

Management et Bien-être au travail

Colloque du 22 Octobre 2014
Cité du Design à Saint-Etienne



Véronique GHADI

Chef de projet Qualité de Vie au Travail
Haute Autorité de Santé



Management de la qualité et QVT

Pourquoi et comment la HAS s'approprie l'idée de Qualité de Vie au Travail (QVT) dans la certification des Établissements de santé. Management de la qualité et QVT : deux approches d'une même réalité ?

Bonjour à tous. Ça ne va pas être très facile de passer après les deux premiers intervenants mais je vais essayer d'être à la hauteur sur le sujet. Je ne suis pas chercheur en sciences de gestion. Je suis à la Haute Autorité de Santé et je porte le projet Qualité de Vie au Travail depuis maintenant quatre ans. Juste deux mots puisque la plupart d'entre vous connaissez la santé, mais pour vous poser un peu le cadre en deux mots,

Le lien entre QVT et qualité des soins, fondement de l'action de la HAS

la Haute Autorité de Santé qui, entre autres, a pour mission l'amélioration de la qualité des soins, qui a une ambition affichée depuis 2012 de réguler, de participer, de contribuer à la régulation du système de santé par la qualité et par l'efficacité. L'un de ces outils sur lequel je m'appuie est la certification des établissements de santé. En 2010, nous avons utilisé cet outil, le manuel de certification des établissements de santé pour introduire un nouveau critère qui était le critère 3D pour les initiés qui est sur la promotion de la qualité de vie au travail. Avec ce que je vous ai dit précédemment sur le rôle et la mission de la Haute Autorité de Santé, vous voyez que tout de suite la question qui se pose et que je vous propose de tirer un peu pour les quelques *slides* qui vont suivre, c'est « finalement y-a-t-il un lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins ? ».



Une légitimité d'intervention de la HAS confirmée par les professionnels de santé.

D'abord, les professionnels nous l'ont dit, ils ont interpellé quelque part la Haute Autorité de santé sous l'angle de « oui, vous êtes très légitime sur la qualité des soins, on a bien compris que vous aviez un rôle sur la question de la qualité des soins. D'ailleurs globalement on trouve que vous produisez pas mal sur le sujet ». Par contre, quand on les a interrogés en 2007 justement avant de refondre notre manuel de certification, ils nous ont dit « sur la question des conditions de travail vous êtes légitimes aussi », sous-entendu il y a un lien avec la qualité des soins, « par contre, là vous n'êtes pas très bons. Là-dessus vous vous investissez assez peu ». Donc c'était une thématique sur laquelle il y avait le plus gros différentiel entre ce que les professionnels attendaient de notre action et ce qu'ils considéraient que nous faisons. Au cas où on n'ait pas bien compris, ils nous l'ont répété en 2012 quand on les a de nouveau interrogés sur la perception de la certification. Ils nous ont dit pour un tiers d'entre eux qu'aujourd'hui ils considéraient que les conditions de travail contribuaient à détériorer la qualité des soins. Un tiers des professionnels nous l'ont dit, la moitié des médecins et des chefs de service ont également affirmé qu'ils considéraient qu'il y avait une dégradation des soins due aux conditions de travail. Quelques-uns considéraient que le management des établissements aujourd'hui avait aussi contribué à détériorer la qualité des soins, et notamment un tiers des médecins chefs de service considéraient que le management des établissements de santé n'était pas positif pour la qualité des soins. Et puis ils ont considéré que l'on n'avait pas

bien encore travaillé sur le sujet. Seulement 26% d'entre eux considéraient que la certification avait servi de levier sur la question de la qualité de vie au travail. Autre élément, des témoignages que l'on avait travaillés à partir de nos travaux sur la maltraitance ordinaire. Là encore il ressort que finalement il y a un lien entre conditions de travail pris au sens global du terme et la maltraitance des patients avec finalement un diagnostic commun entre les usagers interrogés et les professionnels qui nous disent « les organisations sont trop rigides, la pression est trop grande et on aboutit à une dépersonnalisation des soins et de l'accueil des patients ». Une plainte des patients, de leurs proches, mais aussi des éléments qui sont dénoncés à ce moment-là par les professionnels.

Une perception de perte de sens au travail

Finalement les professionnels nous disent aussi qu'aujourd'hui on se situe dans une perte de sens au travail, on est sans cesse confrontés à la souffrance, à la mort, à la dégradation des corps et on n'est pas soutenus. Ils nous disent également à ce moment-là « on a un encadrement qui n'est pas suffisamment présent ». Il y a des professionnels qui nous disent « il y a un encadrement qui n'est pas présent » et il y a des cadres qui nous disent « on n'arrive pas à travailler comme on voudrait, on n'arrive pas à soutenir les équipes et à être auprès des équipes comme on le souhaite ». Finalement ces travaux nous font voir que des professionnels qui ont de mauvaises conditions de travail sont maltraitants pour les patients. Ce que ça disait aussi c'est que l'organisation contraint les professionnels à des pratiques qu'ils considèrent eux-mêmes comme maltraitantes, là je crois que ça fait écho aux propos d'Yves Clot tout à l'heure sur la question des critères de qualité. Lorsqu'eux-mêmes considèrent qu'ils ne font pas bien leur travail, ça les met en souffrance. Vous allez me dire « c'est bien gentil tout ça mais c'est très subjectif. Vous êtes sur des questions de perception, de témoignages, mais est-ce que vraiment cette question de lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins existe ? ». Moi je fais partie de ceux qui militent pour dire qu'il faudrait que le subjectif reprenne sa place,

une place entière aujourd'hui dans les directions de santé.

La QVT impacte directement la sécurité des soins

Mais bon, j'entends tous ceux qui demandent des chiffres et un peu d'évidence. On a cherché et on s'est intéressé à la littérature internationale. Là on voit qu'il y a des équipes qui partout dans le monde, notamment dans le monde anglo-saxon, font des études qui essaient de corrélater des éléments qui seraient liés à la question des conditions de travail d'une part et puis à ce qui pourrait être des résultats en termes de satisfaction des usagers mais également de résultats de santé et de taux de mortalité. Quand on commence à dépecer ces articles, ils nous disent qu'à un niveau global, en fonction du type de management qui est adopté, en fonction du climat organisationnel, de la confiance qui existe, ça a finalement un impact sur le niveau de satisfaction des usagers mais également sur les résultats de santé. Si on va un petit peu plus bas et que l'on s'intéresse à la question des équipes, là encore on a des études qui nous disent que finalement les équipes les meilleures ne sont pas celles qui n'ont pas de risque ni d'éléments indésirables parce qu'elles en ont toutes, mais c'est celles qui travaillent suffisamment en interprofessionnalité pour pouvoir les rattraper, travailler dessus et apprendre de leurs erreurs. Comme à l'HAS on est quand même assez évidentialistes et que moi je suis un peu alternative dans cette organisation, quand j'ai présenté les premiers travaux que l'on avait faits sur la qualité de vie au travail, on m'a dit « maintenant il va falloir nous le démontrer ». Nous avons donc fait une revue de la littérature qui n'est pas encore publiée mais qui devrait l'être dans les semaines à venir, je l'espère, et on est allé rentrer un petit peu plus dans ces articles. Alors je vous livre juste quelques chiffres ou quelques idées pour vous dire qu'il y a des articles qui ont fait un lien entre charge de travail et taux de mortalité des patients. Il y en a d'autres qui disent que finalement aujourd'hui aux États-Unis, 15% des erreurs sont liées à des problèmes de communication. Si l'on s'intéresse aux études françaises, l'étude NEIS sur les événements indésirables associés aux soins dit la même chose, elle dit « 20% des événements indésirables graves sont dus à des problèmes de communication au sein des

équipes ». On a aussi une étude sur les erreurs en chirurgie cardiaque qui montre que les principaux facteurs de survenue de complications et d'événements indésirables sont liés à la question de la communication au sein des équipes avant même d'être reliés à des facteurs purement techniques liés à l'activité médicale. Je pourrais vous en donner encore beaucoup. La question du lien entre médecin et infirmière beaucoup travaillée nous montre que dès que c'est cloisonné, dès qu'il n'y a pas d'échange entre ces professions-là, ce sont des équipes à risque. Des tensions aussi entre les cadres et les soignants peuvent mettre les équipes en difficulté. Voilà beaucoup d'éléments qui font dire que le fait que l'Autorité de Santé s'intéresse à la question de la qualité de vie au travail est bien en lien avec ses missions parce que ça a un impact direct aujourd'hui sur la sécurité des soins.

Le rôle du cadre : passer d'une culture fonctionnante à une culture apprenante ?

J'avais envoyé mon diaporama à Henri GATKA en disant « est-ce que ce que je traite est un peu ce que tu attends ? ». Il m'a dit « oui mais enfin le colloque porte sur le cadre et j'aimerais bien que tu parles du cadre » donc j'ai rajouté une diapo'. Je me suis dit « je suis un peu piégée par la demande d'abord parce que je connaissais les autres intervenants et que je savais qu'ils allaient en parler bien mieux que moi et que d'ailleurs tout ce que je pourrais dire finalement c'est en ayant lu leurs articles que j'allais le dire, et puis l'autre piège pour c'est qu'une des difficultés qui est repérée aujourd'hui dans la fonction de cadre et dans l'exercice de cette fonction, c'est toutes les demandes de *reporting*, toutes les machines de gestion qui font que le cadre déserte son équipe, déserte son service pour aller remplir ces tableaux d'indicateurs, son autoévaluation pour la certification et là tout de suite évidemment la HAS ressent toute la responsabilité qu'elle peut avoir dans la question. Mais ce n'est pas grave, je commence à avoir l'habitude donc j'assume [rires]. Effectivement, dans tous les articles que l'on a pu lire en France comme à l'étranger, on en revient aussi sur ce même

type d'éléments. Je ne vais faire que paraphraser les autres intervenants qui l'ont déjà mieux dit que moi et le rediront encore mieux que moi, le rôle du cadre est très important, il a un rôle de régulation. Il a un rôle de régulation, et c'est notamment ce que disait Yves Clot en introduction, c'est « comment est-ce qu'on arbitre entre travail prescrit et travail réel ? ».



Il a un rôle de régulation parce que c'est lui qui va permettre d'inscrire une équipe dans une culture apprenante plutôt que dans une culture fonctionnante, et on sait que ça a un lien très étroit avec la qualité et la sécurité des soins. Donc un rôle très important et des soignants qui disent « oui mais le cadre n'est pas là » et finalement, mais je n'irais pas beaucoup plus loin puisque Mathieu Detchessahar en parlera beaucoup mieux que moi. On voit aussi que finalement la situation du cadre n'est pas simple pour elle-même. Emmanuel disait avant « c'est un travailleur comme un autre » et je crois que c'est important aujourd'hui de ne pas l'oublier.

Le dilemme : logique soignante/ logique gestionnaire

La question des critères, vous parliez des conflits de critères, finalement on les retrouve dans la personnalité même du cadre. Dans les études qui ressortent, le cadre est un conflit en lui-même. Il a la culture soignante puis quand il devient cadre il récupère la culture gestionnaire et finalement il a déjà en lui-même ce conflit entre la logique soignante et la logique gestionnaire dans lequel il est parfois en porte-à-faux ou vis-à-vis des équipes ou vis-à-vis de la direction. Il a finalement aujourd'hui un gros travail

d'information de ses équipes pour faire descendre les éléments de la direction, les objectifs, les programmes, la politique et en même temps il se retrouve confronté face à des équipes qui vont lui dire « mais pff, tu es gentil mais ce que tu nous demandes n'est pas possible, ça ne correspond pas à ce que l'on fait ». Et dans un certain nombre d'organisations, il est en difficultés pour jouer ce rôle d'interface et faire remonter les difficultés des équipes. Donc plutôt un cadre qui aujourd'hui peut avoir un sentiment de déqualification, de dévalorisation et puis on nous dit souvent mais ça a été dit également « finalement ce cadre a aussi besoin d'être soutenu, aidé, accompagné, en fait d'être encadré ». Alors quand même je vous ai dit des éléments très difficiles, je vous ai montré à quel point ça pouvait avoir un impact négatif sur la qualité et la sécurité des soins, et quand on a des équipes qui sont en souffrance, on a des patients qui en meurent, si je le dis de façon un petit peu réduite.

L'enseignement des Hôpitaux attractifs

Mais on a aussi des modèles très positifs, c'est le modèle du *magnet hospital*. Donc le modèle de l'hôpital attractif est un modèle qui a été étudié en Amérique du Nord à partir d'établissements qui gardaient son personnel infirmier. Les chercheurs sont allés voir quelles étaient les caractéristiques de ces établissements dans lesquels il y avait un *turn over* faible. Il en ressortait que c'était des établissements où le personnel infirmier était plus ancien, mieux expérimenté, mieux formé, souvent mieux rémunéré, en quantité en adéquation avec les missions, avec une marge de liberté, une marge de manœuvre, une autonomie dans les métiers beaucoup plus importante que dans les autres établissements. Ce sont des éléments qui paraissent très positifs et qui font que l'on comprend tout à fait pourquoi le personnel infirmier reste. Ce qui était intéressant c'était ce que ça produisait, la corrélation qu'il y avait avec d'autres aspects qui sont plutôt des aspects de qualité ou de performance. C'était aussi des établissements. Il y avait une satisfaction des patients plus importante, il y avait des résultats de santé plus importants, il y avait moins d'éléments indésirables donc au final une meilleure performance, et notamment sur un plan

économique. On continue de tirer là notre lien entre ce qui va être la qualité de vie au travail et la performance de nos organisations, qui est un objectif que l'on peut poursuivre. Il faut se mettre d'accord sur le terme, mais c'est un objectif en tout cas aujourd'hui mis en avant. Maintenant que je vous ai démontré qu'il y avait un lien entre les deux, je vais vous parler assez rapidement des travaux que l'on a pu mener au sein de l'HAS.

Les travaux de la HAS sur la QVT

On a commencé en 2010, on a inscrit un critère dans le manuel de certification. Si vous y référez, il traduit surtout notre ignorance du sujet quand on a écrit puisqu'il est très *light*. Globalement, il dit que l'établissement a défini une politique, la met en œuvre et l'évalue. Ceci étant, une fois que l'on avait dit aux établissements « allez-y, faites une politique, mettez-la en œuvre et évaluez-la », il fallait qu'on les aide un peu pour avancer, pour émettre du concret, donc on a commencé à travailler. On est allé voir des experts, notamment ceux qui sont là aujourd'hui, on a lu un petit peu de littérature et on s'est lancé avec des publics avec lesquels nous souhaitons travailler sur le sujet.



Il y avait naturellement les experts visiteurs qui sont notre public un peu captif, notre bras armé si je puis m'exprimer ainsi puisque c'est eux qui vont aller dans les établissements vérifier qu'ils ont investi la thématique. Mais après, il fallait savoir sur quoi ils allaient faire porter leur regard pour pouvoir évaluer l'investissement d'établissements sur le sujet. Nous avons des professionnels d'établissements de santé. Là encore c'est assez logique, on s'adresse à eux, avec un

groupe où il y avait des directeurs cadres et médecins. On les a fait plutôt travailler sur « c'est quoi une démarche qualité de vie au travail ? ». On est parti de leur expérience, on est aussi parti d'un travail monographique qu'avait fait l'Anact puisque tout ce projet-là est mené en partenariat avec l'Anact, donc un travail monographique où on avait essayé de repérer des déterminants de démarche qualité de vie au travail. Et puis, alors là par contre public complètement nouveau pour la Haute Autorité de Santé, nous avons également travaillé avec les organisations syndicales autour du sujet « qualité de vie au travail, qualité des soins », « comment ils se positionnent ? » et « comment ils jouent un rôle là-dedans autour de la question du travail au cœur des préoccupations ? ». Si ça vous intéresse, vous allez sur le site de l'HAS et vous trouverez le détail de tous ces résultats. Ce qui est important à retenir c'est que l'on a été dans une démarche progressive et qui s'intégrait au fur et à mesure. On a travaillé avec des chantiers séparés, on a commencé des croisements experts visiteurs / organisations syndicales, experts visiteurs / établissement de santé et puis on a réuni tout le monde dans un grand séminaire dont les actes sont également sur le site de la Haute Autorité de Santé. Il y a un rapport qui décrit la démarche et les enseignements. Juste quelques éléments autour de l'enseignement. Il y a eu des conclusions à partir des échanges que l'on a eus avec l'ensemble de ces parties prenantes. On s'est mis d'accord sur le fait que la qualité de vie au travail ne peut pas être une norme. La HAS n'édictera pas de norme ou de recommandation sur « qu'est-ce qu'une démarche qualité de vie au travail ? ». C'est plutôt une dynamique de progrès, donc on va s'intéresser aux processus, à la manière dont un établissement est en capacité de se mettre en mouvement sur ce sujet-là et la manière dont il le fait. Est-ce qu'il le fait tout seul dans un bureau ? À ce moment-là ce n'est plus une démarche qualité de vie au travail. Ou est-ce qu'il arrive à emmener avec lui l'ensemble de ces professionnels ?

Une approche positive plus vaste que la seule prévention des RPS

Et puis on est bien sur une dimension positive de l'approche et non pas simplement sur une prévention des risques psychosociaux. Bien entendu que

s'intéresser à la qualité de vie au travail n'est pas considéré comme la réponse unique aux risques psychosociaux, il faut continuer à avoir un regard sur le sujet. On est plutôt sur ce qui va faire ressource dans les organisations et pour les professionnels. C'est un sujet qui se joue sur des axes multiples et c'est bien une des raisons pour lesquelles on ne pourra pas établir de recommandation, parce que c'est un sujet qui n'a de sens que relié aux enjeux locaux de l'établissement. Vous avez des éléments qui peuvent être à la fois sur le contenu du travail lui-même mais également sur son environnement, sur ce qui va être des éléments d'ordre individuel, la conciliation vie privée et vie professionnelle par exemple, mais aussi sur des éléments plus collectifs autour de l'organisation en équipe et puis des éléments qui sont à la fois objectifs, les horaires, les risques physiques ça se mesure, ça se calcule et puis des éléments plus subjectifs autour du sentiment de bien-être et de satisfaction du travail. La dynamique qualité de vie au travail, il y a des éléments politiques, mais ça dès que l'on s'intéresse à la question de la qualité on sait que rien ne peut se mettre en place dans une organisation si la direction de s'implique pas.



Il faut une politique qui soit impulsée par la direction, qui puisse être portée par les instances existantes, on peut penser aux CHSCT, il peut y avoir de nouvelles instances qui se créent autour du sujet. Ce qui est peut-être plus nouveau avec un sujet sur la qualité de vie au travail, c'est que ça repose sur une méthode d'expérimentation, ça veut dire que l'on décide un moment de partir sur un chemin, pendant un temps on décide de ne pas juger pas à pas de ce que ça produit et puis que l'on s'arrête, que l'on regarde en arrière et qu'on est capable de revenir en arrière. Ce qui n'est pas toujours simple c'est de se dire que finalement ce

n'était pas le bon chemin, donc on part sur un autre chemin. Ceci étant, c'est vraiment important sur ces sujets-là. Ce qui va avec l'expérimentation c'est la question de l'évaluation. Une expérimentation n'échoue que si elle n'est pas évaluée et là-dessus c'est extrêmement important de pouvoir développer des évaluations qui soient bien centrées sur l'établissement. Donc là encore, un indicateur national développé par l'HAS sur le sujet, ce n'est pas pour tout de suite. Pour terminer, je vous ai présenté les travaux que l'on a menés jusqu'en 2013. On voit bien que l'on est plutôt sur le début du chemin donc nous continuons avec l'Anact. Trois pavés pour la suite : d'abord la certification, moi je suis dans le service de développement de la certification donc vous comprendrez bien que c'est mon cœur de métier.

QVT, une thématique d'impulsion pour la HAS

La qualité de vie au travail, pour la future itération, donc l'année 2014 fera systématiquement du socle minimal du compte qualité, le compte qualité étant le document qui aujourd'hui remplace l'auto-évaluation, donc c'est le document sur lequel l'établissement raconte, fait part de comment ils se saisissent des thématiques. Sur la plupart des autres thématiques on a des exigences en termes d'évaluation de risques, de recueil d'indicateurs. Sur ce sujet-là, ce n'est pas l'enjeu. L'enjeu est que l'ensemble des établissements à un moment donné se dise « mais ce sujet-là, qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que j'en comprends et qu'est-ce que j'en fais ? ».



Donc on n'a pas d'exigence de contenu, on a une exigence par contre que la question soit posée. Ça ne sera pas systématiquement posé en visite mais c'est ce que l'on appelle une thématique d'impulsion, c'est une

thématique sur laquelle on va approfondir à partir du matériau qui sera revenu via des comptes qualités ou via des visites sur le sens que ça prend, sur où en sont les établissements et comment on peut continuer de les accompagner. Il y a un gros bloc autour du portage institutionnel. L'HAS est très légitime : qualité de vie au travail, qualité des soins. Sauf que quand on a travaillé avec les établissements, ils nous disaient « vous êtes bien gentils mais nous, les ARS, elles ont un certain nombre d'exigences vis-à-vis de nous qui sont contraires à ce que vous dites. Et puis, quand on travaille avec telle ou telle institutions, ce n'est pas forcément dans le même sens que ce qu'on est en train de construire ensemble ».

Un chantier à conduire avec d'autres

On s'est dit « finalement, si on reste seul dans notre coin, on ne va pas avoir beaucoup d'impact parce que toutes les questions d'indicateurs, de pressions qui sont exercées vis-à-vis des établissements, il n'y a pas que nous. On a notre partie mais on n'est pas les seuls et il faut que l'on arrive à travailler avec tout le monde. Donc c'est aujourd'hui un sujet que l'on porte avec et auprès du Ministère, de l'ANAP, de l'École des Hautes Études en Santé Publique, enfin toutes les institutions qui portent aussi une parole aussi importante que la nôtre et qui sont nécessaires si l'on veut faire évoluer la culture au sein des établissements. Et puis le dernier pavé autour du retour d'une notion de récit et d'expérimentation. On a dit que l'on ne ferait pas de recommandation sur la qualité de vie au travail, on ne va pas vous expliquer comment on s'y prend pas à pas et quelles sont les étapes. Mais du coup, ce qui nous est renvoyé c'est « c'est bien gentil, vous avez travaillé pendant trois ans mais ça reste assez conceptuel, ce que vous nous racontez, et nous dans nos établissements on n'a pas le temps de passer des mois et des mois à réfléchir sur le sujet et à essayer de faire le lien entre les concepts et notre réalité ». Si on veut échapper à la norme il faut qu'on raconte. Donc aujourd'hui on est en recherche d'expériences qui ont lieu sur le terrain, que l'on va mettre en récit et que l'on va partager avec les établissements pour leur montrer toutes les formes que peuvent prendre une démarche qualité de vie au travail, comment la qualité de vie au travail

répond à des enjeux extrêmement différents. On a également un autre projet, je ne sais pas si on arrivera à le mettre en place, en lien avec l'Anact et les Fédérations d'établissements sur la mise en place de *clusters* sociaux. Les *clusters* sociaux c'est le fait, au niveau d'une région, de regrouper une dizaine d'établissements et de les faire travailler pendant un an sur leurs projets, chacun avec son projet mais avec des temps où ils confrontent leur expérience, où on leur apporte également de la méthode et de l'expertise technique mais où ils vont cheminer dans leur confrontation sur ce que peut être une feuille de route sur le sujet. Ça nous permettra peut-être d'en tirer des enseignements plus généraux et d'être peut-être un peu plus précis dans certains de nos messages. Après il y a d'autres projets qui sont portés par la Haute Autorité de Santé qui sont quand même en lien avec ce que je vous raconte là, c'est notamment le projet PACTE sur le travail en équipe. On a vu que la question du collectif est extrêmement importante. Je vous disais qu'il y a énormément d'éléments indésirables graves qui s'expliquent par une non-communication donc on a tout un travail de développement et d'accompagnement d'équipes autour des outils de communication et de l'acquisition d'une vision interprofessionnelle du travail. ■
Je vous remercie

Véronique GHADI