthodologie pour un agent, ce qui permettrait de penser les étapes de l'accueil, l'intégration dans le service, formation, information etc. Il serait très intéressant de travailler avec une approche à peu près similaire. Il y a des points de vigilance particuliers quand un agent arrive, quand on travaille avec lui sur ses compétences pour exercer le soin qu'on lui propose de faire. L'étude du parcours de l'agent permettrait d'approcher le sujet de l'amélioration de la qualité de vie au travail au plus près de la réalité du terrain.

Enfin sur la perception du risque au niveau du dirigeant et du management, et comment la certification pourrait l'interroger.

La visite des experts-visiteurs est une sorte « d'arrêt sur image », d'évaluation à un moment donné. Quand un des domaines évalués n'est pas conforme à ce qui est attendu, la réaction première est de remettre en cause le management. La perception de ce manquement est souvent prise comme une attaque individuelle alors qu'elle doit absolument servir à interroger ses pratiques, son mode de fonctionnement... « Un moyen en quelque sorte de faire bouger les lignes. » L'intérêt est de remettre le mode de fonctionnement en questionnement global de gestion des hommes et des équipes. Cette notion est essentielle et n'est pas une mise en danger, bien au contraire. Il s'agit simplement de prendre la mesure de l'évaluation à un moment donné de certains processus et de l'appréhender comme un moyen de penser autrement.

### Max-André Doppia

Il m'avait semblé que la qualité de vie au travail pouvait se définir comme étant le degré de confiance que l'on avait dans la capacité à réaliser des objectifs. C'est une des dimensions de la qualité de vie au travail. Est-ce que dans les établissements de santé, on permet aux acteurs de définir leurs propres objectifs, à la fois de manière individuelle et collective ? Existe-t-il des lieux où peuvent s'élaborer ces questions ? Comme le dit Yves Clot, il faut réinventer des espaces où nous pourrions discuter la qualité du travail, nous confronter au sein d'une équipe et avec les responsables. Aujourd'hui, nous assistons peut-être à une dégradation du sentiment de la qualité de vie au travail. Nous ne sommes plus maîtres des objectifs, nous ne pouvons même plus parfois les fixer, nous les recevons. Cela peut être des objectifs dits de qualité mais sans s'être approprié tout cela. Si on ne réinsère pas sur le lieu de travail des espaces, la qualité de vie au travail risque de ne pas être au rendez-vous.

### Anne-Marie Pronost

Je voulais partager mes interrogations sur le personnel traceur. Si on regarde du côté du patient traceur, le patient est accueilli dans un établissement qui va dispenser des soins et il a des exigences qui pourraient être du même ordre qu'un salarié, sauf que le salarié est un salarié et le patient ne l'est pas. Cela méritera peut-être de travailler d'une façon plus approfondie sur la notion d'un salarié acteur dans l'établissement pour améliorer la prise en charge du patient évaluée avec le patient traceur, plutôt que de suivre un salarié traceur.

### Julien Pelletier

J'ai noté quatre points : est-ce que les salariés, les collectifs ou les individus sont à même de se fixer des objectifs eux-mêmes ou de s'approprier les objectifs qu'on leur fixe, et selon quelles modalités ? Est-ce que cette histoire de symétrie patient/agent est porteuse pour l'avenir ? Sur l'articulation management et fonctionnement, qu'est-ce qui est évalué, le management ou le fonctionnement de l'établissement, ou l'articulation entre les deux ? Enfin, comment pourraient s'incarner, se concrétiser dans les établissements ces espaces de parole, et comment les experts-visiteurs pourraient les investiguer ?

## Serge Roux

Selon moi, l'expression est au niveau de l'équipe. J'ai eu plusieurs occasions d'en parler et c'est d'ailleurs mon hostilité aux 12 heures, car ce qui est en jeu dans l'hôpital aujourd'hui, c'est le travail en équipe. C'est un enjeu réel que je vis au quotidien depuis des années et nous sommes victimes de cette culture de l'individualisation, qui a particulièrement touché l'ensemble de la vie culturelle, notamment celle du secteur hospitalier. Aujourd'hui, arriver à faire fonctionner une équipe, à la faire travailler ensemble, à lui donner la possibilité d'être un espace de parole, un espace de construction, de réflexion, de définition de son cadre de travail, de ses objectifs de prise en charge, me paraît totalement essentiel. On parlait de management participatif, au-delà des mots, ce qui me paraît important, c'est cette capacité à faire fonctionner l'hôpital à travers des équipes pluridisciplinaires et ce n'est pas gagné d'avance.

## Denis Garnier

Tout à l'heure, j'ai répondu de manière anecdotique sur l'agent traceur et cela me fait penser à la télé-réalité ou au rat de laboratoire. Ou alors les organisations syndicales vont choisir l'agent traceur et nous prendrons le secrétaire du syndicat par exemple, ou le contractuel qui a cinq ans et onze mois de contrat, qui est licencié au bout de la cinquième année et douze mois. Soyons sérieux, il existe des instances pour le dialogue social, faisons-les fonctionner. Nous sommes là, servez-vous de nous. Parlons du CHSCT, hier je reçois une lettre d'un établissement hospitalier, rédigée par un inspecteur du travail. Et j'avais publié la même sur le CHU de Rennes. C'est affligeant. L'inspecteur du travail menace de pénal, de dénoncer au procureur de la République la manière dont le CHSCT est traité dans cet établissement. D'abord, faisons travailler ce qui existe. Le CHSCT est une instance incontournable. C'est un partenaire. Dans les formations CHSCT, j'explique que ce n'est pas une instance de combat, nous sommes là pour aider la qualité et pour cela, il faut être deux. Pourquoi cela ne marche-t-il pas ? Observons ce qui se passe, quelles sont les causes de ce dysfonctionnement. Que pouvons-nous mettre en place pour que ça marche ? Voilà le débat que nous voulons, nous, en CHSCT. Où l'avons-nous ? Vingt-huit questions à l'ordre du jour, questions diverses, les documents sont reçus la veille, les procès-verbaux trois mois après.

Je veux bien parler de patient traceur. Les patients sont là quelque temps, mais on n'observe pas le patient, on observe la démarche de soin, ce n'est pas pareil. Si vous voulez des agents traceurs, sur mille agents dans un établissement, je peux vous en citer 950. Nous disons, et l'ANACT également, que 50 % sont contents au travail. Qui croyez-vous que le directeur va choisir ? Un contractuel, qui est noir, handicapé ?

Si vous nous mettez cela en débat, je pense que nous ne signerons pas l'accord et que cela va nous mettre en colère.

## Liliane Alliot-Bironneau

J'étais sensible à l'idée, dont nous avons beaucoup parlé dans les groupes, de réintroduire des espaces temps de régulation, d'expression non pas de qualité de vie au travail mais de non-qualité de vie au travail. Les réalités dans les établissements sont plutôt de cet ordre-là, même si, ici, nous l'abordons sous l'angle positif. Et c'est la souffrance au travail et la non-qualité de vie au travail qui, si ces espaces temps

existaient sur les terrains, seraient exprimées. Que ces espaces temps s'organisent en dehors des rapports asymétriques, que sont les relations hiérarchiques, cela aussi nous l'avons souligné à plusieurs reprises. Cela signifie sortir d'une culture de la prescription et nous ne savons plus très bien le faire, à commencer par l'encadrement lui-même. On sait ce vers quoi il faudrait tendre, mais comment mettre concrètement les choses en place ? Je pense que les terrains vont inventer aussi, si la certification offre ce levier d'action. Le processus émanera des terrains, probablement.

### Olivier Debay

Je ne voulais pas que cette boutade mette de la mauvaise humeur dans ce séminaire. Pourquoi cette boutade ? Ce que nous recherchons, c'est comment l'expert-visiteur appréciera la qualité de vie au travail pendant la visite. Est-ce qu'il va apprécier le climat social, les relations au travail, la réalisation des salariés au travail, l'optimisation de l'organisation et du contenu du travail, voire la conciliation vie privée/vie professionnelle ? Ma boutade était un agent traceur, mais au-delà des documents de preuve, c'est du ressenti, dans l'échange avec la direction, avec les organisations syndicales, avec les instances. Je me demande si ce n'est pas effectivement dans le projet en cours de la labellisation des équipes que nous pourrions apprécier la qualité de vie au travail.

## ► « Analyse de la dynamique en cours et perspectives »

### Philippe Davezies

J'avais préparé quelque chose, intitulé « Les défis de la démarche qualité de vie au travail » et puis, sur le programme, c'est la dynamique du processus. Cela me va assez bien car la dynamique, c'est le jeu des forces, c'est l'étude des conflits. Je pense que c'est un point très important et il ne faut pas se le cacher, cette voie est pavée de tensions, de contradictions, etc. Canguilhem, dans *Le normal et le pathologique*, dit : « La vie est polémique. » Donc la qualité de vie au travail ne va pas permettre d'apaiser les conflits. Non, c'est quelque chose qui peut permettre éventuellement de faire que la conflictualité normale, qui traverse le monde du travail, puisse se développer positivement.

À la base, cette démarche est extrêmement impressionnante pour les cliniciens du travail car elle déploie des choses qu'on n'osait pas espérer.

Un certain nombre de constats notés au fur et à mesure de mon accompagnement du processus. Tout d'abord, les constats de la HAS : le mode de certification est un stress pour les établissements ; le décalage entre la qualité papier et la qualité réelle ; une mise en question des processus prescriptifs descendants ; le constat que le processus classique de la certification ne favorise pas la discussion. Et donc, la volonté de basculer véritablement dans une problématique où, au lieu de partir avec des problématiques d'évaluation descendante, il faut, autant que possible, faire en sorte que la certification puisse aider à se déployer les dynamiques locales de construction de la qualité. Et donc, comment faire évoluer la certification de telle façon que cela permette de développer une culture de la discussion sur le travail et sur la qualité du travail à tous les niveaux : une ambition considérable, avec la volonté d'articuler qualité des soins, bientraitance des patients et qualité de vie au travail. Sous ce label qualité de vie au

travail, nous avons également toutes les différences de compréhension et d'interprétation. Les conditions de travail sont certes des termes plus consistants que la qualité de vie au travail, mais dans le processus, ce qui est visé, c'est la qualité du débat social autour des questions du travail dans les établissements - le nœud autour duquel s'articule la qualité des soins, la santé des salariés, l'efficacité, etc. Là, nous avons quelque chose de très ambitieux. Cela amène des difficultés qui sont à la hauteur de cette ambition, des difficultés pour les agents de rentrer dans ces processus, mais aussi pour les experts-visiteurs, les représentants du personnel, les directions et l'encadrement.

En ce qui concerne les agents, le terme central est la discussion autour du travail : c'est le travail qui fait l'articulation entre les enjeux de santé et de développement des agents, entre la qualité des soins et avec qualité du dialogue social. Et donc, mettre en discussion le travail, non pas dans une position normative, culpabilisante, qui sollicite les défenses des salariés, non pas une vision à partir d'un certain nombre de critères partiels, mais le travail en tant que quelque chose qui permet de réorganiser et de faire la synthèse de l'ensemble. Et donc, solliciter l'expérience du travail. C'est là que nous butons car cela ne va pas du tout de soi de discuter le travail, pour tout un tas de raisons.

Un premier type de raison tient à la façon dont sont constitués les êtres humains. Les êtres humains sont beaucoup plus conscients de ce qu'ils ratent que de ce qu'ils réussissent. Le cerveau est une machine très puissante pour repérer ce qui ne va pas, mais qui efface ce qui renvoie à un rapport harmonieux au monde. Par exemple, vous avez le footballeur qui marque un but et, lui, sait ce qu'il a fait. Mais dans l'activité quotidienne, vous passez votre temps à faire en sorte que cela fonctionne malgré tout un tas de choses, etc. Tout ce que vous arrivez à bien déployer, le cerveau l'efface. Le cerveau est une machine à se focaliser sur ce qui ne va pas. S'il s'agit de miser sur les dynamiques positives, cela signifie miser sur tout ce que les personnes déploient pour que ça marche et dont elles ne sont que partiellement conscientes.

Le second point, les gens ont besoin d'une aide pour formaliser les propres normes positives de leur activité. Et puis, dans la situation actuelle, il y a une atomisation du monde du travail, c'est-à-dire que dans l'urgence, chacun se débrouille et arbitre comme il peut, à partir de son expérience, de sa sensibilité, etc. Dans ce contexte, nous sommes confrontés à une dissolution des critères communs qui définissent un travail bien fait. La qualité pour le directeur, pour des questions de position et de responsabilités, n'est pas la même chose que pour le médecin, que pour l'infirmière, etc. Si on va dans le service, on s'aperçoit que les infirmières, par exemple, ne sont pas d'accord entre elles. Denis Garnier le disait, tout salarié essaye de bien travailler. Et tout salarié essaye de faire bien sur la base de ce qu'il est. À partir du moment où vous n'avez pas les espaces de la discussion, on a une espèce de privatisation de l'activité et on voit monter les conflits entre les salariés eux-mêmes, autour de la question du travail. C'est le problème des risques psychosociaux, cette atomisation. Tout ce qu'ont appris à faire positivement les uns n'est pas transmis aux autres, les jeunes doivent tout réapprendre et c'est coûteux pour les individus, d'autant qu'il y en a un certain nombre qui n'y arriveront pas, qui vont couler, qui ne bénéficient pas du soutien des autres, etc. C'est coûteux pour les individus, c'est coûteux en termes de qualité des soins, c'est coûteux pour l'institution. Toute la ressource fondamentale pour faire la qualité, elle est là mais elle est dispersée, elle ne s'exprime pas dans les discussions. Ce n'est pas un problème de capacités intellectuelles avec les salariés. Lorsque nous intervenons dans les entreprises, nous travaillons sur leur rapport au travail, en groupe, hors hiérarchie, donc sans problème d'expression. Or, nous observons des distances hallucinantes entre le caractère convenu des discours communs qu'ils ont réussi à fabriquer

pour rendre compte du travail et la somme d'intelligence qu'ils déploient face aux dilemmes et contradictions dans le quotidien de leur activité. Tout ce qu'ils arrivent à déployer d'intelligence et qui ne contribue pas à enrichir le débat social.

Il y a là un potentiel considérable, une richesse : la mobilisation des êtres humains pour faire que le monde garde à peu près une forme humaine, malgré toutes les difficultés. Comment peut-on faire pour que tout cela se déploie collectivement, que l'expérience des uns bénéficie à l'expérience des autres, etc. ? Il ne suffit pas de mettre les gens autour d'une table pour parler du travail. Dans l'état actuel du monde du travail, dans l'intimité de sa propre activité, chacun s'efforce de faire ce qui, pour lui, est bien, tout en sachant que les autres ne font pas exactement pareil. Et, dans bien des cas, les salariés, quand on leur donne la possibilité de discuter, contournent très soigneusement les questions vives du travail parce qu'elles sont susceptibles de faire émerger tout ce qui, potentiellement, constitue la richesse et le potentiel si on le met en commun, mais qui nous fragilise à partir du moment où c'est vécu individuellement. Et ce à tous les niveaux de la hiérarchie. Il y a des lieux où les capacités de parole sont encore vives, mais dans un certain nombre d'endroits, il faut se doter d'une assistance de personnes formées pour aider les salariés à tenir la discussion sur le travail dans ce qu'il a de concret.

Nous avons évoqué les représentants du personnel. Ils sont en position d'exprimer ce qui émerge de commun du personnel. Or les salariés, ce qu'ils expriment le plus facilement, ce ne sont pas les dimensions positives, affirmatives, de leur activité, ce n'est pas ce qu'ils s'efforcent positivement de promouvoir ou de préserver. Ce qui fait le plus facilement communauté, quelle que soit la catégorie, ce sont les attaques que l'on subit. Ce qui est le plus facile à dire, c'est comment on est attaqué. Là, il y a un dénominateur commun autour duquel on peut avoir l'impression de faire du collectif. Et le représentant du personnel est finalement le réceptacle du négatif. Il est chargé de tout ce qui est du côté du manque, ce qui se traduit par les revendications sur les moyens, ce qui est tout à fait légitime, mais pesant dans la mesure où le lien n'est pas fait avec l'engagement positif des salariés. Il y a là une difficulté qui n'est pas liée simplement au fonctionnement des organisations syndicales, mais à la façon dont les salariés portent les choses dans le contexte actuel.

Il y a donc une difficulté, pour les représentants syndicaux, de faire le lien avec le mouvement positif de construction par les agents. Cela a été discuté aujourd'hui, les syndicats sont loin des salariés, ils sont loin par rapport aux dimensions affirmatives, par rapport à ce que les individus déploient dans leur propre activité, mais même les salariés sont loin les uns des autres. Et d'autre part, ils sont utilisés par les salariés sur les dimensions défensives. Il y a là un enjeu très important pour le syndicaliste, y compris avec la montée des risques psychosociaux : comment réarticuler l'activité syndicale, non pas simplement aux dimensions défensives de l'activité salariée, mais sur les dimensions proactives, etc. Et donc, comment le syndicaliste peut apporter sa contribution à la lutte contre cet émiettement du monde du travail. Avec, évidemment, des difficultés, comme la prégnance des rôles. J'ai travaillé avec des militants syndicaux, qui me disaient : « Vous comprenez, les salariés ne nous parlent pas comme à vous, les salariés nous collent dans une certaine fonction dont il est difficile de sortir. »

De plus, même si nous arrivons à développer la discussion sur le terrain, il persistera différents niveaux de négociations, car il y a différents niveaux de prise de décision.

Pour le syndicalisme, le problème c'est : comment on articule les discussions au niveau de l'établissement et le travail quotidien ? Au cours des débats, je me souviens, certains disaient : « Le glissement de tâches au niveau global, syndicalement, nous sommes contre », cela témoigne d'un fonctionnement dégradé. Mais très probablement, si nous allons sur le terrain, le glissement de tâches peut avoir des allures différentes. Sous-entendu, les représentants syndicaux sont aussi porteurs, par fonction, d'un regard normatif sur le travail. Et nous ne pouvons pas nous passer finalement de regards normatifs, tous autant que nous sommes. Comment articuler ce que l'on mettrait du côté des approches compréhensives, où on essaie de faire émerger ce qui germe dans la situation, et ce qui est du côté de l'évaluation normative. Il y a là des difficultés tout à fait sérieuses, mais avec une perspective d'enrichissement, perçue dans un certain nombre de confédérations, au prix d'une mutation du rapport traditionnel que les représentants syndicaux entretiennent avec les salariés. Donc, difficultés mais opportunités, potentialités de développement.

Une des questions qui va se poser pour les directions, c'est la question du pouvoir. Soutenir l'élaboration des salariés autour de leurs propres normes, finalement reconnaître que les salariés ont une activité normative. Ils ne font pas simplement que faire ce qu'on leur dit, ils marquent les situations de leurs propres normes ; leur permettre de sortir d'une situation individuelle à une situation collective, c'est augmenter leur pouvoir d'agir, c'est les mettre en position de s'appuyer collectivement sur une légitimité, la légitimité que leur confèrent leurs expériences, pour porter leurs points de vue. Et il n'y a pas de raison que ces points de vue soient spontanément convergents avec ceux des directions. Tout cela est animé de tensions. Les directions ont en charge les questions qui ont à voir avec la viabilité économique des dispositifs. Les salariés ont en charge des responsabilités par rapport à la façon dont on prend en charge les choses sur le terrain. Et l'un ne se décline pas de l'autre, et réciproquement. Il y a des phénomènes, là, qui ont à voir avec une redistribution du pouvoir. Disons apparemment une redistribution du pouvoir car, en réalité, il y a largement une illusion sur le pouvoir des directions. Certes, les directions prennent des décisions mais on sait très bien, quand on va regarder de près dans les entreprises, que sur la masse des décisions qui sont prises, un certain nombre vont rester totalement lettre morte parce qu'elles sont trop coupées de la réalité des situations. Il y en a qui vont être prises et qui vont être mises en œuvre. Pourquoi s'est mis en œuvre ? Ce qui compte, c'est la façon dont cela rencontre, ou pas, les dynamiques locales. Et puis, de temps en temps, des positions passent en force et, dans nombre de cas, on peut montrer que ces décisions prises vont à l'encontre des dynamiques locales, et attaquent l'engagement positif des salariés. Cette question du pouvoir est douteuse car, dans l'immense majorité des cas, les directions sont tellement loin de la réalité concrète du travail ; et vous voyez qu'il n'est pas facile de s'en approcher puisque, même au niveau des équipes, ce n'est pas clair. En gros, ce serait comme un pilote dans un bateau qui n'aurait pas d'informations sur la vague et le vent. Si vous êtes dans un bateau, que vous n'avez pas d'informations, c'est la vague et le vent qui vous pilotent. Nous pourrions le dire autrement : quand la vague est très cassée, la conduite est beaucoup plus pénible que lorsque la vague se forme. Il n'est pas évident que ce ne soit pas une position meilleure pour diriger les structures d'avoir un personnel qui tient le coup, qui affirme les choses, où les choses sont un tant soit peu cadrées par rapport à la situation. C'est un cauchemar, en particulier pour l'encadrement de terrain, d'avoir des équipes complètement éclatées, des clans où des individus se détestent. Il y a un défi pour les directions mais avec quelque chose qui, là aussi, permet de renouveler les positions. Et même peut-être d'avoir des directions mieux positionnées par rapport à l'ensemble des contraintes auxquelles elles sont soumises

par les échelons supérieures, à partir du moment où elles sont appuyées sur une structure construite de façon plus cohérente autour des questions du travail.

Il y a aussi des difficultés pour les experts-visiteurs, difficultés singulières, car tout cela se joue dans la durée. Un expert-visiteur peut avoir un certain nombre de critères qui lui permettent d'évaluer la qualité du débat social autour du travail. Mais à ce moment-là, on reste sur un point de vue d'évaluation extérieure, or tout le projet est d'essayer de faire que la certification soit plus que ça, c'est-à-dire une façon de soutenir le développement. Il y a là un pas considérable à franchir. Nous pourrions le dire autrement : comment articuler le fait que, au final, il n'est pas possible d'abandonner purement et simplement les critères normatifs. Et puis, même si on déplace les critères normatifs sur la qualité du débat, comment peut-on continuer à soutenir la dynamique ? La théorie ne suffit pas. Il est probable que nous ne pourrions construire que très progressivement les compétences pour cela et que ces compétences doivent se développer sur la base d'expériences pour être capables de soutenir. Avec une difficulté soulignée dans les discussions, il y a une assez grande proximité des experts-visiteurs avec la culture des directions. Nous avons aussi discuté avec des experts-visiteurs, dont on voyait qu'ils étaient plutôt marqués par une culture syndicale, mais ce sont toujours des points de vue descendants, évaluatifs, etc., et c'est un véritable problème. Être expert-visiteur peut devenir très intéressant mais demande des dosages compliqués, et un apprentissage très important reste à faire.

Un dont nous ne parlons pas beaucoup est l'encadrement de terrain, qui est probablement un acteur majeur. Bien souvent, il y a moins d'illusions sur le pouvoir, l'encadrement de terrain doit articuler un exercice de l'autorité avec, en permanence, la composition avec les dynamiques locales, tout en s'efforçant de tenir un certain nombre de critères de qualité. Être dans cette position, en face d'un personnel divisé, d'un personnel qui n'est pas d'accord sur ses normes de métier, est cauchemardesque. Je serais tenté de penser que c'est un échelon extrêmement important et que le développement du processus est susceptible, y compris de renforcer la position de cet encadrement de terrain. C'est plus facile de tenir sa position à partir d'équipes dans lesquelles il y a des processus qui permettent de construire un minimum de cohérence.

Chacune de ces difficultés ouvre sur des perspectives positives, des potentialités, de porter sa propre fonction à un niveau supérieur. Une donnée cruciale est le temps. Les individus aujourd'hui, y compris dans des établissements hospitaliers connus pour leurs exigences de qualité, n'ont plus le temps de discuter. Au nom de l'urgence, nous risquons de perdre les espaces de discussions ; à terme, nous les paierons très cher. L'idée sur laquelle il faut reconquérir des temps et des espaces pour discuter sur le travail est une idée qui sort partout, qu'on trouve aujourd'hui dans le management, etc. Mais je voudrais parler du temps du processus, car c'est une transformation culturelle extrêmement importante qui est amorcée par la HAS. J'ai essayé de dessiner très grossièrement comment ce n'est pas naturel pour les agents, pour les directions, pour les représentants du personnel. Là, il y a un temps long de la mutation, lié à la profondeur de la transformation que la HAS essaye d'opérer, et cela ne peut se faire que de façon extrêmement progressive. Ce qui est intéressant, c'est la façon dont la HAS prend cette affaire par plusieurs bouts. C'est un changement culturel : il y a la certification mais aussi les discours sur le développement personnel continu qui sont très proches, et les programmes d'amélioration continue du travail en équipe. Probablement il faut inventer une série de façons de faire. Du côté des organisations syndicales et des directions qui, théoriquement, doivent négocier le droit d'expression des salariés, c'est une question qui remonte. Aujourd'hui, on voit qu'il y a des exigences de ce côté-là.



Un point crucial : on ne s'en sortira pas simplement en transférant de la théorie, il faut absolument mener des expérimentations. Il faut que les experts-visiteurs, les directions, les organisations syndicales, quand ils s'y réfèrent, n'aient pas simplement des textes mais des références d'expériences un tant soit peu analysées. Il a été souligné un besoin de discussions d'équipes, mais il y a aussi besoin de discussions autonomes par métier dans les établissements. Il faut par exemple que les aides-soignantes puissent élaborer leurs problèmes d'aides-soignantes, pour lesquels elles n'ont pas, au départ, le discours. Donc, comment les établissements peuvent se doter de moyens internes qui permettent de soutenir la réflexion sur le métier ? Cela pourrait être l'équivalent de ce qui se fait dans les groupes de parole ou les groupes d'analyse de la pratique, mais à l'heure actuelle c'est essentiellement centré sur l'émotion, référée la plupart du temps à la théorie psychanalytique, donc à la résonance familialiste de l'activité. Ce dont nous avons besoin, c'est de groupes d'élaboration qui prennent véritablement les questions du travail. Il faut prendre la mesure que le travail est une expérience mystérieuse, opaque, opaque aux yeux mêmes de celui qui la déploie. Je suis convaincu qu'il faut mener des expérimentations sur la question du soutien à l'élaboration par l'encadrement de terrain. Il y a des questions, quand on discute avec l'encadrement, sur le mode « aidez-nous à soutenir la réflexion de nos agents », dont on voit bien que c'est un enjeu majeur pour le fonctionnement de l'équipe, pour la santé des individus, pour leur développement, lié aussi aux parcours professionnels. Même chose pour les représentants du personnel, qu'est-ce que signifie en termes d'évolution de la façon de travailler d'un représentant du personnel de prendre sérieusement ces questions de travail ?

Il y a donc une série de difficultés mais il y a un atout, l'hôpital est probablement l'endroit où est le mieux implantée une tradition selon laquelle cela ne peut pas fonctionner si on ne discute pas sur le travail, ce qui n'est pas acquis partout. Et là, il y a des éléments sur lesquels nous pouvons construire. C'est un processus difficile mais porteur d'une perspective de renouvellement de la position de l'ensemble des instances ou des individus que je viens d'évoquer.

# Conclusion de la matinée

Jean-Paul Guérin, Collège de la HAS

Je ne sais pas si je vais être en mesure de conclure et d'ailleurs, peut-on conclure ?

Je vais vous dire comment j'ai vécu et comment j'ai participé au fait que la HAS se saisisse de la qualité de vie au travail, ce qui n'était pas évident.

Tout est né à partir du rapport sur la maltraitance ordinaire de Véronique Ghadi et de Claire Compagnon. Effectivement, avec les usagers, nous avons travaillé sur ce rapport qui est accablant pour le fonctionnement régulier de nos hôpitaux.

Première conclusion, nous avons intérêt, pour nos travaux, à nous rapprocher des usagers et à voir comment articuler leurs réflexions sur ce sujet.

Qualité du travail et qualité des soins sont liées. Pour moi, je n'ai pas de doute, c'est plus qu'un postulat et je suis certain que les chercheurs peuvent parfaitement le démontrer. À propos de bientraitance, quand nous avons été plongés dans les remous médiatiques, tout de suite m'est venu à l'idée qu'il fallait calmer le jeu et surtout ne pas ajouter au désespoir du personnel. En effet, la maltraitance du personnel est directement liée à la maltraitance des patients.

Nous nous sommes donc saisis du dossier « qualité de vie au travail ». Véronique Ghadi doit se souvenir qu'elle a rencontré pas mal d'obstacles. Il a fallu en effet convaincre un certain nombre de personnes, y compris à la HAS. Nous avons eu peur dans cette affaire de nous faire instrumentaliser, soit par les directions, soit par les organisations syndicales ou le personnel, d'autant plus que nous n'avions jamais rencontré les organisations syndicales dans le cadre de la certification.

Ce séminaire a montré qu'un travail énorme a été effectué. Vous vous êtes mis en chantier, et je remercie l'ANACT car ce travail n'aurait pas été possible sans leur intervention. Sa médiation était indispensable, car la HAS ne pouvait pas intervenir seule sur cette question. Nous sommes arrivés à esquisser ce que pouvait être une politique favorable à la qualité de vie au travail, en partenariat avec l'ANACT, les diverses institutions et les organisations syndicales. Je suis membre du Collège de la HAS et je suis président de la commission de la certification des établissements de santé, mais j'ai été directeur d'hôpital. J'ai été frappé par le fait que nous n'avions jamais eu d'échanges avec les organisations syndicales sur la certification. Aujourd'hui, grâce au sujet « la qualité de vie au travail », nous avons un débat avec vous et nous travaillons ensemble. J'en suis ravi parce que c'était une erreur, une lacune, qui est heureusement comblée.

La HAS s'est saisie au bon moment de la qualité de vie au travail car nous avons franchi les étapes de plusieurs versions de la certification. François Bérard, Thomas Le Ludec et Vincent Mounic sont les architectes de l'évolution de la certification. La V2014 est conçue de telle façon que se saisir aujourd'hui de la qualité de vie au travail a tout son sens. Nous sommes convaincus qu'il ne faut plus ajouter de la norme à la norme, de la contrainte à la contrainte, mais il faut faire en sorte que qualité et certification soient la même démarche. C'est presque obsessionnel pour nous. Nous avons compris que vous viviez

un temps difficile, que ce soit les directeurs, les organisations syndicales et les salariés, et qu'il fallait absolument que la HAS porte un certain nombre de valeurs, dont la qualité de vie au travail, forme ces experts-visiteurs, ait une démarche de réalité. Nous avons constaté que la certification est appropriée par le management, le management intermédiaire ; les infirmières, les aides-soignantes et les médecins qui travaillent sur le terrain, qui luttent contre la maladie, qui luttent contre la mort, ignorent le plus souvent tout de cette certification. Nous avons voulu par ce travail qui est en cours, par la méthode du patient traceur dont il a été question, pénétrer dans la vraie vie des équipes, dans ce qui fait la vie de l'hôpital, qui fait sa valeur. Et cela a été souligné au cours du séminaire, qu'est-ce qu'il y a de plus légitime que l'hôpital ? Quelle est l'institution qui a plus de valeur que l'hôpital ? L'hôpital et la clinique, bien sûr !

En revanche, une difficulté importante subsiste, il faut absolument la résoudre : les médecins doivent s'approprier la qualité de vie au travail, d'autant qu'ils ne se sont pas parfaitement appropriés la certification. Je suis un vieux monsieur qui va s'en aller et je forme le vœu que les médecins s'approprient la qualité de vie au travail, s'approprient la certification, car ils sont restés pour la majorité en dehors. Les ingénieurs dans une industrie traditionnelle ne sont pas en dehors de la qualité de vie au travail. Quand j'entends que l'on va créer un CHSCT pour les médecins, c'est une grave erreur. C'est justement parce qu'ils seront enfin présents au CHSCT que le CHSCT aura du sens. Je suis tout à fait d'accord avec les différents intervenants, nous avons les moyens d'avancer. Je dois dire qu'à la fin de ma carrière, j'ai commencé à avoir honte de la manière dont fonctionnait un CHSCT. Et il est vrai que j'ai vu les choses se détériorer. Il n'y avait pas de mauvaise volonté des directions, il n'y avait pas de mauvaise volonté des partenaires sociaux, ni des personnels, mais les choses se sont bloquées. Nous sommes face à un blocage que nous retrouvons ailleurs qu'à l'hôpital. Aujourd'hui, nous avons tous intérêt à travailler ensemble, chacun avec sa vocation, la HAS servant de médiateur grâce à son travail avec l'ANACT.

Je pense que nous pouvons construire et susciter des progrès. Le système ne fonctionne plus, au fond il désespère tous les acteurs, les organisations syndicales, les directeurs, les managers, et sûrement les institutions. Le vœu que je forme, c'est que nous nous mettions au travail dans le respect, dans la tolérance, et la HAS sait réunir les individus autour d'une table et sait créer les conditions d'une dynamique.

De ce beau succès, il faut faire la transformation. Vous allez en débattre cet après-midi, et Thomas Le Ludec nous en tracera les perspectives.

Ne pas se saisir de cette opportunité serait « criminel » de notre part. Je forme le vœu que nous puissions rebondir et je suis persuadé que nous le pourrons. Je vous remercie.

## ► Retours croisés sur les ateliers

Véronique Ghadi, HAS

Dans cette dernière ligne droite de la journée, nous allons être dans l'écoute d'observateurs qui nous ont entendus et qui vont restituer ce qu'ils en ont compris ou ce qu'ils ont envie de nous dire des échanges de cet après-midi. C'est un exercice difficile et je les remercie tous d'avoir accepté. Nous les avons choisis parce qu'ils sont tous très différents. Nous avons un médecin clinicien du secteur privé, un médecin de santé publique du secteur public, une directrice d'hôpital, qui vient de rejoindre l'École des hautes études en santé publique sur les questions de formation du management, une personne de la Fédération nationale du Crédit Agricole, experte en qualité de vie au travail, et un chef de projet à la HAS, qui a une connaissance très antérieure de la certification, qui a été, dans l'équipe, à l'origine des travaux sur la qualité de vie au travail.

Anne Depaigne-Loth, HAS

J'ai été frappée tout au long de la journée, et en particulier au cours de l'atelier, de constater à quel point la « révolution intellectuelle » qui a eu lieu en 2010 pour l'équipe du développement de la certification, autour de la qualité de vie au travail, a été partagée au sein d'un groupe plus large. L'idée est tout simplement que la qualité de vie au travail a un rapport avec la qualité du travail. « C'est très banal et en même temps c'est très innovant », comme une personne du groupe le disait. Et cette prise de conscience a été vraiment partagée dans le et les groupes mis en place après 2010.

Nous sommes beaucoup revenus sur cette idée que nous n'améliorerons pas la qualité de vie au travail sans parler du travail et sans construire des espaces pour en parler. À partir de là, ont été listées un certain nombre de contradictions qui sont autant de freins au développement de cette prise de conscience au-delà de ce groupe. Une partie du temps a finalement été consacrée à se dire à quel point la tâche était difficile. La principale contradiction est celle qui existe entre un appel à réduire le formalisme, la bureaucratie, et le monde d'« hyper-prescription » dans lequel vivent les professionnels. Et cet appel émane de la HAS qui est le prescripteur par excellence, ou du moins elle apparaît comme telle aux yeux des professionnels.

D'autres contradictions ou dilemmes ont été évoqués. Par exemple :

- il est difficile de dire : « Il faut prendre du recul, il faut prendre du temps » à des personnes sous tension, sous contrainte, qui ont la sensation de ne plus avoir le temps.

On se trouve face à des individus qui n'aiment pas les normes mais voudraient bien des solutions toutes faites. Les participants ont finalement peu parlé de la certification. La certification apparaît comme un outil parmi d'autres. Ce qui a été beaucoup discuté, c'est l'organisation de proximité, les espaces de discussion sur le travail, la gestion des ressources humaines, la professionnalisation, la formation, comme des moyens d'ancrer les professionnels dans leurs contextes de travail et de donner du sens à leur travail. On a insisté sur le fait qu'il y avait tout un contexte à mettre en place avant même de parler

d'outils externes, et que les outils externes étaient surtout là pour porter des messages. Il y a dans cette culture partagée au sein du groupe « QVT » une méfiance pour la norme et pour le formalisme. Et donc, la certification est un bon outil quand elle porte des messages et quand elle aide une mutation culturelle, qui va mettre beaucoup de temps à se mettre en place.

Je retiens aussi la notion de l'ouverture sur l'extérieur, avec l'idée que ce ne soit pas toujours les mêmes qui représentent l'établissement, qu'il est possible d'envoyer des personnes qui n'ont pas nécessairement un haut niveau de responsabilité, précisément pour apprendre des autres.

Les participants ont appelé à la vigilance : dans un océan de formalisme, il ne faudrait pas qu'il y ait la HAS, porteuse seule et pour un temps limité d'un message : « *Nous allons vous écouter, vous allez pouvoir parler des problèmes* », et ensuite ça se referme.

### Jean Halligon, médecin, ancien président de la conférence des présidents de CME privées

Je voudrais commencer par un focus sur un sujet qui m'est cher, comme le rappelait Jean-Paul Guérin, les médecins ont été très longs à la détente sur la démarche qualité, l'évaluation de la qualité et le travail collectif. Et ce sont mes trois dadas, particulièrement le travail collectif. Pascale Levet a évoqué notre profil d'aventurier, alors imaginez mes pauvres camarades docteurs devant la jungle qualité de vie au travail. Leurs réponses risquent d'être celle de Confucius qui disait : « Je ne cherche pas à connaître les réponses, je voudrais simplement comprendre la question. » Et pourtant, l'implication des médecins est une nécessité si on veut que toute la chaîne de prise en charge du patient dans les établissements soit complète. Et nous aurons collectivement à préciser le concept de qualité de vie au travail pour essayer de le faire diffuser, et peut-être le faire diffuser, non pas comme un concept mais comme une pratique, un peu comme cela a été fait pour l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est en marchant, en faisant participer les médecins à des démarches pragmatiques d'évaluation des pratiques qu'on leur fait toucher du doigt l'intérêt de l'évaluation des pratiques professionnelles, qu'on leur fera toucher du doigt l'intérêt des démarches, type qualité de vie au travail. Si nous le faisons dans le cadre de la certification cela redorerait un peu le blason de cette démarche qui a mauvaise presse chez les médecins et beaucoup de professionnels.

Le médecin est individualiste mais il n'est pas le seul. Nous l'avons souligné dans l'atelier, la nécessité du travail en équipe est proclamée par tout le monde, et l'individualisme peut être combattu par la démarche qualité de vie au travail, en tant que travail collectif sur l'organisation, toujours au service du patient. Et dans le corollaire, il y a l'amélioration de la qualité des soins.

Nous avons noté dans le groupe la légitimité du couple HAS/ANACT pour prendre en charge la qualité de vie au travail, pour la conceptualiser, la diffuser et pour communiquer.

Un problème cependant demeure, ce sera, pour la certification, les marqueurs pour analyser la qualité de vie au travail en visite. Actuellement, nous ne voyons pas d'indicateurs. La bientraitance des personnels pourrait être un des éléments d'appréciation, mais il faut probablement plus s'attacher à évaluer une démarche. Et la solution passe peut-être par une phase pédagogique, un peu comme on l'a fait pour le développement durable, dans la certification, où il y avait un éveil à cette problématique. Et on passe ensuite à une phase un peu plus prescriptive.

Un autre élément, cette démarche qualité de vie au travail éclot dans beaucoup de travaux : les travaux inter fonction publique, les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, etc. Il faut absolument que la HAS et l'ANACT soient vigilantes sur la cohérence de tous les dispositifs à venir et avoir les oreilles attentives sur ce qui se passe autour afin qu'il n'y ait pas de démarche parallèle ou de démarche divergente.

Pour finir, le groupe a appelé de ses vœux des expérimentations, à la fois institutionnelles, entre la direction, le CHSCT et le corps médical, dont on sait qu'il se désinvestit de l'institutionnel, sur le thème de la qualité de vie au travail, sans négliger des expérimentations plutôt pratiques/pragmatiques à l'échelon des équipes, avec un suivi HAS/ANACT, qui se rapprochent des pratiques remarquables que la HAS souhaite mettre en place, mais sous l'angle plus précis de la qualité de vie au travail.

[Christophe Segouin, service de santé publique, pôle PREBLOC, GH Saint-Louis Lariboisière Fernand-Widal, AP-HP](#)

Merci de m'avoir invité, j'ai trouvé la journée extrêmement intéressante et j'adhère à tout ce que j'ai entendu, y compris dans le groupe. Je ne vais pas restituer, mais je vais m'approprier ce qui a été dit dans le groupe, donc je vais utiliser le « je » mais vous allez vous y reconnaître.

Je vais aborder trois points qui concernent la qualité de vie au travail et finir par une question sur la façon dont on peut intégrer les questions relatives à la qualité (des soins, de vie au travail...) dans un modèle plus large de performance hospitalière.

Les points que je vais aborder sur la qualité de vie au travail, nous aurions pu les aborder sur la qualité de la prise en charge des patients. Dans la discussion du groupe, si nous avons parlé de cette qualité, nous aurions fait à peu près les mêmes constats.

Le premier point, les écueils à éviter : éviter le normatif et le descendant, et faire que ce que nous disons sur la qualité de vie au travail soit compréhensible par l'ensemble des acteurs. Il faut surmonter l'obstacle que nous vivons avec la certification : la difficulté à s'approprier le langage de la qualité (que certains appellent le langage « HASsien » comme je l'ai entendu encore hier dans un groupe de travail au siège de l'Assistance publique auquel je participais.

Je suis expert-visiteur, donc je peux être le relais des critiques que j'entends tout en adhérant totalement à la certification (car je sais que cela améliore les choses, je l'ai constaté dans mon établissement). Donc, éviter le normatif, le descendant et le langage peu compréhensible immédiatement (mais finalement le langage de la qualité n'est peut-être pas compréhensible tout de suite).

Le deuxième point concerne les facteurs favorisants. Nous avons parlé de facteurs favorisants qui peuvent, encore une fois, s'appliquer à la certification. Les modalités : où peut-on discuter de la qualité de vie au travail ? C'est au niveau des unités et je pense que c'est fondamental. Effectivement, la qualité de vie au travail n'est pas une chose révélée dont on peut parler *ex nihilo*, c'est quelque chose qui concerne le travail que chacun fait au quotidien. Qui on associe à cette réflexion ? Il faut associer les acteurs de terrain autour de leurs expériences, leurs problématiques. C'est véritablement ce que nous essayons de faire dans mon établissement. Je suis responsable de la commission d'amélioration des prises en charge. On a décidé cette appellation car le mot qualité est trop générique, il irrite un certain nombre ; on

parle donc de la prise en charge des patients, donc des problématiques du quotidien. Par ailleurs, nous avons insisté sur l'encadrement et nous y travaillons dans notre établissement, l'encadrement de proximité ou pas, celui qui est tendu entre des injonctions paradoxales et qui a du mal à s'en sortir. Comment « embarquer » les médecins ? Je n'ai pas de réponse. Nous avons parlé de « comment j'embarque les médecins pour discuter de la qualité de vie au travail », mais nous n'avons pas dit « et la qualité de vie au travail des médecins ? ». Comme si les médecins n'étaient jamais malades ou n'avaient jamais de problèmes de vie au travail. Les plus marqués sont ceux que l'on met sur la touche et on ne s'occupe plus d'eux. Les autres vivent au quotidien des choses qui peuvent être difficiles aussi. Alors ils ne s'avouent pas à eux-mêmes que cela peut être difficile et comme ils ne se l'avouent pas, les autres ne les regardent pas avec ce regard-là. Cela vaudrait le coup d'en parler à un moment. Une fois que l'on a parlé des facteurs favorisant (revenir aux unités de soins, aux problématiques du quotidien, etc.) comment fait-on pour que tous les acteurs mis autour de la table ne soient pas dans une situation où ils confrontent leurs représentations, puisque ce sont tous des acteurs différents, mais qu'ils confrontent leurs objectifs ? Un directeur d'hôpital a dit : « Il faut une approche centrée sur le patient. » C'est intéressant car souvent on pense que les directeurs d'hôpitaux ne s'intéressent qu'aux finances. Il faut donc réinvestir le professionnalisme, revenir sur le travail bien fait, ce qui a été dit ce matin, et sur la représentation que j'ai en tant que professionnel de mon travail bien fait. Ce matin, un intervenant disait : « Il y a un travail indu et, ça, c'est insupportable. » Le travail indu, tout le monde en fait au quotidien et c'est ça qui nous « pourrit » la vie. Après, il faut préciser ce qu'est le travail indu pour chacun. Donc approche centrée sur le patient, avec des situations précises.

Un dernier point qui me paraît essentiel, c'est tout ce qui concerne les valeurs et les missions, et c'est là que nous nous retrouvons tous. Autour de quelle notion de mission et autour de quelles valeurs peut-on travailler ? Si nous allons plus loin, cela réinterroge la question de la performance. Là, nous parlons de qualité, mais la qualité « enquiquine » tout le monde. La question est : pourquoi travaille-t-on, avec quelles missions, etc. ? Cela serait intéressant que la HAS réinterroge les modèles comme ceux de Claude Sicotte plutôt que celui de Schortell sur la notion de performance, qui englobe l'ensemble de l'approche que nous pouvons avoir de notre mission, en tant qu'institution de soin, institution intégrée dans un environnement, etc.

### Nathalie Robin-Sanchez, École des hautes études en santé publique

J'ai eu beaucoup d'intérêt à vous écouter et trouvé beaucoup de convictions. Ce matin, une personne a employé le terme « espoir », il est clair que nous avons besoin d'engagement sur ce sujet et c'est un point retrouvé par une multitude d'acteurs qui ne trouvent pas facilement les chemins pour se parler habituellement. Et c'est la force de ce groupe de travail, des restitutions de ce matin et de l'atelier qui a été tout fait concordant.

Donc, conviction, espoir, accord, prise de conscience, proximité, engagement, des mots forts qu'il va falloir valoriser. Et c'est sûrement une des difficultés de l'exercice, même s'il faut saluer le rôle de l'ANACT et de la HAS dans ce positionnement de cette possibilité d'expression.

Pour le portage et la suite, puisque c'est une des questions posées, c'est le comment. Dans les débats de l'atelier de cet après-midi, ce « comment » n'apparaît pas évident. Tout d'abord, comment porter le

sujet localement ? Comment porter la parole des acteurs, accompagnés de la HAS et de l'ANACT, sur le terrain ? J'ai senti une véritable difficulté à aller au-delà de la parole exprimée ici. Ensuite, dans le « comment », il y a les outils, la communication, la formation, mais il y a aussi le respect de cette parole et la transmission de cette prise de conscience d'une parole commune. Il serait souhaitable que l'engagement et la conviction puissent être rapportés localement et de manière plurielle, comme vous l'avez fait aujourd'hui, sous l'égide de la HAS et de l'ANACT, donc de ce tiers facilitateur. Un élément fondamental pour l'ouverture du dialogue social est de trouver des tiers facilitateurs qui permettent cette expression mais aussi qu'on la porte plus loin. Et l'enjeu est vraiment de porter cette parole, cette conviction, chacun dans les rôles que nous avons, avec ce tiers facilitateur que représentent la HAS et l'ANACT.

Porter localement mais aussi pour la HAS, dans le processus de certification qui est encore un autre enjeu, même si on sait que le temps de la mise en œuvre va être long, comment porter dans la certification ce sujet ? Là, j'ai senti beaucoup de choses plus difficiles, entre l'alternance des aspects normatifs, la nécessité de référentiels que demandent d'ailleurs les experts-visiteurs ne serait-ce que pour éviter la subjectivité expert-dépendante sur le terrain, et donc comment porter de la norme, qui est aussi de la contrainte et qui fait aussi les difficultés d'appropriation sur le terrain ? Il y a le problème des outils, de la visite, des normes et il y a aussi peut-être une clarification puisque la certification est aussi dans un processus, certes d'amélioration de la qualité mais aussi de régulation. Cette question se pose à tous, c'est-à-dire les produits de la certification, le rapport et les indicateurs sont publics mais font aussi l'objet d'une réutilisation. Et il faut s'interroger, si les acteurs, ici, peuvent se mettre d'accord, si on peut convaincre les acteurs en interne, il faut être sûr de la cohérence avec l'ensemble du dispositif, sur un sujet aussi sensible qu'est la qualité de vie au travail.

Un dernier point dont vous avez beaucoup parlé, c'est comment faire vivre le processus de la qualité de vie au travail concrètement dans les établissements ? Un des points centraux, c'est le management. Vous avez parlé par exemple des médecins qui doivent être intégrés comme des salariés comme les autres dans la question de la qualité de vie au travail. Mais les médecins sont aussi des cadres, des managers comme les autres, car ils ont des responsabilités vis-à-vis d'équipes professionnelles médicales et non médicales. Et il y a une vraie question de comment le faire vivre, avec cette prise de conscience qu'on n'est pas simplement sujet de la qualité de vie au travail, mais acteur et organisateur de l'ensemble des acteurs du management. Je n'ai pas de solution aujourd'hui, je constate simplement que la certification a du mal à cerner la problématique du management, ce n'est peut-être pas son objet, mais quand on parle de qualité de vie au travail et des ressorts de sa mise en œuvre, on touche beaucoup au management.

[Anne Bizouard, Fédération nationale du Crédit Agricole](#)

Merci à vous de l'invitation et à chacun pour les apports que j'ai reçus tout au long de cette journée.

Nous n'avons pas à restituer les échanges de l'atelier, ce qui est pratique car j'ai une vision globale de ce que j'ai entendu dans la journée. L'atelier a rappelé qu'aujourd'hui le cadre est posé, à l'issue d'une démarche qui vous a peut-être paru longue. Je l'ai entendue, non pas laborieuse mais longue par l'attention portée à la construction des échanges, pour arriver à définir ce qu'il y a derrière les mots de certification, terme qui, pour moi, est peu familier, et de QVT.



Vos échanges font écho à des questions que nous nous sommes posées dans mon entreprise lorsque nous avons voulu répondre à la question des conditions de travail et que nous avons voulu parler de performance. Les enjeux de qualité de vie au travail sont posés immédiatement dans le couple « qualité des soins », donc côté malade, et « qualité de vie au travail », côté soignant. Dans le travail que nous avons conduit au Crédit Agricole, nous avons posé la question en termes de performance, autour d'une satisfaction équilibrée du client et du collaborateur, en reposant tout de suite la question de l'activité et de l'organisation du travail. Je suis impressionnée de ce que vous posez dans le débat et du fait que vous ramenez la question du travail au centre de ce sur quoi vous devez travailler.

Dans le groupe, une personne s'est exprimée en disant : « Comment on fait de la qualité de vie au travail ? » Pour moi, le débat n'est pas tant de faire de la qualité de vie au travail mais de se réinterroger sur la nature des relations, de la construction, et du système que l'on met autour de cette question du travail.

Cette construction du cadre de référence, cette mise en mouvement d'un certain nombre d'acteurs fait écho à ce que nous avons fait dans l'entreprise, avec l'aide de l'ANACT. Selon moi, à partir du moment où ce cadre est posé, il permet d'embarquer un certain nombre d'acteurs, un peu plus initiés que les autres, et nous amène aujourd'hui à cette question : comment fait-on demain pour aller sur le local, aller sur le terrain ? Ces initiés sont véritablement une force. À partir du moment où un certain nombre de personnes comprennent les enjeux, ont une vision construite commune, ces acteurs permettent ensuite d'aller sur le terrain pour expérimenter des manières de faire différentes, en réponse aux constats. Tout le monde avait l'intention de bien faire mais finalement cela ne produit pas tout à fait les résultats escomptés, que ce soit pour des raisons de contraintes externes – et j'ai beaucoup entendu parler de contraintes budgétaires, etc. – qui amènent à se dire : comment faire différemment ? À ce stade de l'expérience que j'ai conduite au Crédit Agricole, c'est en passant à l'action dans des vrais projets, comme ceux qui existent dans vos établissements, et en apportant une manière de faire et un appui pour conduire différemment les choses, qu'on arrive à transformer.

J'ai entendu aussi l'importance du temps. Le temps est long dans ce type de processus car ce sont des processus de transformation. On cherche à faire différemment et donc à être dans des logiques d'innovation, ce qui signifie s'autoriser des tâtonnements, des essais/erreurs ou des expérimentations, qui permettent de re-outiller, de voir ce qui fonctionne. On parle de qualité de vie au travail et on attend des résultats rapides et visibles. Le temps passé laborieusement au départ, nous le gagnons après. C'est souvent ingrat pour ceux qui impulsent, c'est quelquefois ingrat pour ceux qui sont dedans. À la lumière de l'expérience, ce temps-là permet vraiment de transformer la vision que l'on a des choses, d'autoriser à, et il permet d'autant plus facilement après de passer à l'action.

Vous avez tous posé la question sur le comment faire. Je pense qu'il faut être extrêmement pragmatique, et je ne suis pas là pour donner des leçons, mais pour témoigner de ce qui a pu marcher chez nous, qui demande de la patience et du portage politique car il ne faut pas lâcher sur un certain nombre de choix de fond. Et ensuite, il faut arriver à accompagner en outillant, en donnant de la méthodologie, en capitalisant sur ce qui a réussi, afin de pouvoir diffuser ensuite. Nous sommes aujourd'hui à une phase dans notre entreprise où, en rentrant par la question du travail, on ramène les salariés dans la co-construction et dans la conception, partant du principe que ceux qui font savent le mieux. Mais cela demande à faire un détour par le terrain, à apprendre à regarder le travail, et cela nous a conduit, à développer des méthodologies d'analyse du travail, de conduite de projets, que nous avons

expérimentées, que nous sommes en mesure de diffuser. Et c'est ainsi que nous pensons pouvoir transformer, dans la durée, l'entreprise.

Le temps passé en amont est donc du temps gagné pour après. Je crois beaucoup à la force de l'expérimentation, à identifier des terrains propices et des acteurs qui ont envie, de vrais projets car la démarche qualité de vie au travail ne doit pas être un projet qui s'ajoute, la qualité de vie au travail c'est la vraie vie, c'est comment faire différemment pour arriver à un résultat, à une performance qui « coûte moins » à l'ensemble des acteurs, que ce soient les salariés et les directions. Pour vous, l'expérimentation reposera pour partie sur les initiés présents dans la salle et on a bien vu l'envie des uns et des autres à y aller.

Cela demande aussi de capitaliser sur le dispositif de construction. Au Crédit Agricole, nous avons fait le choix de mettre en place une instance de travail (observatoire des conditions de travail) partagée entre les directions et les organisations syndicales car, pour nous, il y a un enjeu de dialogue social, une instance qui permet d'analyser toutes ces démarches pour faire de vrais retours d'expériences, car c'est ce processus de capitalisation qui nous permettra d'embarquer durablement les transformations nécessaires dans notre entreprise.

J'ai été frappée ce matin par la qualité des échanges. J'ai eu exactement le même résultat dans notre entreprise, sachant que ce n'est pas facile pour les acteurs, partenaires sociaux, direction générale, et ceux qui sont à la manœuvre de faire avancer ces démarches. On est allé beaucoup plus vite qu'on ne le pensait sur la conception des outils, sur l'accompagnement, sur la demande des acteurs à porter des projets avec notre appui.

C'est le message que j'ai envie de vous transmettre, même si, dans mon entreprise, tout n'est pas gagné, car les démarches de transformation sont longues. Mais quand on prend conscience d'une réalité, il y a des processus qui deviennent irréversibles car tous s'en emparent.

### Olivier Liaroutzos, ANACT

Merci à nos observateurs rapporteurs, qui était une posture délicate mais un exercice stimulant.

Pour être très bref, un constat et deux éléments tournés vers l'avenir.

Le constat, et je l'ai entendu dans l'atelier où j'étais présent cet après-midi, c'est notre obsession sur le temps. Les uns et les autres, nous sommes tous à chercher, sur nos agendas, où on peut caser un rendez-vous d'une demi-heure. Là, nous avons parlé de longue durée. Un participant a dit cet après-midi : « Nous sommes partis sur 10 ans. » Et il a bien fallu trois ans pour entrer dans le processus. En revanche, nous avons le sentiment d'y être bien installés et que cela paraissait naturel de poursuivre. Seulement, ces durées longues sont aussi à conjuguer avec les temps des établissements et c'est peut-être une question qui reste ouverte.

Deux questions tournées vers l'avenir. Nous avons beaucoup travaillé, depuis le début de ce projet, sur l'articulation qualité du travail et qualité des soins. Nous avons rencontré, assez tôt dans le projet, et cela a été très souligné aujourd'hui : et les médecins dans tout ça ? On tourne sur cette question d'embarquer

les médecins et peut-être qu'elle n'est pas à isoler en tant que telle. Et il y a aussi la question de l'articulation médecins/usagers : à quel moment les usagers entrent dans nos dispositifs et dans nos réflexions ? Vous venez d'employer le terme de « performance », c'est aussi un sujet que l'on traite, quels que soient les secteurs d'activités, sur ces questions de qualité de vie au travail. Il y a donc un enjeu à impliquer tous les acteurs.

Sur l'avenir, il a été question d'état des lieux partagé et cela est revenu dans l'atelier de cet après-midi. Nous ne sommes plus dans le diagnostic produit par des as de l'indicateur, nous parlons de diagnostic partagé, c'est-à-dire qui apporte de l'information. J'ai cru comprendre que c'était tout le monde : les managers, les salariés, les organisations syndicales. Et comment on la traite ? Il faut partir du travail réel, ce qui est beaucoup revenu aujourd'hui. Tout le monde est conscient que c'est compliqué. Il a été question, assez tôt dans la journée, pour exploiter les matériaux dans le cadre d'analyse des situations professionnelles, d'un besoin d'accompagnement. Accompagner et aussi analyser les situations de travail en équipe. La question des collectifs est très forte partout, et particulièrement dans les établissements de santé. Mais il a été dit aussi de se poser métier par métier. Et de ce point de vue, il y a peut-être quelque chose à faire, j'allais dire, du métier de médecin. Je ne sais pas si c'est un métier à isoler en tant que tel, il y a l'histoire des spécialités, etc., mais donner du temps aux médecins pour analyser leur propre travail. Sur ces questions d'état des lieux et d'analyse du travail réel, il n'est pas inutile de croiser les approches avec d'autres secteurs d'activités, comme nous venons de le faire avec le secteur de la banque, un secteur sous l'emprise de contraintes.

## Véronique Ghadi

Aujourd'hui, cela m'a permis de réentendre des mots que nous avons beaucoup prononcés, mais qui vont nous permettre de guider la réflexion, sur : comment les experts-visiteurs vont-ils aller regarder la qualité de vie au travail dans le cadre de la certification ? C'est un travail de dentelle que j'ai le sentiment de faire depuis le démarrage. Les termes de transversalité, d'être sur du concret, de s'ancrer dans la réalité, et surtout d'être dans une approche pédagogique, sont sans doute les mots qui vont continuer de nous guider, en tout cas sur la question de la certification.

Je retiens aussi l'idée que nous aurons à transformer l'essai et Thomas Le Ludec nous dressera des perspectives pour la suite.

Nous avons beaucoup dit que la HAS a permis ce travail, que l'ANACT a été extrêmement soutenante, ainsi que le Pr. Davezies également. Mais c'est vous aussi que je tenais à remercier car ce travail n'aurait pas été possible sans vous. Et depuis deux ans et demi, vous avez fortement contribué à ma propre qualité de vie au travail. Merci à tous et je laisse la parole à Thomas.

## ► Conclusion : Quels enseignements pour l'avenir ? Quelles perspectives ?

Thomas Le Ludec, DAQSS, HAS

Merci à Véronique d'avoir, avec l'ANACT, réussi ce séminaire et de l'avoir préparé intensément depuis plusieurs mois. Et merci à vous tous d'y avoir participé. J'ai pris vingt pages de notes depuis ce matin et il me sera impossible de conclure et encore plus de synthétiser.

Je vais essayer de faire une figure libre à la fois sur quelques convictions et quelques questions que je me pose à l'heure où nous sommes.

Ma première conviction, nous avons entamé un dialogue avec les organisations syndicales, qui m'apparaît indispensable. Finalement, on se dit presque : mais pourquoi ne l'avions-nous pas fait plus tôt, peut-être que cela nous aurait permis de mieux faire, il y a quelques années. Il est indispensable de maintenir ce lien, de maintenir cet espace de dialogue, dont on perçoit très vite en vous écoutant qu'il est à la fois extraordinairement indispensable et précieux, et aussi fragile. Je propose que nous puissions maintenir un rythme, qui soit un rythme de ce dialogue de fond, pour observer ensemble comment se déroule la certification et comment elle évolue en bien ou en mal. C'est aussi, pour nous, un point important car nous sommes à 20 000 mètres, nous sommes à Saint-Denis, Jean-Paul le dit souvent, nous sommes une organisation jacobine, nationale, et nous avons besoin de corde de rappel, qui nous dise de temps en temps : là, vous allez trop loin. C'est important, nous le pratiquons très volontiers et c'est très utile.

Ma deuxième conviction, ce que nous avons fait et ce que vous avez surtout fait, il est important de ne pas galvauder la qualité de vie au travail, ce concept et cette pratique. Il ne faut pas que cela devienne un mot de plus dans le vocabulaire à tiroir des modes managériales. Ce matin, j'ai entendu un intervenant dire : « Le marché va finir par s'intéresser au sujet de la qualité de vie au travail. » Cela me fait frémir, non pas que je sois hostile au marché, mais c'est quelque chose de trop important pour que cela devienne une affaire de « vendeurs de soupe ». Les acteurs qui doivent le porter ne doivent pas être des « vendeurs de soupe », de la catégorie de certains consultants faisant des coups. C'est éminemment quelque chose qui concerne à la fois les employeurs, les organisations représentatives des salariés, les fédérations des établissements de santé, le ministère de la Fonction publique et différents intervenants qui doivent se mettre en cohérence.

Par ailleurs, je suis en accord avec les réactions qui ont suivi la proposition d'un salarié traceur, je ne fais pas mienne cette approche.

Ma troisième conviction, il faut effectivement faire fonctionner les instances existantes, cela me paraît essentiel. Il a été noté que l'on forme les personnes à la pratique du CHSCT, aux pratiques de la vie sociale, mais tout le monde n'a pas été préparé à cela et tout le monde ne se réinterroge pas non plus là-dessus, et cela peut être tout aussi bien l'ensemble de la chaîne de l'encadrement et aussi concerner les organisations syndicales. Cela me paraît essentiel que ce bien précieux, qui vient d'être mis sur la table au bout de trois ans, ne soit pas tout de suite galvaudé par du slogan.

Ma quatrième conviction, nous avons des absents aujourd'hui : les patients et leurs représentants. Ce n'est pas une figure de style, en ce qui me concerne. J'ai passé quelques heures avec un représentant

éminent des patients et il a cette formule : « La HAS avec ses experts-visiteurs et son système de certification sont les yeux des patients qui ne savent pas forcément analyser le système, en dehors de leur expérience personnelle, et qui ont besoin d'avoir quelqu'un qui regarde à leur place comment ça tourne. » Cela signifie une énorme attente d'informations, d'indicateurs qui rassurent et d'avoir des individus qui alertent, qui poussent à la roue, pour une amélioration des pratiques. En même temps, vous avez des professionnels de santé qui s'inquiètent de la multiplicité des évaluateurs et des évaluations. L'indicateur fait peur aujourd'hui, notamment l'indicateur en diffusion publique. Comment vais-je être jugé par le patient que je vais voir ce matin en consultation, car la veille il y aura eu le classement du *Point* ou du *Figaro* et dans quelques mois le site de la HAS sur l'information du public ? C'est un des paradoxes de la HAS, nous sommes à la fois dans l'amélioration et dans une logique de bienveillance, puisque nous sommes la plupart d'entre nous issus du monde de la santé et du monde hospitalier spécifiquement, et, en même temps, nous sommes des producteurs de stress puisque nous avons des demandes différentes qui s'adressent à nous et qui nécessitent de nous ajuster en permanence. Le second acteur qui me paraît devoir être plus associé, c'est l'État dans ses différentes composantes : le ministère de la Fonction publique et, pour ce qui concerne l'hôpital, la Direction générale de l'offre de soins, pour l'encadrement médical et non médical, le Centre national de gestion. Ce sont des chaînons importants car si nous ne nous coordonnons pas avec eux, chacun va inventer son discours, va le porter, va induire de l'action avec des bonnes intentions, mais ces bonnes intentions vont s'entrechoquer si elles ne sont pas un tant soit peu coordonnées. Et vont, de ce fait, participer à l'épuisement des acteurs. Il est important que nous débordions le cadre sympathique que nous avons ensemble depuis trois ans, pour entrer vers un élargissement et une discussion sur la cohérence. Ce qui m'amène à évoquer la question de l'ANAP et plus généralement des agences régionales de santé. Là aussi ce sont des acteurs importants et qui ne sont pas présents aujourd'hui. L'ANAP ne produit pas de normes mais des programmes d'amélioration de la performance. Et on le voit de temps en temps lorsque l'on rencontre des établissements, ceux qui se sont lancés dans les programmes performance ont sans doute été performants là où on leur demandait de l'être, en revanche avaient des sacrés problèmes en matière de qualité et de gestion des risques. C'est un gros souci car les démarches qualité sont parfois mises entre parenthèses et, en même temps, l'ANAP participe à l'amélioration de la qualité. Cela pose donc aussi un problème de cohérence et de priorités. Les ARS peuvent faciliter ou rendre difficiles les démarches de qualité de vie au travail dans un établissement de santé. Je ne parle pas nécessairement des budgets, je parle essentiellement des questions de stratégies et des évolutions de stratégie des établissements de santé. Vous ne pouvez pas avoir les mêmes réglages fins de qualité de vie au travail quand vous êtes dans une incertitude stratégique. Il faut du temps, vous l'avez évoqué, et j'en suis totalement convaincu, mais je suis frappé de voir que nous sommes dans un immense tunnel. Depuis des années et des années, nous sommes dans une espèce de recomposition, parfois avec des accélérations, mais à l'échelle d'une génération, elle est extraordinairement lente. Ce que disent les personnels, et je pense que les organisations syndicales présentes doivent l'entendre, quand les personnels disent : « Ça fait 5 ans, Monsieur le directeur, que nous sommes en restructuration », non seulement cela fait perdre espoir mais surtout, tous les mécanismes de ré-enclenchement du dialogue peuvent être mis à mal par cette longueur dans les réorganisations. Ce qui doit aussi nous interroger, sur : finalement, la première qualité de vie au travail, c'est déjà de mettre à plat la ligne stratégique de l'établissement. Si les ARS sont parties prenantes, je pense que c'est une occasion pour leur dire que leurs modes opératoires peuvent induire des facilités ou dans certains cas d'énormes difficultés. Cinquième élément manquant, l'appareil de formation, à l'exception notable et essentielle de l'École des hautes études en santé publique, mais je parle

davantage de l'université et des instituts de formation. Un débat s'est tenu la semaine dernière, très intéressant et passionnant, à l'Assemblée nationale sur une énième réforme des études médicales, notamment de la première année. Un certain nombre de parlementaires, mais pas tous, parlent de l'enjeu de l'équipe pluriprofessionnelle et pas simplement de l'équipe médicale. Ce qui est frappant, les intentions sont là mais les actes ont beaucoup de mal à suivre, c'est-à-dire nous avons encore un système en tuyaux d'orgue, malgré l'universitarisation d'un certain nombre de cursus, que nous recevons encore dans nos établissements, des individus parfaitement formés dans leur spécialité ou dans leur métier, mais à qui on n'a jamais expliqué comment on travaillait ensemble avec des métiers différents, ce qui pose la question sur les impulsions que peuvent donner les dirigeants sur les programmes de formation. Je crois que nous devons tenir les différents bouts de la chaîne. Un travail d'explicitation de la qualité de vie au travail est à entreprendre auprès de ces différentes parties prenantes que je viens d'évoquer, et je ne suis même pas certain d'avoir fait toute la typologie de ces parties prenantes.

Un mot sur la normalisation, nous avons énormément de normes, sans doute trop. Je suis très réticent à mettre beaucoup trop d'écrits autour de la qualité de vie au travail. Je suis plus sur l'idée qu'il faut outiller, mais je ne suis pas certain que nous soyons le bon interlocuteur. Il faut expérimenter, il faut mailler pour créer de la culture, et il faut capitaliser, c'est-à-dire rendre visibles des histoires qui nous racontent à la fois de la qualité de vie au travail, de la qualité des soins, et donc de la performance. Cela prend du temps et cela ne peut se faire que si les personnes travaillent en réseau. Je suis très prudent sur les notions de guide dans ce domaine. En revanche, nous pouvons donner des premières impulsions, des premières amorces. Les propositions des experts-visiteurs ce matin m'ont paru à la fois structurées et pleines de bon sens. Un établissement qui n'a pas d'état des lieux ne va pas aller très loin ; un établissement qui n'a pas d'actions significatives n'ira pas très loin non plus ; et les experts-visiteurs doivent pouvoir aussi apprécier s'il y a un bon fonctionnement des instances. C'est un point important car un établissement qui a des instances qui dysfonctionnent, lui aussi n'ira pas très loin. Il faut peut-être rappeler des éléments basiques parfois, mais cela peut être pédagogique. Pour avoir été moi-même visité quelquefois, le regard des experts-visiteurs nous dit ce que l'on ne voit plus – et c'est là où le manager ne doit pas avoir peur de ce qui peut être dit par les experts-visiteurs. Et M. Davezies ce matin nous disait : « *La direction ne voit pas comment la vague est formée* », de temps en temps elle sent le vent et le vent du boulet parfois. Elle ne voit pas comment la vague est en train de se former, comment la houle est en train d'arriver, ce qui veut dire qu'il faut des cordes de rappel. Les instances sont aussi faites pour cela et c'est un management attentif à des signaux qui doit se mettre en place. Et c'est quelqu'un qui a beaucoup fauté qui vous le dit, qui a fait beaucoup d'erreur et je pense que c'est un élément essentiel de revenir sur ces fondamentaux du bon fonctionnement des instances.

Ceux qui m'entendent régulièrement savent à quel point je suis extrêmement attaché au travail en équipe et à une approche au plus près des unités. Il ne s'agit pas de contourner les organisations syndicales ou qui que ce soit. Ce n'est pas tant l'expression directe qui m'intéresse dans cette affaire, que la réappropriation par l'équipe elle-même de son cadre de travail, sa capacité à se fixer des objectifs, à se dire les choses. Beaucoup d'entre vous ici ont vu des équipes se disloquer après des événements traumatisants, elles se sont disloquées d'abord par l'événement en lui-même, par le non-dit autour de l'événement, et par les conflits éthiques créés par le non-dit. Dans l'incapacité de dialoguer, nous sommes dans l'incapacité d'améliorer et de prévenir la réédition d'un événement défavorable à celles et ceux pour qui nous nous battons, c'est-à-dire pour les patients. Ce point de l'équipe me paraît essentiel.

Nous avons de la chance, la littérature internationale nous montre que les équipes qui fonctionnent bien sont celles qui ont les meilleurs résultats en mortalité et en morbidité.

L'intervenante de la CGT s'interrogeait sur le programme d'amélioration continue, de la qualité du travail en équipe et l'idée d'un classement des équipes. Ce n'est surtout pas ça. Nous souhaitons au contraire montrer qu'il y a un possible dans le travail en équipe. Nous voulons montrer aussi des faits, éventuellement de la donnée, qui montrent aux décideurs, que je viens de citer, que le travail en équipe est un fait réel, un fait de progrès, qui peut permettre de mesurer des améliorations. Nous avons présenté ce programme aux journalistes il y a deux semaines, et une journaliste nous a interpellés, en disant : « Je ne comprends pas, comment se fait-il que les gens ne travaillent pas en équipe alors que cela fait partie du contrat ? » J'ai dû lui expliquer que ce n'était pas si simple puisque nous sommes tous formés sur la performance individuelle, sur la performance de sa spécialité ou de son métier, en revanche nous ne sommes pas formés sur la performance du travail en équipe. Il a fallu lui expliquer que l'université française, les écoles françaises ne se sont pas donné les moyens et une vision du travail en équipe, ils se sont donné essentiellement une vision de la sélection par l'échec. Nous avons là véritablement un hiatus culturel en France pour réhabiliter l'équipe. Je considère que nous avons plutôt fait baisser la valeur équipe ces dernières années et il y a un enjeu de réhabilitation de la valeur équipe.

Voyez que le « comment » doit être très progressif, très régulier et continu. Je ne crois pas aux sauts et aux ruptures, en revanche la constance du discours, la modestie, au sens où c'est un art et c'est un art modeste ce que nous sommes en train de faire. C'est un art, donc c'est très précieux, mais il ne faut pas que ce soit du publicitaire, pas de slogan, pas de banderoles HAS/ANACT sur la qualité de vie au travail. C'est un travail de fond et si je dis cela, c'est parce que j'ai été frappé, à la fois dans mon exercice professionnel mais aussi en voyant ce qui se passait dans le monde des entreprises, où pendant 20 ans on a dégradé énormément la qualité de vie au travail, essentiellement par tous les mécanismes de réédition de données et de supervision par objectif, au détriment du travail concret. C'est un point qui est important et on voit les prémices – vous avez cité le projet du MEDEF – depuis quelques années d'une évolution, y compris dans les milieux patronaux. Mais cette évolution est récente, elle reste fragile car nous sommes dans un monde gouverné par des objectifs de court terme. Et parce que c'est gouverné par des objectifs de court terme et que, nous, nous sommes sur du long terme, que nous devons être très précis dans nos prises de positions et rester sur des axes du travail concret, de la valorisation des personnes de terrain. Toute notre difficulté, et la HAS est là pour ça, est de « faire l'hélicoptère », c'est-à-dire s'intéresser au concret des établissements, et ceux qui nous fréquentent savent que nous y sommes très intéressés, et, en même temps, se connecter avec le monde des décideurs pour faire évoluer aussi leurs regards.

Après cette phase de trois ans, d'initiation et d'initiés, une phase de continuité et d'extension sur certains décideurs qu'il faudra faire évoluer. Pour moi, la priorité est vraisemblablement autour de l'université au sens large, des planificateurs et de ceux qui font vivre au niveau national le dialogue social.

Allons-y de manière structurée. Observons-nous, continuons à dialoguer comme nous l'avons fait, c'est-à-dire dans l'écoute et le respect, en restant proches le plus possible de ce qui est accessible aux individus. Il faut que nous arrivions à nous intéresser à la banalité du bien et non pas à l'exceptionnel, au merveilleux et au parfait.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)