



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



La qualité de vie au travail au  
service de la qualité des soins

# **Retours d'expérience d'établissements engagés dans des clusters sociaux sur la qualité de vie au travail**

Recueil de cas

Septembre 2017

Ce rapport, comme l'ensemble des publications,  
est téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé – Service Communication - information  
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX  
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Équipe projet :

**Anact**

Madame Anne-Marie Gallet

**DGOS**

Monsieur Laurent Briois

**Équipe de chercheurs en charge  
de l'évaluation des clusters  
sociaux**

Madame Cathel Kornig

Monsieur Christophe Massot

Monsieur Christian Revest

**HAS**

Madame Véronique Ghadi

# Sommaire

<b>Préambule</b>	<b>4</b>
<b>1. Améliorer la communication avec les infirmières coordinatrices de Béziers HAD</b>	<b>5</b>
1.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation ?	5
1.2 Présentation de la démarche	5
1.3 Analyse de l'expérience	6
1.3.1 Les effets	6
1.3.2 Les enseignements de la démarche	7
1.4 Conclusion	7
<b>2. Améliorer l'organisation de l'activité dans le service de chirurgie ambulatoire du centre hospitalier de Dieppe</b>	<b>8</b>
2.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation ?	8
2.2 Présentation de la démarche	8
2.3 Analyse de l'expérience	9
2.3.1 Les facteurs favorisants	9
2.3.2 Les effets	9
2.3.3 Les enseignements de la démarche	10
2.4 Conclusion	11
<b>3. Discuter du travail dans un contexte de changement au centre hospitalier de V</b>	<b>12</b>
3.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation	12
3.2 Présentation de la démarche	12
3.3 Analyse de l'expérience	13
3.3.1 Les facteurs favorisants	13
3.3.2 Les effets	14
3.3.3 Les enseignements de la démarche	15
3.4 Conclusion	15
<b>4. Tester et comparer des organisations de travail pour uniformiser le fonctionnement des unités à la clinique psychiatrique Vontes et Champgault</b>	<b>16</b>
4.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation	16
4.2 Présentation de la démarche	16
4.3 Analyse de l'expérience	17
4.3.1 Les facteurs favorisants	17
4.3.2 Les effets	17
4.3.3 Les enseignements de la démarche	18
4.4 Conclusion	19

# Préambule

La qualité de vie au travail, cela s'expérimente : on discute, on teste, on évalue, on débat, on adapte, on teste de nouveau, on tâtonne, on trouve, on recommence, recommence et au fur et à mesure où l'on réitère le processus, il devient de plus en plus fluide ! La qualité de vie au travail se construit à tous les niveaux des établissements, mobilisant nécessairement l'ensemble des acteurs : gouvernance, encadrement, IRP, équipes de soins, personnels administratifs et techniques... Les dynamiques engagées sont variées. Dans certains contextes, la mise en place des démarches est plus difficile : les établissements sont porteurs d'une histoire singulière, confrontés à un turn-over de personnel, un changement de gouvernance, un changement de priorité...

Les établissements qui se sont inscrits dans la dynamique des clusters sociaux de la qualité de vie au travail se sont lancés dans l'expérimentation de démarches, visant à redonner une marge de manœuvre aux professionnels, au sein des équipes, pour leur permettre d'identifier leurs propres solutions et faire face à des enjeux plus généraux du système de santé. Ils ont pris des risques... certains ont même été plus loin et ont accepté le regard de chercheurs qui sont venus analyser ce qui s'était mis en place et ce que cela avait produit.

Ce regard extérieur est indispensable pour avancer, des établissements ont eu cette audace de se laisser observer et nous les en remercions.

Une expérimentation, quels qu'en soient la nature ou ses effets, n'est jamais un échec à condition toutefois d'être évaluée. Ces expériences qui vont vous être relatées par la suite sont des réussites en ce sens qu'elles ont eu lieu et qu'elles ont été évaluées. Le résultat peut ne pas toujours être à la hauteur de ce qui était espéré, mais c'est la vraie vie qui est racontée dans ces retours d'expérience.

Certes la plupart sont encore trop récentes pour mesurer une véritable plus-value... et toutes les évaluations n'ont pas été réalisées avec le même recul.

Nous avons fait le choix, avec l'accord des établissements, de vous présenter quatre retours d'expérience qui reflètent les succès, limites et difficultés rencontrés. Ils sont tous riches d'enseignements et nous espérons qu'ils vous inspireront pour lancer vos propres démarches. Huit autres monographies sont en cours de réalisation.

## **La démarche cluster en théorie**

Il s'agit d'une méthode qui repose sur la mobilisation de 6 à 8 établissements qui participent à des temps collectifs d'échanges animés par les Aract. Chaque établissement impulse ensuite sa propre démarche avec un soutien ponctuel de l'Aract.

Les temps collectifs d'échanges regroupent des représentants des directions, du corps médical, éventuellement de l'encadrement ainsi que des membres des instances représentatives du personnel.

Chaque établissement met en place un comité de pilotage organisant la mise en œuvre effective d'actions dans certaines unités de travail. Un groupe de travail pluridisciplinaire établit, dans chaque service concerné, un état des lieux afin de déterminer la nature et les objectifs de l'expérimentation. Il prévoit également les modalités d'évaluation.

# 1. Améliorer la communication avec les infirmières coordinatrices de Béziers HAD

## Quelques données sur l'établissement

L'activité de l'établissement Béziers HAD a démarré en 2009. La structure assure au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux lourds, complexes et coordonnés. Aujourd'hui environ 40 patients sont pris en charge chaque jour en moyenne ; l'effectif est de 22 salariés (12 ETP), avec une grande proportion de temps partiels.

La démarche de certification V2014 est en cours de préparation : elle est pilotée par la cadre soignante.

Les conditions de travail, en termes de contenu, d'horaires et de relations, sont appréciées positivement par les salariés. Cependant, la multiplicité des contrats à temps partiel et une activité réalisée majoritairement à l'extérieur des locaux de l'établissement requièrent une meilleure définition des fonctions et missions des professionnels qui la composent.

L'activité est caractérisée par de brusques variations de l'activité dues à la prise en charge subite des patients ou à son arrêt, qui produisent une charge de travail supplémentaire, des changements de mode opératoire.

Il n'y a pas de délégué du personnel, pas de dialogue social institutionnel : l'interlocutrice principale est la cadre soignante.

## 1.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation ?

Depuis plusieurs années, l'établissement Béziers HAD participe activement aux travaux du groupe régional de la Fnehad. Les thématiques abordées étaient à l'origine en lien avec la qualité et la gestion des risques, et plus récemment, le groupe a eu l'opportunité d'intégrer « le cluster QVT » en partenariat avec l'Aract, la HAS, l'ARS et la Fnehad.

La motivation de Béziers HAD est triple :

- saisir l'opportunité de faire aboutir un projet préexistant en interne sur l'amélioration conjointe de la performance et du bien-être des salariés ; cela dans un contexte de développement rapide de la structure ;
- mieux faire connaître l'HAD au public et aux prescripteurs, pour améliorer l'image de ses structures et de l'activité, se professionnaliser ;
- maintenir de bonnes relations avec l'ARS, propices à d'autres formes de soutien.

## 1.2 Présentation de la démarche

En l'absence de représentant du personnel dans la structure, c'est un binôme, constitué du directeur et de la cadre soignante, qui participe aux temps collectifs : une expérience commune de travail les réunit et facilite l'entrée dans ce nouveau dispositif de réflexion.

L'expérimentation porte sur la question de la coopération des infirmières coordinatrices (IDEC) avec les infirmières libérales : c'est une situation de travail porteuse de tensions en raison des contraintes apportées à l'exercice libéral par l'organisation de l'HAD. Souvent les premiers contacts sont tendus, chaotiques, avec des agressions verbales, un manque de fluidité, qui nuisent à la qualité de la prise en charge du patient. Un groupe de travail est constitué : ce sont surtout les infirmières coordinatrices qui ont été participatives.

La méthode adoptée mérite l'attention. En effet, l'animation du groupe de travail a été confiée à la psychologue. Pour la direction, c'est une ressource interne disposant des compétences nécessaires.

L'animatrice a utilisé la technique des jeux de rôles, centrés sur la première étape de la rencontre avec les libéraux, sur le « Comment présente-t-on le fait qu'on a besoin des IDE mais qu'elles ne sont pas totalement libres ».

Les membres des groupes de travail ont ainsi réfléchi à ce qui pouvait être amélioré et l'animatrice les a guidés dans ce sens. Durant la démarche, à chaque étape, l'animatrice restituait l'avancée des travaux à la cadre et au directeur, puis elle a élaboré l'écrit final.

Cette démarche a permis « d'avoir un temps pour être écoutée et entendue, pour se poser, avoir un espace dédié à cela ». La réponse au besoin pour chacune d'échange sur son travail a conduit à un accueil favorable de la démarche qualité de vie au travail pour les infirmières coordinatrices. Elle a permis :

- été appliquée une harmonisation des formulations ;
- la construction d'une trame d'entretien téléphonique structurée.

À l'issue des travaux, le contenu de la trame produite a été validé par le directeur.

## 1.3 Analyse de l'expérience

### 1.3.1 Les effets

#### *Des effets immédiats dus au partage d'expérience entre établissements*

On constate que la participation au cluster et la réflexion avec d'autres établissements dans les temps d'échanges collectifs ont eu un effet positif. Sur le grand nombre de sujets traités par les autres établissements, deux d'entre eux ont été « importés » par Béziers HAD :

- une procédure de sortie d'astreinte de nuit définie par un autre établissement participant au cluster a été appliquée immédiatement à Béziers HAD ;
- le livret d'accueil, qui a été revu suite aux rencontres.

Avant le terme de la démarche, la participation aux temps d'échanges collectifs a amélioré les outils de management.

#### *Des indicateurs « intuitifs »*

On observe que la direction comme le groupe de travail ne se sont pas donné d'indicateurs pour mesurer les résultats obtenus, sans doute en raison d'un large consensus sur la pertinence du sujet pour améliorer le bien-être.

Cependant la direction a un indicateur « non tracé » qui est l'absence désormais de sollicitations pour dénouer des situations de crise entre infirmières libérales et infirmières coordinatrices.

#### *Des effets sur l'organisation du travail*

Rapidement une décision a été prise d'organiser différemment une tâche, pour la confier à une personne disposant de ressources adaptées : il s'agit de la cotation des actes. La cotation, préalablement confiée aux IDEC, a été réorientée vers la cadre. Cette décision a été très appréciée par l'équipe, car elle a permis de réduire les tensions : cette initiative permet d'anticiper sur le risque psychosocial de violence dans les relations, en réaffectant une tâche à la personne qui a les ressources adaptées.

#### *Des effets sur les relations de travail*

C'est sur ce plan que les effets sont les plus visibles, compte tenu de la nature du sujet pris en charge par le groupe de travail. Avoir pu le traiter et le mener à terme est en soi un premier résultat dû à la démarche qualité de vie au travail.

Il y a souvent trop peu de temps pour parler ensemble de l'organisation. Parler des ressentis n'est pas dans les habitudes ; les supervisions concernent la situation des patients, mais pas directement le travail.

L'établissement a donc gagné en compétence collective car il a développé une capacité à mener un projet qui a permis d'uniformiser la manière de présenter la structure. Les professionnelles ont cherché des mots pour présenter cette hospitalisation alternative, amener la plus-value de l'HAD. Le travail ensemble a permis d'avoir en tête de ne pas être dans un discours trop injonctif mais davantage collaboratif. Il y a eu une vraie prise de conscience sur les automatismes verbaux.

### *Des effets sur la qualité des soins*

Cette incidence est malaisée à caractériser en raison de l'éloignement du sujet traité par le groupe de travail avec la dimension qualitative des soins, même si c'est une incidence indirecte qui est attendue. Ce qui est mis en avant, c'est le rôle pivot de l'infirmière coordinatrice, qui veille à ce que le patient rentre à son domicile en toute sécurité. Il y a souvent des soins très techniques à réaliser et la centralisation des informations entre tous les intervenants est déterminante. Sur ce plan, l'amélioration de la coordination avec l'infirmière libérale est un point de progrès en matière de continuité des soins et de leur sécurité.

## **1.3.2 Les enseignements de la démarche**

### *L'importance de la conduite de projet et de l'existence d'échéance*

Les difficultés apparaissent à l'issue de l'accompagnement. Dans le temps de la démarche, il y a un intérêt incontestable ; les contraintes de disponibilité et de moyens humains sont levées. Mais il y a une sorte d'essoufflement à la fin des travaux : les facteurs favorables à la démarche qualité de vie au travail qu'ont été le cadre méthodologique et l'engagement pris n'opèrent plus.

Sans doute porté par un cadre méthodologique prescrit, des échéances précises, des engagements à respecter, une animation par une tierce personne, le collectif se sentait engagé ; mais l'idée de traiter d'autres sujets de qualité de vie au travail relatifs au parcours du patient par exemple a été « mise en sommeil par manque de temps », soulignant l'importance de la conduite de projet et de l'existence d'échéance.

### *La diversité des représentations autour des attentes de la qualité de vie au travail*

Si l'on s'entend pour dire que la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé « les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale », les salariés cependant ne sont pas toujours prêts à se mobiliser sur tous les sujets. Ici, par exemple, dans un contexte de fort développement de l'activité et dans sa logique initiale d'une « qualité de vie au travail facteur de performance », la direction a souhaité que les salariés contribuent à cette évolution et participent aux actions d'information promouvant l'HAD auprès des différents interlocuteurs qu'ils rencontrent (familles, médecins, fournisseurs de matériels...).

Les salariés considèrent, pour leur part, que cela constitue un « travail commercial » qui ne relève pas de leur sphère de responsabilité. Aussi ne répondent-ils pas pleinement à cette demande, ce qui confronte la direction à son portage politique du projet qualité de vie au travail.

Ces compétences ne permettent pas de répondre au double enjeu posé par cette demande de « travail commercial », celui de l'économique et celui de l'identité sociale du métier.

## **1.4 Conclusion**

Cette démarche a permis une incontestable augmentation des ressources individuelles des salariés à dialoguer et a contribué à légitimer la parole des salariés opérationnels considérés comme « experts » sur leur travail. Si la satisfaction est forte chez toutes les personnes interrogées, cela ne suffit pas à enclencher une routine de la qualité de vie au travail, posant plus généralement la question de la systématisation de la démarche.

## 2. Améliorer l'organisation de l'activité dans le service de chirurgie ambulatoire du centre hospitalier de Dieppe

### Quelques données sur l'établissement

Le centre hospitalier de Dieppe se situe dans une petite ville de 30 000 habitants sur un territoire paupérisé où le chômage est important. Il fait travailler un peu plus de 1 600 salariés. Il dispose de près de 1 000 lits en médecine, chirurgie, obstétrique, moyen séjour, long séjour, hébergement et SSIAD.

Le contexte économique est compliqué et l'établissement doit réduire ses coûts.

L'établissement est souvent décrit comme « familial » en raison de la grande stabilité des équipes. Cette stabilité est vécue parfois comme un frein au changement. En revanche, elle ne concerne ni la direction ni les cadres de santé.

Les conditions de travail sont pour autant relativement semblables à celles des autres établissements du point de vue des salariés qui y travaillent, malgré un sentiment de perte de la dimension collective, de la solidarité entre professionnels et d'autonomie dans l'organisation du travail.

### 2.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation ?

L'établissement rencontre un problème d'attractivité, notamment auprès des médecins, et souffre d'une mauvaise image à l'extérieur. Par ailleurs, sur incitation de l'ARS, il s'inscrit dans un développement de son activité ambulatoire.

Aussi, la motivation de l'établissement est-elle triple :

- il se saisit de la démarche qualité de vie au travail pour tenter de redorer son image, tant en interne qu'avec les patients, les partenaires et les tutelles et montrer ainsi sa bonne volonté à l'ARS ;
- il se saisit de cette opportunité pour accompagner la transformation de son activité sur l'ambulatoire, ce qui nécessite de repenser l'organisation de l'activité autour de ce nouveau service en développement ;
- il voit aussi dans cette démarche une chance de réfléchir à son organisation, à la qualité des soins qu'il dispense et à la QVT, sachant qu'il a été choisi pour devenir l'établissement support du GHT.

### 2.2 Présentation de la démarche

Le trinôme qui participe aux temps collectifs du cluster et est en charge du pilotage de la démarche est constitué au départ de la directrice des soins, de la directrice des ressources humaines et du représentant du CHSCT. Par la suite, il variera selon les moments et sera complété ou remplacé par deux cadres de santé, un cadre administratif de pôle et une chirurgienne.

Le service de chirurgie ambulatoire est choisi pour porter l'expérimentation sur l'organisation de l'activité. Un groupe de travail se met en place au sein de ce service auquel participent les infirmières et aides-soignantes du service ambulatoire, un brancardier, une chirurgienne du bloc opératoire et la cadre de santé. Le groupe de travail, piloté par la cadre de santé, s'empare alors de l'outil safari photo, proposé parmi d'autres outils par l'Aract. La démarche est animée par une chargée de mission de l'Aract.



Le reportage photo est une méthode qui consiste à ce que chacun des participants du groupe de travail réalise deux photos au moins : une photo d'une situation de travail à ne pas changer, voire à reproduire dans d'autres services, et une autre qui illustre un dysfonctionnement, un problème rencontré dans l'activité de travail. Ces photos servent de support aux échanges dans l'équipe.

Cette méthode, simple à mettre en place, se concentre sur le travail et permet aussi un focus sur ce qui est positif. Elle favorise la confrontation des points de vue sur une même situation et permet d'imaginer des solutions ensemble.

Le choix de garder deux photos positives sur des points d'organisation ou de matériel à ne pas toucher, voire à reproduire dans d'autres services, et le choix de deux photos négatives pour permettre une réflexion commune ont été faits par le groupe pluridisciplinaire d'analyse des photos.

Le groupe de travail a réalisé les photos et croisé les regards sur ces situations de travail. Suite à cela, l'analyse des photos a été complétée par les représentants de chaque service (ambulatoire, brancardage et bloc opératoire), qui l'ont fait valider successivement par les équipes des services concernés, les services RH, la direction des soins et enfin par le CHSCT.

À l'issue des travaux, le groupe de travail a proposé un plan d'action pour améliorer la qualité du service qui comporte :

- l'acquisition de plusieurs matériels : chariots pour dossiers médicaux, tensiomètres, électrocardiographe, mobilier pour les chambres des patients comme des casiers piscine par exemple pour faciliter le bionettoyage, fauteuils/brancards, brancard et lit supplémentaire en réserve, réaménagement du secrétariat ;
- une nouvelle organisation : la mise en place d'un agent d'accueil et de soins pour la gestion des dossiers de patients et de nouvelles modalités d'appel du service central de brancardage ;
- des formations ;
- l'aménagement de la salle d'attente pour pouvoir libérer plus vite les chambres en mettant les patients dans un endroit confortable avec un fauteuil adapté, la télé, la radio, etc. ;
- une nouvelle organisation des appels du service de brancardage.

## 2.3 Analyse de l'expérience

### 2.3.1 Les facteurs favorisants

Le positionnement et le portage du service ressources humaines ont constitué un facteur de réussite de l'expérience. Ce dernier est perçu comme proactif selon l'ARS, prêt à porter une démarche qualité de vie au travail. Il y a une vraie dynamique avec une directrice des ressources humaines qui ne fait pas que de la gestion, qui fait de la prospection, qui s'investit sur la gestion des risques professionnels, au-delà du seul remplissage du document unique, et s'intéresse à la qualité de vie au travail. De manière plus générale, le centre hospitalier a depuis longtemps l'habitude de faire travailler les équipes en groupes de travail thématiques : sur le parcours du patient, l'optimisation de l'accueil, la prévention des risques professionnels...

### 2.3.2 Les effets

Les personnes interrogées témoignent d'effets positifs à ce stade sur l'organisation du travail et les relations entre professionnels. Il s'agit d'un ressenti puisqu'il n'y a pas eu d'évaluation formelle de la démarche, aucun indicateur n'ayant été mis en place en amont. Quant aux effets sur la qualité des soins, ils ne sont pas encore identifiables du fait de la jeunesse de la démarche et de l'absence d'indicateurs.

### *Des effets sur l'organisation du travail*

La démarche a eu des effets concrets :

- le besoin d'un poste d'agent d'accueil et de soin et la personne idoine ont été identifiés. Cette action est mise en place mais sans formalisation à ce jour ;
- de nouvelles modalités de sollicitation des brancardiers ont été testées de manière non systématique pour mieux adapter la réponse et un logiciel sur le brancardage est en cours d'expérimentation.

### *Des effets sur les relations de travail*

Même si l'outil reportage photo ne permet pas de saisir les relations professionnelles, notamment conflictuelles, le travail réalisé dans le cadre de cet outil a rendu possible l'écoute de l'autre et le fait d'être soi-même écouté, de prendre le temps de s'asseoir autour d'une table pour cela. Les acteurs qui évoquaient le cloisonnement entre services ont apprécié de prendre le temps de partager et de saisir les difficultés de l'autre et pas uniquement les siennes. En cela, la démarche a amélioré les relations dans l'équipe.

## **2.3.3 Les enseignements de la démarche**

### *La construction d'une représentation opérationnelle de la qualité de vie au travail*

Au départ, la réalisation d'une cartographie des projets en cours d'étude dans l'établissement a mis en évidence l'existence d'un projet sur la qualité de vie au travail. Il était traité distinctement des autres projets, et selon une autre méthodologie.

Pour la grande majorité des personnes concernées par la démarche, le terme de qualité de vie au travail était « flou » au départ. Il semblait même au cœur d'un paradoxe : les professionnels le percevaient comme une opportunité de parler de ce qui allait mal alors que l'injonction était faite par ailleurs de redorer l'image de l'hôpital, de s'inscrire dans une visée positive. Même si des interactions entre qualité des soins et qualité de vie au travail semblent évidentes, les professionnels ont eu le sentiment que l'intérêt du patient allait passer avant leurs propres conditions de travail. De ce point de vue, le projet a permis une appropriation plus dynamique de ce que recouvre la notion de qualité de vie au travail.

### *La nécessité d'un portage politique constant du projet*

L'articulation entre les personnes présentes au niveau des séances collectives interétablissements avec les personnels engagés dans l'expérimentation, leur légitimité et leur pouvoir décisionnel réduit ont produit des difficultés dans le déploiement de l'expérimentation. Dans les faits, il n'y a pas eu de communication entre les équipes qui participaient aux temps collectifs et la mise en place du groupe de travail en interne.

Par ailleurs, au cours du projet, un certain nombre d'acteurs ont quitté l'établissement et ont été remplacés : le directeur, deux cadres, le secrétaire du CHSCT. Dans une perspective de projet qui se construit dans le temps, le changement d'acteur est un obstacle à sa poursuite et à sa pérennisation. Ceux qui l'ont porté, qui se sont engagés sur des motivations, ne sont plus là, fragilisant le portage de la démarche et inévitablement se pose la question de la continuité de la démarche lorsqu'elle est portée par des responsables ou des représentants d'instances qui n'auraient pas engagé réellement avec eux leur propre collectif de travail (par exemple le directoire, le CHSCT, la CME ou encore le service, etc.).

Cela explique probablement aujourd'hui que le plan d'action n'ait toujours pas été validé, suscitant de la frustration chez les acteurs de terrain. Or certaines actions nécessitent un accord de la direction des achats ou d'affectation définitive à un poste pour l'agent d'accueil. Aussi ces actions restent-elles fragiles ou inexistantes.

### *La nécessité d'impliquer collectivement les professionnels directement concernés*

Le groupe de travail mis en place a très bien fonctionné et les professionnels se sont fortement mobilisés. Cependant, la question de l'articulation avec les autres professionnels du service a été moins structurée. Ainsi la présence d'un brancardier au groupe de travail n'a pas suffi à ce que les discussions autour des modalités d'appel des brancardiers et la proposition de nouvelle organisation emportent l'adhésion de l'ensemble des brancardiers et que celle-ci se mette en place.

Cette proposition d'action vient directement impacter le travail des brancardiers sans que ceux-ci aient été collectivement impliqués dans la recherche de solution.

### ***La nécessité de renforcer les compétences et les moyens dans la conduite de projet***

Le projet a pâti d'un pilotage sur le terrain insuffisant, lié à plusieurs facteurs :

- la disponibilité réduite des professionnels dans les structures pour piloter la démarche et réunir les groupes ;
- l'absence de formalisation écrite du travail effectué, en dehors du plan d'action. Aucun compte rendu de réunion n'a été fait en interne, tout est restitué de mémoire, avec bien souvent, pour ces personnels en surcharge de travail, de nombreux trous de mémoire ;
- l'absence d'articulation avec les autres projets en cours, notamment la survenue de la démarche de certification, qui a concouru à la difficulté de dégager de la disponibilité pour le projet et sa visibilité.

En effet, les projets gagnent en robustesse lorsque des temps, même courts, sont pensés et dédiés pour le pilotage global et pour l'action et lorsque des comptes rendus sont réalisés afin d'ancrer les décisions et de ne pas revenir sur ce qui a été acté.

## **2.4 Conclusion**

Une expérience intéressante qui montre bien que la qualité de vie au travail peut être un élément moteur favorisant l'implication des professionnels mais qu'il est nécessaire d'y associer l'engagement de la direction et de l'encadrement de façon permanente. Les difficultés rencontrées sont autant de révélateurs des « ingrédients » de la QVT.

## 3. Discuter du travail dans un contexte de changement au centre hospitalier du Vésinet

### Quelques données sur l'établissement

Le centre hospitalier du Vésinet a principalement une activité de soins de suite et de réadaptation pour laquelle il jouit d'une bonne réputation. Il dispose de plus de 300 lits et son effectif avoisine les 420 ETP, dont 27 en médical.

En lien avec les objectifs de son CPOM, l'établissement recherche des marges de manœuvre dans des projets de transformation de son activité. Pour exemple, il a augmenté le nombre de lits de SSR neurovasculaire, passant de 20 lits à 30 lits d'hospitalisation complète.

Il vient de rejoindre un groupement hospitalier de territoire et participe à ce titre à la mise en place du système d'information convergent et du projet médical partagé par exemple.

Les agents interviewés expriment leur perception de disposer, en général, de moyens adaptés pour faire un travail de qualité, cela étant le contexte est complexe, et l'établissement est confronté à des pathologies multifactorielles, comme les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS). Suite à une expertise du CHSCT en 2012, l'établissement est accompagné par l'ARS dans le cadre des CLACT.

### 3.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation

Au début de l'année 2016, l'établissement entre dans le cluster suite à la sollicitation de la DRH par l'ARS car l'hôpital avait déjà bénéficié d'un CLACT sur la prévention des TMS puis des RPS. Les raisons qui ont conduit l'établissement à accepter la proposition qui leur est faite sont d'abord d'ordre conjoncturel :

- le projet social, arrivé à son terme en 2015, comprend un volet qualité de vie au travail dont les objectifs partiellement atteints ont été reconduits dans le projet social 2015-2020 en cours de redéfinition. En se saisissant de l'offre de cluster, la volonté est de relier les contenus du projet social et du dispositif de certification ;
- le passage de 20 à 30 lits au sein de l'unité « Neuro » du service MPR. La proposition de l'Aract reposant sur la mise en place d'espace de discussion offre l'opportunité d'accompagner les changements.

De manière plus structurelle, l'établissement est confronté à une multitude de projets, tels que l'instauration de la dotation modulée à l'activité pour le financement de l'établissement, l'intégration du GHT, le virage ambulatoire... Il souhaite disposer d'une méthodologie permettant de mieux conduire les projets dans une logique participative. Cet apport est vu comme permettant de réduire les difficultés de mise en œuvre des divers projets, notamment les actions du projet social.

### 3.2 Présentation de la démarche

Le trinôme est composé à l'initiative de la DRH. Elle sollicite d'une part la secrétaire adjointe du CHSCT et un représentant syndical au CTE, et d'autre part un médecin qui représente la CME et siège au CTE. Les réunions interétablissements vont se tenir sur le premier semestre 2016 et chacun des membres du trinôme y participe assidûment.

En interne, un comité de pilotage qualité de vie au travail était déjà existant, constitué du trinôme, de représentants du personnel, de cadres administratifs et de santé, déjà impliqués sur le projet social. Il se charge alors du suivi de la mise en place d'un espace de discussion au sein de l'unité de neurologie et de la réalisation d'un inventaire des actions qualité de vie au travail menées ou à mener pour alimenter les volets du projet social.

Le comité de pilotage a validé le choix de travailler sur l'unité de neurologie, défini la constitution du groupe et l'objectif : évaluer en temps réel les impacts positifs et négatifs d'un changement sur la qualité des soins, la qualité de vie au travail du personnel et la performance globale de l'établissement. Le groupe de travail rassemble 12 agents volontaires représentant l'ensemble des professions concernées suite à un appel à candidature. Le choix est fait de ne pas mélanger les niveaux hiérarchiques afin d'éviter des freins à la parole.

Les agents se portent volontaires pour disposer d'un espace pour s'exprimer sur leur travail, réduire ainsi des défaillances organisationnelles rencontrées en faisant des propositions de progrès. Cela est plus sensible pour les métiers éloignés des acteurs de la décision, comme les ASH et les brancardiers. Ils estiment que la présence de l'Aract est une garantie méthodologique.

Lors de la première réunion, le groupe adopte une méthode de travail, sous l'impulsion de l'Aract. Il prend pour objet le travail de la journée précédente avec un patient connu de tous et examine cette journée au plan de la contribution de chacun des intervenants à son sujet. Au fil des cinq séances de discussion un équilibre semble avoir été trouvé au plan de l'expression d'un vécu selon une tonalité ne mettant pas en cause des personnes, mais des modalités d'organisation, ainsi qu'au plan de la formulation de propositions de progrès. Les participants se sont aussi accordés sur la forme écrite adéquate pour la restitution, ainsi que sur ses modalités pratiques.

### **Qu'est-ce qu'un espace de discussion sur le travail ?**

C'est une possibilité donnée aux professionnels de s'exprimer sur leur travail, sur les conditions de réalisation de leur travail, les résultats du travail.

Plusieurs finalités à la mise en place d'un tel espace :

- pour réguler collectivement l'activité du travail ;
- pour favoriser la concertation sociale ;
- pour résoudre un problème, un dysfonctionnement ;
- pour professionnaliser (débattre, enrichir les pratiques professionnelles).

Des conditions précises d'installation sont requises : se mettre d'accord sur les finalités, construire un climat de confiance, donner des marges de manœuvre, impliquer les managers (tout en discutant sur leur présence ou non dans l'espace lui-même), une animation très précise, la mise en place d'une évaluation continue.

La restitution des travaux des agents a été opérée par les quatre rapporteurs volontaires sur la base du contenu construit par le groupe. Les éléments de restitution se répartissent en six champs, se rapportant aux situations types examinées lors des réunions : la gestion de l'agenda du transport du patient ; les consultations pluridisciplinaires ; les séances de rééducation ; les repas ; la relation avec les patients et les familles ; les relations entre professionnels.

Le document comporte une série de tableaux présentant les situations de travail types ; les contraintes, ce qui fonctionne mal ; les ressources, ce qui fonctionne bien ; les causes identifiables ; les effets sur la santé, le collectif, la performance ; les pistes d'action.

Dans la continuité de ces travaux, il est convenu que le comité de pilotage examine les propositions d'action résultant de l'espace de discussion, en dégage un plan d'action et en suit le déploiement. Cependant, sans attendre l'effectivité du plan d'action, des séances d'expression sur la prise en charge des agents, animées par le directeur des soins, ont été déployées sur l'unité.

## **3.3 Analyse de l'expérience**

### **3.3.1 Les facteurs favorisants**

Le contexte de cet établissement se caractérise par des porteurs du projet engagés à réduire les difficultés de fonctionnement au moyen de la qualité de vie au travail ; un dialogue social constructif à propos de

la qualité de vie au travail, voulu par la direction générale et les représentants du personnel, et au final une démarche qui institutionnalise la qualité de vie au travail, au sein des projets et outils de pilotage de l'hôpital. En outre, la méthodologie de l'espace de discussion s'est avérée particulièrement adaptée au contexte et efficace quant à ses résultats.

### **3.3.2 Les effets**

#### *Des effets immédiats dus au partage d'expérience entre établissements*

Dès les premières réunions interétablissements, l'objectif d'acquérir un savoir méthodologique en conduite participative de projet est atteint. Les expériences présentées lors des temps d'échanges par les confrères d'autres établissements sont appréciées positivement, permettant d'« importer » des temps collectifs des savoirs, des repères utiles indirectement à leur action.

#### *Des effets sur l'organisation du travail*

Les agents ayant participé à l'espace de discussion évoquent plusieurs types d'apprentissages, notamment l'acquisition d'une connaissance des situations de travail des co-intervenants, de leurs tâches, des exigences de ces tâches et de la régulation des aléas qu'ils rencontrent. C'est pour beaucoup une découverte car c'est la première fois qu'ils accèdent à ce degré de connaissance du travail des autres intervenants. Cela les conduit à modifier leurs modes opératoires pour tenir compte des contraintes de leurs collègues. Une meilleure coordination fonctionnelle se développe, voire une meilleure coopération et une entraide devant les difficultés.

Ces modalités d'organisation qui changent ont des effets concrets au plan des conditions de travail et de leurs incidences sur la santé. Par exemple en matière de prévention du risque infectieux pour les personnels plus éloignés des soins que sont les ASH et les brancardiers, ou encore en matière de TMS pour lesquels des fiches d'information ont été mises en place pour les prévenir des précautions à prendre pour certains patients.

Ces modifications du « Qui fait quoi » illustrent l'atteinte, à ce stade, de l'objectif stratégique du comité de pilotage défini à l'entrée dans le cluster, qui était d'amener les agents à rechercher des solutions d'optimisation à leur niveau, dans leur périmètre fonctionnel et de responsabilités.

#### *Des effets sur les relations de travail*

Avoir pu exprimer les contraintes de leur situation de travail, notamment sur la dimension émotionnelle et éthique, a permis aux membres du groupe de travail de s'accorder sur une nouvelle manière de faire et de faire progressivement évoluer cette situation. Cela leur a montré leur capacité à partager des idées et des ressources, à exprimer des émotions, à porter un regard positif sur les autres, à faire face aux difficultés et conflits.

Une autre acquisition durant les séances apparaît être le passage de la dimension des relations de travail aux éléments structurels qui les déterminent en partie. Il semble que, dans le périmètre des participants, un recul ait été pris quant à l'interprétation de ce qui est source de conflits et à son traitement. Ils ont réussi à dépasser la dénonciation de conflits interpersonnels pour se mettre à discuter du travail pour trouver des solutions, peut-être modestes, mais essentielles.

#### *Des effets sur le dialogue social*

Au plan du dialogue social, les membres du trinôme direction et représentants du personnel ont apprécié le dialogue social noué à propos de la mise en place de la démarche, de sa conduite et de son suivi. Ce travail commun s'inscrit dans une relation plus vaste où la direction entend associer les représentants du personnel à différents travaux sur les projets. Ils disposent d'une place dans des structures autres que les instances représentatives, notamment le comité de pilotage « Accompagnement du changement ».

#### *Des effets sur la qualité des soins*

Un premier constat est que la meilleure coordination des intervenants auprès des patients est de nature à réduire l'occurrence d'événements indésirables qu'ils pourraient connaître. Par exemple, pour leur déplacement au plateau technique, la meilleure coordination instaurée entre infirmiers et brancardiers conduit à ne pas déplacer des personnes qui ne doivent pas l'être. La continuité des interventions en sera meilleure et on touche ici au bien-être et à la sécurité des patients.

Par ailleurs, la connaissance acquise lors des séances de discussion à propos du travail des autres intervenants est pertinente pour le diagnostic de l'état du patient. Les professionnels ont pris conscience que le patient à propos duquel leurs collègues intervenaient pouvait ne pas avoir le même comportement qu'avec eux. Une vision plus globale de la personne et de sa rééducation est ainsi permise, agissant positivement sur la rapidité et la pertinence des actes diagnostiques et thérapeutiques.

Même effet positif à propos de la relation avec les familles : des mesures proposées à l'issue de ces discussions, comme la meilleure coordination des intervenants, leur prise en charge par la cadre de santé, améliorent la relation avec elles.

### **3.3.3 Les enseignements de la démarche**

#### *La nécessité d'un portage politique constant du projet*

Alors que l'incidence au plan de leur travail et de la coordination avec leurs collègues est positive, les professionnels de l'unité neurovasculaire étaient, au moment des entretiens, dans une attente forte de validation et d'officialisation du plan d'action, prenant la forme d'interrogations, de doutes, de remise en question de la démarche. Depuis, cette validation a été faite.

Le comité de pilotage exprime la volonté de poursuivre, mais réclame le temps d'appropriation des propositions et de traduction dans des outils de gestion. Cela étant, certains membres du comité de pilotage sont attentifs à leur engagement et à ses conséquences. Ils veulent éviter la situation d'impossibilité de tenir une promesse.

Enfin, le caractère expérimental de la démarche nécessite une évaluation pour qu'elle soit pérennisée par ses porteurs en interne comme en externe.

#### *Une modification de la posture d'encadrement à accompagner*

En effet, la qualité de vie au travail est de nature à modifier la posture d'encadrement des managers et des médecins. Cette perspective a été découverte ou redécouverte à l'occasion du cluster. Le rendu des propositions a pu déstabiliser certains cadres, qui se sont sentis remis en question, alors qu'il s'agit de trouver collectivement une meilleure organisation. La constitution d'un groupe de pairs de managers, dans le cadre du projet social, est prévue pour apporter une première réponse à ce besoin.

## **3.4 Conclusion**

La mise en place d'un espace de discussion a produit immédiatement des effets positifs en permettant aux professionnels de comprendre les contraintes des autres et leurs difficultés. Cela a permis notamment de dépasser les conflits interpersonnels pour aller sur les questions d'organisation.

## 4. Tester et comparer des organisations de travail pour uniformiser le fonctionnement des unités à la clinique psychiatrique Vontes et Champgault

### Quelques données sur l'établissement

La clinique Vontes et Champgault est un établissement privé de psychiatrie générale pour adultes orienté vers les courts séjours de soins (environ 30 jours d'hospitalisation). Elle appartient au groupe INICEA et elle est constituée de 2 sites séparés d'environ 2 km. Elle emploie 110 salariés et regroupe 135 lits (35 sur le site de Champgault et 100 sur le site de Vontes). Elle accueille 1 200 patients chaque année.

À l'horizon 2018, l'activité du site de Champgault doit être transférée sur celui de Vontes avec la construction de nouveaux locaux. Les sites étant organisés sur des modalités différentes, ce transfert doit permettre de donner une unité à l'établissement, tant géographique qu'en termes d'organisation et de fonctionnement des unités de soins et d'organisation du travail.

### 4.1 Pourquoi l'établissement s'est-il lancé dans l'expérimentation

La participation de l'établissement à l'expérimentation « clusters sociaux QVT » relève :

- d'une opportunité de participer à une réflexion sur la qualité de vie au travail et d'apprendre à mettre en œuvre une démarche dédiée ;
- d'un souhait de réfléchir, en amont et collectivement, sur l'organisation du futur établissement regroupé afin d'anticiper les difficultés et de corriger les problèmes qui existent dans les organisations actuelles des deux sites.

### 4.2 Présentation de la démarche

Pour réaliser les objectifs fixés, c'est-à-dire anticiper les difficultés liées au regroupement des deux sites, harmoniser les pratiques et corriger les problèmes qui existent dans les organisations actuelles des deux sites, l'établissement s'est engagé dans une démarche qualifiée d'apprenante centrée sur le site de Champgault. En effet, alors que les unités de soins sur Vontes comportent 25 lits, la réorganisation doit conduire à la mise en place d'unités de soins de 35 lits chacune à l'instar du fonctionnement actuel de Champgault. Ce dernier était donc le terrain idéal pour expérimenter des organisations de soins qui pourraient être ensuite généralisées à l'ensemble de l'établissement. La démarche a consisté à :

- identifier une situation « à enjeux ». Le créneau de travail 6 h-9 h, « ce moment charnière qui conditionne beaucoup de choses pour le reste de la journée », a été choisi. Il correspond notamment au réveil des patients, aux transmissions entre l'équipe de nuit et celle de jour, à l'arrivée des médecins ;
- réaliser une observation systématique de l'activité des équipes par un tiers « naïf », ici la responsable qualité qui a noté tout ce qu'elle a pu observer sur un calepin ;
- restituer les observations au groupe de travail et les mettre en débat pour permettre une analyse du fonctionnement et des dysfonctionnements ;
- identifier collectivement des pistes d'amélioration et des scénarios d'organisations alternatives ;
- tester les scénarios in situ. Au cours de cette expérimentation, ont été testées par les équipes de nouvelles organisations relatives aux transmissions infirmières, aux prélèvements sanguins, à la distribution des médicaments et aux petits déjeuners ;
- tirer les conclusions de l'expérimentation pour l'organisation immédiate du service et pour celle à venir (les suites à donner).



Pour mettre en place cette démarche, la gouvernance du projet s'est appuyée sur quatre groupes d'acteurs :

- un trinôme qui participe aux échanges régionaux avec les autres établissements du cluster. Il est composé de l'adjointe de direction, d'une déléguée du personnel et d'un médecin psychiatre ;
- un comité de pilotage, au niveau de l'établissement, composé des membres du trinôme et complété par une responsable qualité et une coordinatrice des soins infirmiers. Les personnes ont été choisies pour les compétences qu'elles pourraient apporter au projet ;
- un groupe de travail opérationnel, constitué des membres du comité de pilotage (hors membres du trinôme), d'infirmières volontaires, de la pharmacienne et de la responsable du service chargé du déploiement et de la réalisation de l'expérimentation ;
- un groupe d'expérimentation, situé au niveau des équipes, qui teste les scénarios d'organisations alternatives.

Le directeur s'est volontairement mis en retrait des différents groupes de travail « pour laisser la main aux personnes qui sont sur le terrain ». Il reste le garant de l'aboutissement du projet, notamment par la mise à disposition des moyens pour réaliser l'expérimentation, et des suites qui seront réservées.

## 4.3 Analyse de l'expérience

### 4.3.1 Les facteurs favorisants

L'établissement a une culture du débat et de la mise en discussion du travail et de son organisation. Cette culture est entretenue par le personnel et portée par un cadre institutionnel adapté : engagement continu de la direction sur le thème, mise en place d'un compte jour pour permettre aux personnels de participer à des groupes de travail et à des commissions...

### 4.3.2 Les effets

#### *Des effets sur l'organisation du travail*

La phase de test in situ des scénarios d'organisations alternatives du travail a permis au personnel d'éprouver les différentes solutions en les mettant en perspective avant de choisir celle qui apportait l'amélioration la plus notable en termes de conditions de travail et de qualité ressentie des soins. Des mesures en apparence simples mais dont les effets sur la qualité de vie au travail sont importants ont ainsi été retenues :

- le déplacement d'une armoire pour conserver les prélèvements sanguins afin de réduire le dérangement des infirmières et des aides-soignantes lors du passage du laboratoire d'analyse ;
- la limitation du nombre de prises de sang la nuit ;
- l'administration des médicaments à certains patients avant 7 h 30 (selon la pathologie), déchargeant l'équipe du matin ;
- la livraison des plateaux de petits déjeuners sur une échelle par la personne du service de restauration, dans un local au rez-de-chaussée, entre la salle de soins et la salle à manger pour faciliter la surveillance du soignant en salle à manger.

Sur certains points en revanche, le test a permis de conclure qu'aucune des organisations expérimentées n'était totalement pertinente, mettant fin à des débats parfois récurrents au sein de l'équipe. Dans d'autres cas, les transformations ne peuvent pas être immédiatement mises en place, nécessitant par exemple des changements dans les plannings horaires, mais restent pertinentes pour préparer l'organisation du futur site regroupé, les modalités horaires étant différentes entre les deux sites.

À plusieurs reprises, les effets des modifications mises en œuvre dépassent le seul cadre de l'équipe test et intéressent d'autres acteurs :

- la limitation du nombre de prises de sang la nuit amène les médecins psychiatres à réfléchir à l'automatisme ou à la périodicité des prélèvements pendant la semaine d'hospitalisation ;

- le test d'un nouveau chariot, prêté par un fournisseur, pour la distribution des traitements, réinterroge la pharmacie dans le matériel mis à la disposition des infirmières et dans un changement futur de matériel.

### *Des effets sur les relations de travail*

Les salariés ont exprimé la satisfaction et la pertinence de (re)trouver un plaisir à partager collectivement sur le travail et à élaborer des solutions en commun. L'expérimentation a notamment permis aux équipes de :

- se décaler de leur activité quotidienne et de prendre du recul sur cette activité ;
- comprendre comment travaille son/sa collègue, apprenant par là même de nouvelles façons de faire et/ou d'aborder des situations ;
- faire se rencontrer des salariés des deux sites et d'échanger sur les cultures professionnelles ;
- renforcer le collectif de travail et la culture de partage et de mise en débat des sujets (avant qu'ils n'émergent sous une forme plus conflictuelle).

## **4.3.3 Les enseignements de la démarche**

### *La construction d'une représentation opérationnelle de la qualité de vie au travail*

En règle générale, pour des acteurs non familiarisés, les représentations autour de la qualité de vie au travail sont diverses. Pour avancer dans la mise en œuvre d'une démarche qualité de vie au travail, un changement de regard a été amené pour faire comprendre que l'enjeu de la qualité de vie au travail se situe au plus près du travail et de l'organisation du travail et donc que les moyens d'agir doivent être recherchés à l'échelle opérationnelle, au plus près du terrain. Ce travail de construction/déconstruction des représentations a été soutenu par l'Aract, au cours de ses interventions auprès des trinômes régionaux et du comité de pilotage local.

### *L'importance du cadre méthodologique*

Quels que soient les avis sur l'expérimentation et ses résultats, l'ensemble des salariés souligne l'importance de disposer d'espaces collectifs dédiés à la mise en discussion des problèmes posés par le travail et la recherche des moyens pour les résoudre. L'expérimentation « clusters sociaux qualité de vie au travail » a permis à l'établissement d'établir un cadre et une méthode sur lesquels fonder la démarche.

C'est ce cadre qui a permis d'expérimenter des modalités alternatives d'organisation de l'activité. Cependant, le temps de l'expérimentation est resté un temps protégé, interrogeant sur la mise en œuvre au quotidien. En effet, l'option a été prise de tester plusieurs organisations alternatives du travail sur différents thèmes (transmissions infirmières, prélèvements sanguins matinaux, distribution des médicaments, petits déjeuners) et de comparer les avantages et les inconvénients de chacune de ces organisations pour décider de leur pertinence en termes d'amélioration des conditions de travail et de la qualité des soins. Pour mettre en place ces tests, les personnels n'ont pas pris de congés pour que les équipes soient au complet à ces moments, ce qui ne correspond pas systématiquement à la réalité du travail. Par ailleurs, l'expérimentation des organisations alternatives du travail a été jugée trop courte, ne permettant pas « d'entrer dans un fonctionnement normal », les personnels devant régler dans l'instant les problèmes générés par la nouvelle organisation du travail, certains n'étant pas présents sur la durée totale du test (planning).

Par ailleurs, portée par l'Aract qui animait le cluster et apportait une aide méthodologique au niveau des établissements, la maîtrise d'un cadre temporel a été une ressource essentielle de l'action pour les acteurs contraints de se mettre en mouvement, de faire des propositions et d'expérimenter. Au cours de cette expérimentation, ce cadre temporel s'est trouvé distordu à plusieurs reprises, à la fois par un temps long de l'appropriation de la démarche qualité de vie au travail et par un temps jugé insuffisant par les équipes pour expérimenter des organisations de travail alternatives. Malgré ces difficultés, ce temps contraint a aidé au déploiement et à la structuration de la démarche.

### ***Le positionnement des professionnels face à l'expérimentation : de la frustration de ne pas pouvoir tout expérimenter à la crainte de la parole inutile et des espoirs déçus***

La mise en place d'une expérimentation implique qu'un focus soit fait sur certains points de l'organisation tandis que d'autres ne sont pas explorés. Le choix des objets de l'expérimentation fait débat en soi, certains acteurs de l'expérimentation estimant que les points abordés ne correspondent pas à des nœuds-problèmes pour eux, et retenant leur engagement dans la démarche. Par ailleurs, l'expérimentation crée une nette émulation au sein des équipes qui s'engagent dans le changement alors même que celui-ci ne peut pas nécessairement être immédiatement mis en œuvre en fonction des transformations qu'il implique et des ressources disponibles. La crainte d'une expérimentation qui n'aboutisse pas ou qui ne soit pas poursuivie est très présente chez plusieurs salariés.

### ***L'importance du portage politique***

L'engagement du directeur s'est traduit par le respect affirmé du principe de subsidiarité. En effet, il estime que, sur l'expérimentation, « il faut laisser la main aux personnes qui sont sur le terrain. [Il] garde un œil sur ce qui se passe, mais [il] ne fait pas ». L'application de ce principe de subsidiarité a ici permis aux équipes de s'approprier et de prendre en main l'expérimentation en partant du principe que les personnels sont les mieux placés pour savoir ce qu'il faut faire pour travailler efficacement et qu'ils connaissent les limites de ce qu'ils peuvent faire à leur niveau. Le directeur n'a pas cherché ici à définir l'entière responsabilité de l'organisation, repositionnant son action sur le contrôle de la prescription, sur le soutien à l'autonomie des acteurs opérationnels et la garantie d'un cadre permettant la mise en discussion des points de vue sur le travail et l'organisation du travail.

Il a, par ailleurs, été le garant de la suite à donner aux expérimentations et de la pérennisation de la démarche. Une réflexion est menée au sein de l'établissement pour rendre pérenne le comité de pilotage qualité de vie au travail mis en place et la méthodologie déployée à l'occasion des clusters. Il s'agit, pour l'établissement, de pouvoir s'appuyer sur un cadre institutionnalisé qui sera utilisé pour mobiliser le point de vue sur le travail et l'inventivité des personnels soignants afin d'améliorer l'organisation du travail et la qualité des soins.

Dans une vision stratégique de préparation et d'accompagnement du changement dans le cadre du regroupement des deux sites, le directeur propose d'établir un « cahier des charges » des demandes, problèmes et besoins des personnels soignants qui servirait d'outil de travail pour élaborer et enrichir l'organisation du site regroupé.

### ***Une démarche résolument orientée vers l'expérience de la transformation d'une organisation de travail***

L'observation de l'activité par un tiers « naïf » facilite la mise en débat des observations avec le groupe de travail. Pour faire apparaître le fonctionnement et les dysfonctionnements de l'unité observée, le groupe de travail opérationnel a fait le choix original de confier l'observation de l'activité des opérateurs à la responsable qualité, identifiée comme un tiers « naïf » au sens d'une extériorité aux métiers observés. Celle-ci a noté sur un calepin ce qu'elle a vu, ce que faisaient les infirmiers et les aides-soignants, comment ils le faisaient, ce qui l'a étonnée, ce qu'elle comprenait du fonctionnement de l'unité. Ces observations, riches, ont été restituées au groupe de travail sous la forme d'un compte rendu et discutées en son sein avec l'objectif de comprendre l'activité et les raisons de l'écart entre ce qui devrait être fait et ce qui est fait. Cette méthode a permis aux acteurs de prendre du recul sur leur travail et d'identifier des points de blocage et de débat dont ils n'ont plus conscience dans le quotidien de leur exercice ou qui sont présents mais qui restent non résolus.

L'objet du groupe de travail a été, dès le départ, orienté vers la recherche de moyens d'expérimenter de nouveaux fonctionnements au sein de l'équipe, à la fois pour le bien-être des personnels et pour l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients et leur satisfaction.

## **4.4 Conclusion**

L'expérience menée par la clinique de Vontes de Champgault met en exergue :

- la nécessité d'envisager la QVT comme une démarche opérationnelle, proche du terrain et de l'activité de travail ;

- l'importance de la mise en œuvre du principe de subsidiarité comme objet de pilotage stratégique des projets ;
- des résultats ancrés dans le quotidien de travail et qui consistent avant tout en des modifications organisationnelles relativement modestes, mais dont les effets ressentis sur la qualité du travail et sur la qualité des soins sont importants.



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