

Lieu de l'intégration par excellence, du « prendre soin », l'hôpital a pour mission d'accueillir les usagers sans distinction. L'hôpital public regroupe des femmes et des hommes de conviction – on ne travaille pas à l'hôpital par hasard – dont l'engagement principal repose sur le service des autres. Ils exercent dans un secteur utile, très apprécié des Français. Dirigeants hospitaliers, médecins, infirmiers, aides-soignants, personnel administratif, technique... travaillent à l'hôpital par choix, par engagement personnel et sont mus par des valeurs humanistes fortes.

Si l'hôpital apporte un sentiment de fierté et d'utilité à tous ceux qui y exercent, il n'en reste pas moins un environnement exigeant et contraignant. Un sentiment de malaise croissant semble apparaître au sein des professions de santé, singulièrement à l'hôpital public, et les pouvoirs publics se penchent de plus en plus sur la question : mission d'information sur l'épuisement professionnel à l'Assemblée nationale, stratégie nationale d'amélioration de la qualité au travail et, d'un point de vue plus large, décret du 7 juin 2016, relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles dans le cadre de la loi Rebsamen.

Sollicitée par la mission d'information de l'Assemblée nationale, l'ADH a pu présenter ses réflexions et ses propositions pour développer la qualité de vie au travail et prévenir les risques psychosociaux à l'hôpital. Nous avons souhaité partager dans ce dossier l'analyse de l'ADH sur cette question qui concerne l'ensemble des professionnels hospitaliers.

QUALITÉ DE NOS RÉFLEXIONS, NOS PROJETS

Le sentiment général à l'égard de l'hôpital public est ambivalent. L'hôpital reste le service public préféré des Français¹, ouvert à tous 24h/24, 365 jours par an, donnant accès à l'innovation et à la performance médicale. Des centaines de milliers de professionnels font le choix d'y travailler et sont fiers d'y appartenir. C'est aussi l'une des pierres fondamentales de l'édifice républicain « à la française », coûteuse certes, mais enviée par bien des peuples jusque dans les pays les plus développés.

Pourtant, on décrit aussi l'hôpital comme chroniquement malade de ses finances, sous-efficent, marqué par des tensions de gouvernance, soumis à des pressions budgétaires drastiques avec des personnels surchargés et en sous-effectif.

Dans cette ambiance contrastée, la qualité de vie au travail², ou QVT, est une thématique portée de manière croissante par les organismes représentatifs des professions de santé. Ceux-ci l'évoquent couramment en faisant le lien avec la notion de syndrome d'épuisement professionnel (SEP) ou *burn-out*. La tonalité générale qu'ils répercutent est celle d'un malaise croissant au sein des professions de santé, en particulier à l'hôpital public.

Pourtant, il est difficile d'objectiver ce malaise, sans pour autant nier son existence. Si l'on compare factuellement les conditions d'exercice du passé et celles d'aujourd'hui (effectifs, horaires, règles de protection des agents, droits statutaires, matériels



DOSSIER
COORDONNÉ
PAR
FRÉDÉRIC BOIRON
AVEC LE BUREAU
NATIONAL

VIE AU TRAVAIL

POSITIONS POUR L'HÔPITAL

et thérapeutiques disponibles, etc.), on ne peut conclure qu'il y ait une vulnérabilité plus importante des professions de santé de nos jours.

Reste que le malaise est exprimé. Il faut peut-être y voir une sensibilité plus grande, une sensation de fragilité plus forte aujourd'hui et qui doit être prise en compte. S'y ajoute l'accélération des changements de rythme à l'hôpital, tant par la multiplicité des réformes que dans le travail individuel. L'impératif de vitesse pèse sur les conditions d'exercice professionnel. Les périodes de travail sont moins longues mais plus denses, plus techniques, plus exigeantes. Les organisations de travail changent, ainsi que les territoires internes et externes. Les relations avec les usagers ont profondément évolué. Des situations de violence se renouvellent. L'expertise du soignant est facilement contestée, dans le colloque singulier comme devant les instances de recours.

Des repères spatiaux ou symboliques sont perdus ou changent, les notions traditionnelles d'«équipe de proximité» se diluent et s'affaiblissent.

Enfin, le contexte d'ensemble du système hospitalier peut favoriser le sentiment d'épuisement, de perte de sécurité et de démotivation: la T2A, les démarches d'efficacité, les exigences de management, les conflits de valeurs, l'instabilité des plannings...

Quels sont les facteurs qui contribuent à ce malaise, quelle est sa

portée réelle? S'agit-il d'une situation nouvelle ou du renouvellement d'un phénomène déjà rencontré dans l'histoire hospitalière? Ces questions ne peuvent trouver de réponse univoque tant elles engagent aussi l'opinion des différents observateurs. Des réponses collectives peuvent cependant être recherchées.

L'HÔPITAL, UN MILIEU EXIGEANT SOUMIS À DES CONTRAINTES SPÉCIFIQUES...

Parmi les éléments qui contribuent au sentiment de malaise et de dégradation des conditions d'exercice, on peut évoquer un contexte général, ainsi que certains éléments plus structurels.

DES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE RÉCENTS CONNUS

Des événements individuels dramatiques

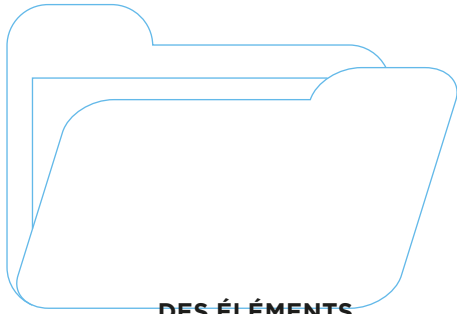
Des drames individuels survenus au cours des mois récents, notamment

les suicides de personnels infirmiers, qui suscitent légitimement l'émotion. Ces drames ont été liés entre eux et imputés aux tensions internes du système de santé.

Plus largement, l'évocation du malaise hospitalier rencontre un écho réel auprès des médias et de l'opinion (conditions de travail, effectifs, rythme de travail).

1. Source: étude annuelle FHF.

2. Cette expression (QVT) est passée dans l'usage, elle est préférable à celle de «qualité de vie professionnelle» ou QVP.



DES ÉLÉMENTS

PLUS STRUCTURELS

Certains éléments sont plus complexes à prendre en compte.

Les «effets d'ambiance» de la T2A

Cette réforme, très utile, atteint toutefois ses limites et présente aujourd'hui des effets pervers bien identifiés : le rythme des prises en charge, la concurrence entre services ou établissements, l'incertitude des ressources, la moindre sécurité des structures, donc des emplois. Cela conduit aussi à des conflits éthiques : le «prix» (*i.e.* le tarif) ne peut être la seule «valeur» prise en compte par les hospitaliers.

Le développement d'un management beaucoup plus actif

Ce développement (nouvelle gouvernance, contrats de pôles, PRE et Cref, etc.) induit une transformation importante des cultures et des relations institutionnelles internes. C'est

aussi un changement de repères, car les anciennes hiérarchies médicales, soignantes et managériales ont été modifiées en profondeur, provoquant inévitablement de l'instabilité et une phase d'adaptation (encore en cours).

Le sens des réformes économiques

Les plans de retour à l'équilibre et de «performance» se sont généralisés depuis au moins dix ans ; ils ont été largement assumés et portés par les équipes. Désormais, ils sont vécus comme sans fin, voire «sans issue». Lorsque la contrainte économique n'est pas suffisamment reliée à un objectif qui la transcende, elle est perçue comme excessive et injuste.

Les changements de rythme

Et en particulier la réduction drastique des durées de séjour et l'ambulatoire. Selon l'axiome «DMS courte, relation courte», la relation soignant/soigné se focalise sur sa partie technique, frustrant des hospitaliers naturellement intéressés par l'humain. Il faut aller vite, et le «temps du lien» n'est pas pris en compte dans un système de tarification valorisant surtout les actes techniques. Cette accélération, ce besoin d'aller vite s'expriment aussi entre soignants : pour tenir les délais, chacun contribue à exercer la «pression du temps réduit» sur les autres (collègues, prestataires, etc.).

La multiplication des réformes

La succession de réformes, règles, normes, exigences techniques et de qualité peut être vécue comme une surréglementation parfois angoissante. Elle provoque la crainte de mal faire, d'oublier un point important et la peur d'être mis personnellement en cause lorsque la judiciarisation se développe en parallèle.

Les nouveaux territoires internes

Les services sont englobés dans des pôles plus vastes. C'est utile pour le

pilotage, mais cela crée des distances nouvelles entre le niveau d'encadrement et les équipes opérationnelles. La notion traditionnelle d'équipe de proximité se perd, d'autant plus que les organisations de travail ont changé : avec la RTT et la réglementation des présences, certaines équipes ont peu ou pas d'occasions d'être réunies au même moment dans leur service. Pour un professionnel, le «collectif soignant» est sans doute moins visible aujourd'hui car plus morcelé dans le temps.

Les nouveaux territoires externes

Nouvelles régions, nouvelles intercommunalités, création des GHT..., tous les repères territoriaux se modifient, ce qui contribue au sentiment de perte de repères et d'éloignement entre base et sommet. Concernant les GHT, s'y ajoutent la crainte des réorganisations imposées ou, par exemple, la création d'équipes de territoire «obligatoires» auxquelles les personnels seraient contraints de participer.

L'impact des petites absences et l'instabilité des plannings

Les plannings hospitaliers sont particulièrement complexes (règles de gestion du temps) et le niveau élevé d'absentéisme, en particulier de courte durée, les rend en outre instables. Les rappels sur repos sont aujourd'hui fréquents ; cette réalité pèse sur la vie personnelle et sur la limite symbolique vie privée/vie au travail. Le système «absences courtes-rappels sur repos» s'auto-entretient du fait de l'impératif de continuité de l'hôpital... On ne peut ignorer le lien que font également les DRH avec la hausse constante des restrictions d'aptitude.

Les effets de comparaison des progrès statutaires

Les revalorisations successives du personnel médical, souhaitées et souhaitables, sont évidemment sans

CONTRIBUTIONS ADH POUR FAVORISER L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

L'ADH a lancé en 2008 un groupe de travail «Égalité des chances», visant à renforcer l'égalité professionnelle à l'hôpital. Elle a mené plusieurs actions et élaboré différents outils dans le cadre de cette démarche :

- rapport d'enquête «Égalité hommes/femmes à l'hôpital», en 2012,
- plateforme de propositions «Égalité professionnelle à l'hôpital public», en 2012,
- colloque «Managez équilibré!», en présence de la ministre Najat Vallaud Belkacem, en 2012,
- enquête «Hôpital : territoire d'égalité(s)?», en 2015,
- Prix ADH des valeurs hospitalières, en 2016,
- recueil des bonnes pratiques mises en place dans les EPS pour promouvoir l'égalité à l'hôpital, en 2016.

L'ADH propose également à ses adhérents un groupe de réflexion éthique. Cette démarche participe d'une volonté de pouvoir débattre et analyser les pratiques professionnelles et les cas de conscience qu'impose parfois le management hospitalier.

équivalent dans le personnel non médical. Celui-ci supporte pourtant une part très importante des efforts de maîtrise budgétaire depuis plusieurs années.

DES ÉLÉMENTS DE NATURE SOCIOLOGIQUE OU SOCIÉTALE

Les relations soignant/soigné

Ces relations ont profondément évolué depuis les lois sur les droits des usagers. Les demandes sont plus ciblées et plus fortes, l'expertise est facilement contestée. Le patient se renseigne en un clic sur les thérapeutiques, voire sur les praticiens. Des associations interviennent parfois dans les prises en charge. Un professionnel peut craindre « ne plus savoir faire face » à l'exigence de compétence et de disponibilité qu'expriment les patients.

La violence à l'hôpital

Des événements largement médiatisés ont donné l'écho d'une violence, singulièrement dans certains services. Au quotidien, beaucoup d'établissements évoquent une forme de violence (souvent verbale, parfois physique) plus fréquente et plus sensible qu'autrefois. L'hôpital n'est plus un sanctuaire, ce qui entraîne évidemment une source d'inquiétude pouvant alimenter le sentiment de perte de reconnaissance sociale.

Le refus du risque

Il s'agit là d'une caractéristique largement commentée dans une société qui exige parfois plus de protection que de liberté. Cette évolution trouve particulièrement à s'exprimer en matière de santé. On ne peut soigner sans prendre de risques, mais pour que les risques soient acceptables, il faut être hypercompétent. L'hypermédiatisation des incidents, associée là encore à la judiciarisation, réduit la sphère d'expertise

du professionnel « de terrain » qui peut se sentir fragilisé.

La sensibilité sociale

Certaines évolutions des modes de vie – l'urbanisation, la société des réseaux sociaux, la porosité des sphères privées et professionnelles, les formes d'incitations au travail auxquelles sont attachées les nouvelles générations – modifient les relations internes et transforment le dialogue social.

Les foyers monoparentaux

Le nombre élevé des foyers monoparentaux, avec les fragilités qui en découlent, au regard du revenu moyen des personnels non médicaux hospitaliers, est lui aussi un facteur pouvant contribuer au sentiment de fragilité, voire de perte de rang ou de position sociale.

Tous concernés

Le sentiment d'épuisement n'épargne potentiellement aucune catégorie, y compris celle des cadres et dirigeants. Nombre des

facteurs contributifs évoqués ci-dessus pèsent tout autant sur les dirigeants hospitaliers, les responsables médicaux, l'encadrement. Les porteurs de la gouvernance assument la multiplicité des réformes et font face, eux aussi, à des exigences contradictoires au quotidien. Ils assument de fortes contraintes dans la relation humaine directe. Ils traduisent des orientations de politique de santé adoptées par les pouvoirs publics.


Le sentiment d'épuisement n'épargne potentiellement aucune catégorie, y compris celle des cadres et dirigeants.

C'est pourquoi les explications simplistes qui ramènent le malaise hospitalier à un problème interne découlant d'un « management local toxique » n'ont aucun sens, même si elles séduisent certaines organisations.

... MAIS AVEC DES ATOUTS ET DES POINTS D'APPUI SOLIDES

Les éléments évoqués plus haut participent à expliquer la dégradation ressentie des conditions de travail. Le sentiment de reconnaissance individuelle et sociale, de valeur professionnelle, est essentiel dans la motivation des professionnels de santé : on travaille à l'hôpital pour gagner sa vie, certes, mais aussi pour exercer en groupe ou en équipe et pour exprimer son désir d'être utile aux autres et d'être reconnu. Car à l'hôpital, c'est une évidence, on prend en charge la souffrance ou la maladie des autres. Cela demande un niveau élevé de compétence et justifie l'exigence des usagers. Mais on ne peut oublier la part d'affectif

et d'émotionnel que cela introduit aussi dans les relations de travail et de soin. L'hôpital est un univers tout entier marqué par l'humain. La pression économique, l'exigence d'efficacité, même si elles sont légitimes, ne doivent pas conduire à nier cette réalité, spécifique à ce milieu qui aura toujours un besoin particulier de soutien et de valorisation. C'est aussi pour cela qu'il faut prendre garde de ne pas noircir le tableau. C'est tout aussi important pour la motivation des professionnels. D'abord parce que plusieurs arguments peuvent être inversés. La T2A par exemple, malgré ses imperfections, est un système plus



gratifiant et plus juste que l'ancien budget global. La nouvelle gouvernance, encore contestée, a permis de moderniser en profondeur le copilotage des établissements et de faire évoluer les hiérarchies classiques, autrefois immuables. Le raccourcissement des séjours, qui pèse sur la densité du travail, a libéré des moyens pour accueillir de nouveaux malades. Les changements ont, toujours, des effets ambivalents : bénéfiques d'une part, mal ressentis d'autre part.

Ensuite, parce qu'il existe de formidables atouts dans ce milieu très spécifique qu'est l'hôpital. Ce sont autant de points d'appui pour une

stratégie de promotion de la qualité de vie au travail :

- **un tissu hospitalier dense sur l'ensemble du territoire.** Des corps professionnels bien structurés, aux compétences régulièrement renforcées ;
- **une communauté professionnelle importante,** porteuse de valeurs humanistes bien ancrées, très attachée à l'hôpital public ;
- **un corps médical important,** certes très mal réparti sur le territoire mais disposant d'un des plus hauts niveaux de compétence dans les pays développés ;
- **un encadrement soignant et technique bien organisé,** sans doute insuffisamment reconnu mais très présent et actif ;

- **une gouvernance animée par des valeurs fortes,** qui fait évoluer elle aussi ses compétences et son positionnement dans le pilotage des établissements ;
- **un service public particulièrement apprécié de la population ;**
- **une performance médico-économique en constante amélioration** depuis des années, preuve des capacités du milieu à s'adapter aux évolutions ;
- **un système globalement très accessible et très efficace,** donnant accès à un haut niveau scientifique et à l'innovation biomédicale ;
- **un système qui fait face avec succès aux crises et aux catastrophes,** facteur majeur de sécurité pour la population.

NOS PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Pour agir sur la qualité de vie au travail (QVT), des mesures sont envisageables dans une logique d'impulsion nationale en insistant sur l'impératif de rester opérationnel et simple.

Une approche ouverte, adaptable aux réalités des territoires, évitera le risque de contrainte administrative supplémentaire ou de fragilisation de l'encadrement. De nombreux hôpitaux ne vivent pas dans une crise interne profonde et il serait vain, voire contre-productif, de contraindre l'ensemble des établissements à s'engager dans un programme uniforme. Il faut avant tout identifier des principes, des impulsions, des actions simples et utiles. Le règlement des questions de QVT doit rester local, sauf en cas de crise avérée ou majeure.

FAVORISER LA PRÉVENTION DES RPS ET LA PROMOTION DE LA QVT

Développer la formation

Intégrer des modules de formation sur le «management positif» et la QVT dans les grandes écoles de management (EHESP, ENA, etc.), mais aussi

dans les cursus médicaux, soignants, techniques... La notion de management humain et de QVT devrait être introduite dans l'ensemble des facultés de médecine et des écoles des cadres. En parallèle, généraliser la formation au management lors de l'accès à des fonctions de responsabilité et lors de chaque changement de fonction. Ces formations n'ont pas besoin d'être longues ni diplômantes, il doit s'agir avant tout de dispositifs faciles d'accès pour les responsables concernés, sans doute fondés sur les techniques de codéveloppement.

Renforcer la communication

Renforcer la communication sur la prévention des RPS et la promotion de la QVT auprès des dirigeants, encadrants et agents : donner aux dirigeants et encadrants des clés et des outils pour détecter les signaux faibles de RPS et pour agir la qualité de vie au travail. «Dédramatiser» ce sujet afin qu'il diffuse plus facilement dans l'ensemble de la chaîne de responsabilité, pour le personnel

médical comme pour le personnel non médical, c'est une démarche de progrès collectif, non d'«accusation».

De la QVT dans les projets sociaux

Pour faciliter cette appropriation, il faut introduire la QVT dans le projet social des GHT et le projet d'établissement. Cette logique doit s'inscrire dans les projets de pôle : chaque projet de pôle inclut un chapitre «Management interne» et «QVT», permettant de valoriser la notion d'équipe de proximité, le rôle de l'encadrement médical et soignant d'unité, les règles de vie commune au sein des services.

Une sous-commission dédiée

Dans le même esprit, il s'agit d'installer une sous-commission dédiée dans certaines instances : la CME, la commission des soins, en lien avec le CHSCT. Ces sous-commissions dédiées à la QVT agissent dans un esprit non d'enquête ou de contrôle, mais d'analyse et de promotion des bonnes pratiques. Elles peuvent progressivement mettre leurs travaux en



commun et contribuer à l'élaboration de guides internes, de chartes sectorielles ou d'établissement.

Écoute et médiation

Grâce à des cellules de médiation sur le modèle Inter-Med³, un petit groupe de praticiens, volontaires et hors hiérarchie, travaillant dans une garantie d'anonymat, peut mener des actions d'écoute et d'intermédiation dans les situations de difficultés individuelles ou de groupe. Les praticiens saisissent la cellule directement et celle-ci peut intervenir de son propre chef.

Des chartes de QVT

Inciter à la rédaction concertée de chartes de qualité de vie au travail qui doivent absolument être envisagées et portées au niveau local, non s'inscrire dans un modèle national unique qui risquerait de les rendre artificielles. Elles devront n'avoir aucun lien avec l'évaluation de la performance médico-économique de l'établissement par les autorités sanitaires. Elles devraient être débattues au sein de chaque pôle: le projet de pôle devrait inclure un chapitre « Management interne » et « QVT ». Elles pourraient reprendre des items souvent évoqués, notamment:

- les horaires des réunions (pas avant 8h30, ni après 18h00),

- la gestion du temps: engagement collectif sur la stabilisation des plannings, la meilleure synchronisation des temps (médecins/soignants/prestataires internes...), l'anticipation des formations, les congrès, les déplacements. Favoriser si possible les petits aménagements d'horaires en fonction des contraintes familiales ou de transport,
- les possibilités élargies de télétravail, dans un cadre de référence défini par établissement et négocié au sein du pôle et du

service; donner un rôle direct à l'encadrement de proximité dans ce domaine,

- les règles de « droit à la déconnexion »: pas de courriels adressés en dehors des horaires acceptables, proscrire les sollicitations par e-mail le week-end ou pendant les congés; fixer des règles générales d'utilisation de la messagerie,
- les expériences de services aux personnels, de type « conciergerie »...

Des services pluriprofessionnels de santé et QVT

Créer, au niveau du GHT, des services qui peuvent inclure la dimension santé publique en CHU, associant des compétences médicales, des psychologues du travail et psychologues cliniciens, des ergonomes, des gestionnaires de risques, des personnels soignants formés au coaching et à l'écoute, éventuellement des animateurs, ainsi qu'un lien avec le service social du personnel (PM et PNM). Ils développent une approche

LE DIRECTEUR D'HÔPITAL, LUI AUSSI EXPOSÉ AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Un métier exigeant, de plus en plus soumis aux tensions

Le directeur d'hôpital exerce lui aussi un métier exigeant, en permanence et de plus en plus exposé aux tensions: des attentes parfois contradictoires de sa hiérarchie, de la tutelle, des médecins, des syndicats, des patients, des collectivités locales, des médias, des élus... des contraintes économiques de plus en plus fortes, des exigences de sécurité et de qualité croissantes, un accroissement considérable des normes; des risques juridiques (procès) et des interrogations éthiques. Ces tensions plus fortes, mariées à des marges de manœuvre plus faibles, peuvent entraîner des risques psychosociaux. D'autres facteurs spécifiques amplifient ce phénomène: des moyens de communication entraînant une pénétration du travail dans la sphère privée, une identification des directeurs à leurs établissements (*JE suis en déficit!*), une solitude, qui est consubstantielle à la fonction, à la responsabilité de décider, une confusion entre l'individu et la fonction lors des conflits sociaux.

La grande majorité des directeurs exercent leur métier avec passion et une forte motivation. Il n'en reste pas moins qu'ils sont, eux aussi, désormais exposés aux risques psychosociaux.

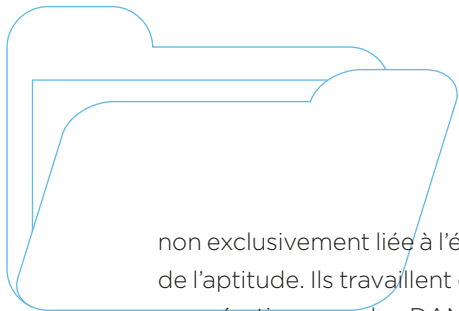
Les actions ADH

L'ADH s'implique aux côtés des collègues en difficulté, conformément à ses missions premières de soutien et de solidarité. Elle n'agit pas sur le terrain des organisations syndicales ou des commissions statutaires, mais elle se tient en appui:

- service protection juridique: l'ADH offre depuis plus de vingt ans à ses adhérents un service de protection juridique, comprenant également une hotline avocats et une hotline assistance psychologique 24h/24, 7jrs/7;
- approche personnalisée: un responsable fonctionnel « Collègues en difficulté » (Jean-Luc Chassaniol, past-président de l'ADH) prête une écoute amicale et bienveillante et s'efforce de conseiller, dans la limite de ses prérogatives, des collègues qui ont, à un moment donné, « perdu pied ». Les élus nationaux et les délégués régionaux jouent également ce rôle au niveau national et au niveau local.

L'ADH participe également à lever le tabou sur cette problématique, via ses outils de communication (revue *JADH*; dossier « Le directeur d'hôpital aux prises avec les RPS », novembre-décembre 2013) et en participant à des actions de formation et/ou de sensibilisation (partenaire du colloque GMF: « Le DH face aux RPS: quel équilibre entre le droit et la pratique? », janvier 2014).

³ Cellule d'écoute et d'intermédiation entièrement médicale, hors hiérarchie, créée au CHU de Saint-Étienne. D'autres modèles de même nature existent dans d'autres CHU et CH.



non exclusivement liée à l'évaluation de l'aptitude. Ils travaillent en étroite coopération avec les DAM et DRH. Ils s'appuient aussi sur les sous-commissions évoquées plus haut.

Identifier les RPS

Instaurer, dans l'évaluation annuelle, un outil réel d'identification des RPS, en intégrant dans les grilles d'évaluation des items sur les RPS et en favorisant la libre parole de

l'agent. Moderniser l'évaluation « traditionnelle fonction publique » en révisant les immuables grilles de notation, pour favoriser une discussion fondée sur l'autoévaluation et les attentes mutuelles. Étendre aux praticiens hospitaliers le principe d'un entretien d'évaluation annuel, à partir de dispositions validées au niveau de l'établissement (puis du GHT).

Intéressement et reconnaissance individuelle

Renforcer les leviers d'intéressement et de reconnaissance individuelle

des personnels hospitaliers, actuellement très limités. Les règles en vigueur ne favorisent pas l'initiative, ne facilitent pas la reconnaissance, et peuvent entraîner une perte de motivation.

Soutenir et promouvoir des expériences d'actions concrètes⁴

- Mise à disposition des salariés d'une consultation de psychologue du travail.
- Missions de régulation ou de supervision par un professionnel extérieur dans les situations de collectifs de travail en difficulté.
- Organisation d'ateliers d'analyse des pratiques managériales pour les cadres.
- Cellule de médiation, structurée en concertation et avec l'appui des partenaires sociaux et du service de santé au travail, composée de professionnels volontaires.
- Mécanismes d'intéressement collectif (par exemple pour la participation à une équipe territoriale): achat d'équipement, projet recherche, etc.
- Simplifications de certaines contraintes administratives en GHT: réformer les règles de remboursements de frais de transport ou d'hébergement, favoriser la dématérialisation des procédures.

Outils et applications informatiques

Il s'agit de favoriser les outils et applications informatiques pour mieux vivre l'obligation de continuité à l'hôpital. Exemples: application Whoog qui permet de solliciter les agents pour des missions de remplacement sur la base du volontariat, anonymement, dans le cadre de remplacements urgents ou prévus à court terme, applications de planification partagées au niveau d'une équipe territoriale.

⁴. Ces actions ont notamment été mises en œuvre au CHU de Saint-Étienne.

AUDITION DE L'ADH

PAR LA MISSION DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE SUR LE SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL, OU BURN-OUT

Le 20 octobre dernier, Frédéric Boiron, président de l'ADH, et Patrick Lambert, secrétaire général, étaient auditionnés par la commission des Affaires sociales, dans le cadre d'une mission d'information sur le syndrome d'épuisement professionnel. À cette occasion, la délégation ADH a pu faire le point sur les contraintes pesant sur l'hôpital public, présenter les initiatives mises en place par l'ADH en matière de prévention des risques psychosociaux et proposer plusieurs actions visant à renforcer la lutte contre l'épuisement professionnel et le développement de la qualité de vie au travail.

En introduction, le président de l'ADH a insisté sur l'engagement des hommes et des femmes qui exercent à l'hôpital public et, avant de revenir sur les raisons pouvant expliquer un sentiment de malaise croissant, a souligné que *« il y a des choses qui vont mal à l'hôpital, il y a aussi beaucoup de choses qui vont bien »*. Frédéric Boiron a alors rappelé que *« des centaines de milliers de professionnels exercent à l'hôpital par choix »*.

Après avoir dressé les spécificités de l'exercice hospitalier et les contraintes inhérentes à celui-ci, le président a souligné que les directeurs d'hôpital doivent *« veiller à la faisabilité, à l'acceptabilité »* des décisions prises. *« On ne peut pas nier l'exigence financière [...] mais on peut agir pour que cette pression ne conduise pas à*

des excès. Le rôle du manager, il est aussi là, a assuré Frédéric Boiron, cela fait partie de la prévention du risque vis-à-vis des agents. » Patrick Lambert a ensuite fait le point sur l'organisation du temps de travail dans les établissements publics de santé. Frédéric Boiron a rappelé que *« les hospitaliers ont depuis toujours la contrainte de la continuité »* et souligné que *« nombre de nos professionnels acceptent volontiers de faire des remplacements »*. Il a alors présenté le dispositif mis en place au CHU de Saint-Étienne, visant à organiser les remplacements grâce à une application permettant de solliciter le personnel sur la base du volontariat. Ainsi, si on ne peut pas *« faire disparaître »* la contrainte de continuité à l'hôpital, on peut *« organiser »* le travail pour réduire son impact sur les professionnels.

Interrogé sur la gouvernance hospitalière, Frédéric Boiron a rappelé les logiques de réseaux indispensables au fonctionnement de l'hôpital, soulignant *« qu'à l'hôpital comme ailleurs, plus personne ne fait rien seul »*. Il a indiqué que dans la très grande majorité des cas l'hôpital bénéficiait d'une gouvernance qui fonctionne bien, fondée sur le binôme directeur/président de CME.

Concernant la souffrance des personnels, le président a salué le fait que l'on *« commence à se débarrasser de certains tabous »* et a fait le point sur les différents dispositifs existants dans un grand nombre d'établissements: psychologues du travail, groupes de médiation, cellules d'écoute anonymisées... Il a enfin insisté sur l'importance de la formation au management, notamment à destination des médecins et de tous les professionnels amenés à assurer la gestion d'équipes.

EN SAVOIR PLUS

- <http://videos.assemblee-nationale.fr/commissions>
- Dossier d'analyse remis aux membres de la mission disponible sur www.adh-asso.org
- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail disponible sur www.social-sante.gouv.fr



CONCERNANT LES MANAGERS DANS LES RESTRUCTURATIONS

Coaching d'équipes

Un dispositif de coaching ou d'accompagnement d'équipes, avec l'appui du CNG et de l'ANFH, comprenant des modules simples de formation peut aider la création des équipes territoriales, en privilégiant une approche adaptée à la réalité de chaque région et fondée sur l'implication des équipes locales.

Écoute anonymisée et groupes d'appui

Créer des cellules d'écoute anonymisées et des groupes d'appui, voire de médiation, constitués de collègues n'exerçant pas dans le même territoire et pouvant mener des missions ponctuelles «entre pairs» face à des tensions locales

persistantes est une approche essentielle qui doit être totalement distincte d'une inspection (proche du principe Inter-Med par exemple).

Réviser les conditions statutaires de qualification des emplois de direction

Toutes les évolutions récentes de l'organisation hospitalière devraient être intégrées aux règles de management des cadres dirigeants et des médecins responsables. La notion d'établissement juridique est moins déterminante pour ces fonctions,

les responsabilités déléguées de site, les missions territoriales, les règles de mobilité doivent évoluer très rapidement.

Valoriser les exercices multisites

Il faut réviser les profils d'emplois afin de valoriser les exercices multisites. L'indemnisation de l'exercice médical multisite est une bonne évolution; elle doit trouver son parallèle pour les directions et les professions soignantes. ■

FRÉDÉRIC BOIRON Président de l'ADH
AVEC LES MEMBRES DU BUREAU NATIONAL
ET LA PERMANENCE DE L'ASSOCIATION



**Vous avez mis en place des dispositifs spécifiques
en matière de prévention des RPS
et de promotion de la QVT ?**

N'hésitez pas à partager vos bonnes pratiques
en envoyant un e-mail à permanence@adh-asso.org

PRÉSENTATION

Prendre soin de ceux qui nous soignent

Le 5 décembre dernier, la ministre de la Santé et des Affaires sociales, Marisol Touraine, a présenté sa stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Devant la centaine de professionnels hospitaliers réunie à cette occasion, la ministre a rappelé que «les changements, les réformes, les nouvelles règles peuvent peser sur les professionnels», ajoutant que les «transformations peuvent être ressenties comme une dégradation de l'environnement et des conditions de travail». Elle a insisté sur la dimension

participative de cette stratégie nationale, en précisant qu'*«il ne s'agit pas de tout réinventer mais de susciter de nouvelles initiatives, de soutenir un mouvement de fond par une impulsion nationale forte, volontariste avec des moyens à la hauteur des enjeux»*.

La stratégie se décline en trois axes, dix engagements et une série d'actions concrètes. (VOIR PAGE SUIVANTE)





AXE I
**UNE IMPULSION NATIONALE,
POUR PORTER
UNE PRIORITÉ POLITIQUE**

Engagement 1 Structurer la démarche pour garantir son suivi et son évaluation dans la durée

- Créer une mission nationale chargée de la qualité de vie au travail des professionnels de santé.
- Mettre en place un observatoire de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé.
- Développer la recherche sur la qualité de vie au travail.
- Mettre en place un dispositif de médiation, avec trois niveaux de conciliation : local, régional, national.

Engagement 2 Adapter les formations initiales et continues pour développer la qualité de vie au travail

- Intégrer un module « qualité de vie au travail » dans toutes les maquettes de formation initiales médicales, paramédicales et de directeurs d'établissements.
- Former tous les professionnels amenés à conduire des femmes, des hommes et des équipes.

Engagement 3 Revaloriser la médecine du travail et généraliser les services pluriprofessionnels de santé au travail

- Élaborer un volet du plan attractivité pour l'exercice médical à l'hôpital spécifique pour la médecine du travail.
- Créer au sein de chaque groupement hospitalier de territoire des services de santé au travail pluriprofessionnels.

Engagement 4 Reconnaître les sujétions particulières liées aux rythmes de travail nécessaires à la continuité des soins

- Engager un cycle de concertation nationale dans le cadre du dialogue social afin de proposer des évolutions du régime indemnitaire adapté à ces sujétions.



AXE II
**AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT
ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL
DES PROFESSIONNELS
AU QUOTIDIEN**

Engagement 5 Placer la qualité de vie au travail au cœur du dialogue et des politiques sociales

- Intégrer systématiquement au projet d'établissement, dans la partie relative au projet social, un volet consacré à la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels.
- Créer au sein de chaque CME une sous-commission en charge de la qualité de vie au travail des personnels médicaux.
- Généraliser l'élaboration de baromètres sociaux au sein des établissements.
- Organiser chaque année au sein de l'établissement un rendez-vous dédié aux conditions et aux organisations de travail, ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie au travail
- L'Anap, en lien avec l'observatoire national, mettra à la disposition des établissements des repères et des outils simples, facilement mobilisables, permettant d'évaluer la charge en soin
- Mettre en œuvre le plan de sécurisation des établissements de santé présenté le 3 octobre 2016
- Faciliter le dépôt de plainte par les personnels en cas d'actes de malveillance ou d'agressions subis dans le cadre de leur exercice professionnel

Engagement 6 Redonner plus de place à l'écoute, à l'expression et aux initiatives individuelles ou collectives au sein des équipes

- Systématiser les réunions d'équipes de proximité afin de renforcer les liens professionnels.
- Aider les établissements à améliorer la synchronisation des organisations de travail médicales et non médicales.
- Systématiser l'entretien annuel individuel pour chaque professionnel non médical comme médical.

Engagement 7 Favoriser la conciliation vie privée/vie professionnelle

- Concerter, au plus près des équipes, les modalités permettant d'assurer la continuité du service face à l'absentéisme imprévu de courte durée.
- Encourager le développement d'une offre de services.



AXE III
**ACCOMPAGNER
LES PROFESSIONNELS
AU CHANGEMENT
ET AMÉLIORER LA DÉTECTION
DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX**

Engagement 8 Accompagner le changement et sensibiliser l'ensemble des professionnels à la qualité de vie au travail

- Adopter au sein de chaque établissement une charte de l'accompagnement des professionnels en cas de restructurations.
- Organiser des actions d'information et de sensibilisation des professionnels aux évolutions du système de santé.

Engagement 9 Mieux accompagner les cadres dans leurs activités de management

- Généraliser le codéveloppement, le coaching et le mentorat.
- Systématiser les formations des faisant-fonctions de cadres et généraliser les dispositifs d'accompagnement.
- Permettre à l'encadrement de proximité de s'approprier les outils de gestion informatisée des plannings.
- Proposer aux cadres des parcours professionnels pour la troisième partie de carrière.

Engagement 10 Détecter et prendre en charge les risques psychosociaux

- Élaborer et diffuser des outils de sensibilisation à la détection des risques psychosociaux.
- Mettre en place un dispositif d'écoute, notamment téléphonique, offrant un soutien psychologique.
- Mettre en place des analyses des pratiques professionnelles et des groupes d'expression.
- Signaler les événements graves liés à un risque psychosocial, au même titre que les événements indésirables graves liés à des soins. ●



POUR ALLER **PLUS LOIN**



Prévenir les risques psychosociaux

ÉLODIE MONTREUIL

La prévention des risques psychosociaux (RPS) est désormais un enjeu stratégique pour les entreprises visant à préserver la santé des salariés et à favoriser leur performance. Les acteurs de la prévention sont cependant nombreux à s'interroger sur les pratiques à mettre en œuvre :

- quelles méthodes utiliser pour évaluer les RPS ?
- comment élaborer un plan d'action et actualiser le document unique ?
- quels outils de veille mettre en place ?
- comment accompagner les salariés en difficulté ?

Cet ouvrage propose un nouvel angle de lecture pratique et méthodologique. Entièrement actualisée, cette seconde édition fournit des principes clés, des outils et bonnes pratiques pour mettre en place une démarche de prévention des risques psychosociaux efficace.

L'ouvrage s'adresse aux dirigeants, DRH, managers, préventeurs, CHSCT, partenaires sociaux, médecins du travail, assistants sociaux, aux enseignants et aux étudiants. Son contenu s'applique aux organisations de toutes tailles, du secteur privé comme public.

Dunod, 2014, 25 €



Concilier vie familiale et vie professionnelle en Europe

SOUS LA DIRECTION DE
BLANCHE BIHAN-YOUINOU
ET CLAUDE MARTIN

L'expression « concilier vie familiale et vie professionnelle » est entrée dans le langage courant de l'action politique sous l'impulsion des institutions européennes et d'organisations internationales comme l'OCDE. Parce qu'elle met en jeu à la fois des pratiques individuelles et familiales, des milieux professionnels et des politiques publiques, la conciliation vie familiale/vie professionnelle est un objet difficile à construire pour les sciences sociales.

Les auteurs proposent ici un triple éclairage : celui de l'analyse des politiques publiques, qui retrace la genèse des législations européennes et décrypte les objectifs avancés par tel ou tel État, institution ou groupe d'acteurs ; celui de la sociologie du travail et des professions, qui s'intéresse à la manière dont chaque secteur d'activité aborde et régule le problème de l'articulation des temps de vie ; celui des pratiques sociales au sein des ménages, des manières de faire des individus, de leurs choix et préférences, négociations et arrangements concrets.

Presses EHESP, janvier 2008, 30 €



Management d'équipe 7 leviers pour améliorer bien-être et efficacité au travail

JEAN-PIERRE BRUN

Le secret des équipes efficaces ? C'est aussi celui des entreprises saines : leurs membres s'y sentent bien !

La recette du bien-être en entreprise est si simple que de nombreux managers l'oublient et se compliquent la tâche en mettant en place des processus complexes.

Pour améliorer la productivité de leur équipe il s'agit pour eux de réintroduire dans leurs pratiques les sept pièces manquantes du management :

- témoigner de la reconnaissance,
- soutenir ses collaborateurs,
- développer une culture du respect,
- concilier travail et vie personnelle,
- contrôler la charge de travail,
- encourager l'autonomie et la participation aux décisions,
- clarifier les rôles de chacun.

Chaque proposition est assortie d'un questionnaire d'autodiagnostic et de dix actions concrètes que le manager pourra facilement et rapidement mettre en place.

**Eyrolles,
juin 2013, 20 €**