



La qualité de vie au travail dans la certification des établissements de santé

Quality of life in workplace in the accreditation of hospitals

V. Ghadi*, V. Mounic

Service du développement de la certification, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de santé, 2, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis La Plaine cedex, France

Disponible en ligne sur

SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Contexte

La qualité de vie au travail est une notion complexe et ses déterminants sont multiples ; de nombreux facteurs organisationnels ont une incidence sur la qualité de vie au travail et sur son corollaire, les risques psychosociaux (RPS). Les déterminants de la qualité de vie au travail et des RPS sont aujourd'hui connus et mis en évidence par une abondante littérature scientifique. L'ANACT et la DGT¹ rappellent ainsi que la qualité de vie au travail se définit à partir de quatre grandes familles de facteurs :

- les exigences du travail et son organisation : autonomie dans le travail, degré d'exigence au travail en matière de qualité et de délais, vigilance et concentration requises, injonctions contradictoires ;
- le management et les relations de travail : nature et qualité des relations avec les collègues, les supérieurs, reconnaissance, rémunération, justice organisationnelle ;
- la prise en compte des valeurs et attentes des salariés : développement des compétences, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, conflits d'éthique ;
- les changements du travail : conception des changements de tout ordre, nouvelles technologies, insécurité de l'emploi, restructurations. . .

Dans le champ de la santé, de nombreuses études internationales ont démontré le lien entre les conditions de travail et plusieurs dimensions de la qualité des soins, telles que la satisfaction du patient, le défaut de communication entre équipe et profession, la fréquence des erreurs. . . [1–6]. De même, certains travaux ont mis en évidence les liens parfois

complexes entre qualité et sécurité des soins, d'une part, et certains déterminants de la qualité de vie au travail, tels que les modèles de management mis en œuvre, le climat organisationnel, d'autre part [7–10].

Ainsi, la Haute Autorité de santé (HAS), ayant la mission de développer des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et pilotant la certification des établissements de santé, a choisi de développer cette thématique.

D'autres raisons ont également motivé ce choix. Ainsi les travaux ayant conduit à la rédaction du manuel de certification V2010 ont également porté des développements sur la maltraitance/bienveillance dans les établissements de santé. Les professionnels interrogés dans le cadre de l'élaboration du rapport sur « la maltraitance ordinaire » [11] et ceux qui ont eu l'occasion d'y réagir depuis ont rappelé que les services « bienveillants » sont aussi très souvent des services où les professionnels aiment travailler, alors qu'à contrario, les problèmes de management ou l'absence de valorisation des personnels favorisent le développement de la maltraitance sous toutes ses formes. Le risque est alors de voir se mettre en place un cercle vicieux, puisque l'une des sources de souffrance au travail réside dans le jugement que les professionnels portent sur la qualité de leur propre travail et sur la divergence des critères de jugement entre professionnels et encadrement. Autrement dit, le sentiment de n'être pas en mesure d'accueillir correctement le patient et de répondre à ses attentes est source de stress pour les professionnels [12,13]. Aussi en mettant un focus sur la bienveillance et la prévention de la maltraitance, la HAS devait, en toute logique, également s'intéresser à la qualité de vie au travail des professionnels. Par ailleurs, cette préoccupation croise d'autres réflexions menées par la HAS dans le cadre de la redéfinition des orientations stratégiques de la certification. Les travaux menés sur le sujet se fondent sur un diagnostic de situation soulignant l'apport de la certification de nature culturelle et

* Auteur correspondant.

e-mail : v.ghadi@has-sante.fr

¹ <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>.

structurelle. En effet, le mouvement qualité dans les établissements de santé s'est enraciné grâce à la certification avec des méthodes de travail et une structuration via la mise en place des fonctions qualité et gestion des risques. Mais ce diagnostic indique également que la certification représente une lourde charge de travail, les exigences sont parfois déconnectées des problématiques réelles des établissements, la certification a du mal à diffuser au-delà de l'encadrement de l'établissement, au cœur même des secteurs d'activité. Ces éléments rejoignent les critiques faites dans les différents domaines d'activité par les spécialistes du travail sur les risques de souffrance au travail induit par les démarches qualité et les mécanismes de certification.

Si la structuration d'une démarche qualité et le développement d'une culture constituent une force et un acquis de la certification, un recentrage de la démarche sur le travail réel et son amélioration apparaît nécessaire. L'amélioration de la qualité de vie au travail et celle de la qualité des soins apparaissent ainsi une nouvelle fois dépendantes.

Objectif

Partant de ces différents repères, la HAS a donc engagé un programme de développement de la thématique qualité de vie au travail qui vise à en promouvoir des démarches d'amélioration dans les établissements de santé. Plus spécifiquement, il s'agit de permettre l'appropriation par les acteurs de terrain de cet enjeu en proposant trois axes d'amélioration : une démarche et des outils à destination des établissements ; une réflexion menée avec les organisations syndicales sur les conditions de développement d'un dialogue entre les partenaires sociaux autour des facteurs influant la réalité du travail ; une méthode d'investigation de la thématique « qualité de vie au travail » en visite par les experts-visiteurs (EV).

Méthode

Ces travaux sont menés en partenariat avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT). Ils sont découpés en trois chantiers qui ont vocation à converger pour assurer une cohérence des messages et outils produits. Le premier chantier a concerné la mobilisation des EV. Suite à un appel à candidature, 33 d'entre eux se sont portés volontaires pour travailler sur le sujet. Dix d'entre eux ont été sélectionnés au vu de l'expérience qu'ils valorisaient, pour élaborer un guide de visite. Deux workshops ont été l'occasion de partager leur expérience en tant que professionnels et en tant qu'EV. À partir de là, un document a été rédigé, présentant les grandes dimensions de la qualité de vie au travail et recensant les sources d'information permettant de documenter l'évaluation : documents, personnes ressources, observations. Des grilles d'entretiens ont ainsi pu être rédigées. Les EV volontaires testèrent ensuite ce guide dans le

cadre des visites de certification qu'ils étaient amenés à conduire entre mi-juin et décembre 2011. Au total, 26 établissements ont fait l'objet de cette investigation.

Un questionnaire commun a permis de recueillir les données de l'expérimentation selon trois volets. Dans le premier volet, les sources sont identifiées et les informations qu'elles ont permis de recueillir sont notées ; dans un deuxième volet, des questions ouvertes et une échelle de maturité permettent de recueillir le point de vue des EV sur la démarche qualité de vie au travail de l'établissement de santé investigué ; dans le troisième volet, le point de vue de l'EV est recueilli sur la démarche d'investigation, sa faisabilité, sa pertinence, ses difficultés.

La première partie du questionnaire a été codée selon l'utilité des données notées (contributif, faisable, univoque, solide) par deux personnes puis une note a été attribuée après confrontation. La deuxième et troisième parties ont fait l'objet d'analyse qualitative.

Le deuxième chantier concernant la constitution d'un socle de connaissances sur la qualité de vie au travail est en cours. Un appel à expérimentation a été publié sur le site de la HAS et envoyé par mail à un grand nombre de responsables qualité et directeur des établissements privés et publics. Cent onze questionnaires sont revenus. Parmi ceux-ci, sept ont été choisis pour faire l'objet de monographies par le réseau ANACT. Ces monographies ont vocation à permettre d'identifier les déterminants de la qualité de vie au travail dans une organisation de soins et repérer les leviers d'une dynamique positive. Un groupe de travail a été mis en place pour analyser collectivement les enseignements issus des questionnaires, des monographies et des expériences françaises et étrangères publiées, afin de proposer une démarche et des outils aux établissements de santé.

Enfin, le troisième chantier concerne la réflexion menée avec les organisations syndicales. Des entretiens ont été menés en face-à-face avec chacune des grandes organisations de salariés et complétés par des entretiens téléphoniques avec des représentants syndicaux médicaux. Deux workshops ont été organisés, réunissant les représentants des huit organisations syndicales représentatives du secteur², de quelques syndicats médicaux³ impliqués sur la question, de deux chercheurs⁴, de l'ANACT et la HAS. Le premier a permis de partager un diagnostic sur la situation actuelle des établissements de santé et de s'interroger sur les conditions permettant la construction d'une parole du professionnel sur le terrain qui puisse ensuite être travaillée dans les instances dédiées au dialogue social. Le second workshop a porté sur des actions menées par des organisations syndicales, à la suite d'inter-

² CFDT, CFTC, CGC-CFE, CGT, FO, SMPS, SUD, UNSA.

³ SNPHARE, Syngof, Samu de France.

⁴ François Daniellou, ergonomiste, laboratoire d'ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers ; Philippe Davezie, enseignant-chercheur en médecine et santé au travail, Lyon 2.

pellation de professionnels en difficulté. Les échanges ont également permis d'interroger le sens de ces situations et les leviers à disposition des organisations syndicales et des différentes parties prenantes pour améliorer les organisations de travail et la qualité de vie au travail.

Des premiers résultats

À ce jour, seuls les chantiers avec les EV et les organisations syndicales ont suffisamment avancé pour permettre d'exposer quelques résultats. Les résultats seront présentés pour chacune de ces cibles, à partir des entretiens, des séances de travail et du matériau recueilli à partir de l'expérimentation menée avec les EV.

Le retour des experts-visiteurs

Les travaux menés avec les EV permettent à la fois de recueillir des éléments sur la manière dont des établissements de santé aujourd'hui se sont emparés de la question de la qualité de vie au travail et sur la faisabilité de l'investigation de ce thème dans le cadre de la certification.

Globalement, les EV qui ont expérimenté l'investigation de la qualité de vie au travail en cours de visite de certification d'un établissement de santé ont fait le constat de l'absence globale de démarche formalisée sur le sujet, avec cependant parfois une ambiance générale favorable. Dans quelques cas, il y a pu avoir mise en place d'une politique qualité de vie au travail sans l'avoir identifiée en tant que telle.

Plus généralement, l'absence d'une démarche structurée entraîne des actions éclatées sans cohérence entre elles, des prises de conscience des enjeux et contenus de la qualité de vie au travail souvent hétérogènes, voire au sein d'un même établissement.

Quelques établissements se caractérisent par des conflits sociaux persistants mais, plus généralement, il ressort de l'analyse de ces 26 établissements, une hétérogénéité dans les relations avec les organisations syndicales et un dialogue social souvent minimal, c'est-à-dire plus formel que réel.

Parmi les déterminants de la qualité de vie au travail, si les EV ont relevé de manière ponctuelle des dimensions liées à l'aménagement des locaux, à la taille et à l'ambiance de l'établissement, ils se sont surtout attachés à repérer les signes de l'implication de la direction et des médecins dans les débats autour du travail, l'implication, la participation des salariés à des réflexions ou des groupes de travail transversaux. À cet égard, l'existence de valeurs fortes et partagées au sein de l'établissement semble constituer un socle permettant l'implication de tous.

Ils ont également souligné l'impact des modalités de management, valorisant son caractère participatif, la présence de l'encadrement auprès des équipes, la capacité du management à exprimer de la reconnaissance. Ils ont cependant souligné la fragilité de ces organisations qui fonctionnent

bien, reposant le plus souvent sur la personnalité particulière d'un directeur ou d'un médecin.

Enfin, la majorité d'entre eux ont mentionné le caractère délétère du contexte budgétaire et financier actuel, avec certains établissements en plan de retour à l'équilibre.

De ces différents constats, l'enjeu est, selon les EV, de définir une politique et de structurer une démarche propre à la qualité de vie au travail. Il s'agirait alors d'en faire une priorité, permettant alors de construire une réflexion partagée sur ce thème, une culture. Cela implique de sensibiliser les médecins sur l'importance et le lien avec la qualité des soins et de renforcer l'implication des représentants du personnel. Une telle politique devrait selon eux s'inscrire en articulation étroite avec la politique qualité et gestion des risques de l'établissement de santé et l'action de la Commission des relations avec les usagers et de la prise en charge (CRUQPC). De même, certains d'entre eux font l'hypothèse qu'il serait souhaitable d'impliquer au premier chef le médecin du travail. Cela reste au stade de l'hypothèse car dans la majorité des cas, ils n'ont pas eu accès au médecin du travail, le poste de ce dernier n'étant pas pourvu ou à temps tellement partiel, que son implication transversale sur l'établissement est réduite à la portion congrue.

Cette question de l'accès à certaines personnes ressources fait écho à la méthode utilisée par les EV. Cette dernière reposait sur la consultation de 16 documents identifiés, l'interrogation de cinq catégories de professionnels (personnels de direction et/ou des fonctions transversales et des médecins exerçant des responsabilités d'encadrement; encadrement intermédiaires, représentants du personnels, les professionnels soignants et non soignants, les médecins) et enfin des temps d'observation sur l'organisation des lieux mais également, les temps de transmission et les temps d'échanges pluriprofessionnels. Si certains documents paraissent informatifs, notamment tout ce qui est mentionné dans le projet d'établissement et dans ses divers volets (social, soins...) ou dans le document unique d'évaluation des risques et les comptes-rendus du CHSCT, d'autres documents ont globalement apporté peu d'éléments, notamment le plan d'amélioration de la qualité, le rapport annuel médecine du travail ou la déclaration d'événements indésirables, notamment ceux liés aux conditions de travail. Enfin, les rapports des assistantes sociales et psychologues du travail avaient été repérés comme source d'information, mais aucun des EV n'y a eu accès.

De même, les EV ont tiré peu d'informations de leurs observations : peu d'éléments tangibles sur les observations des lieux et peu de temps d'échange pluriprofessionnel. En réalité, ce sont les entretiens et notamment les entretiens collectifs qui ont eu la plus forte valeur ajoutée. La réalisation d'un entretien avec l'encadrement intermédiaire a été mise en avant comme leur permettant d'avoir une vision globale sur l'établissement et une compréhension plus fine de son organisation et de sa culture. Moins souvent réalisés, les entretiens

collectifs avec les personnels ont permis de mettre en lumière des éléments peu identifiés par ailleurs.

Ainsi, en cohérence avec le contenu de la qualité de vie au travail qui implique une mise en discussion du travail, c'est bien la réalisation d'entretien collectif avec les acteurs de terrain qui permet de l'aborder finement.

Néanmoins, en termes méthodologique, il ressort la difficulté liée à l'étendue du champ de la qualité de vie au travail et le caractère multidimensionnel.

Synthèse des échanges avec les organisations syndicales

Les entretiens avec les organisations syndicales ont permis de faire émerger un intérêt partagé par tous sur la question, incitant à faire l'hypothèse que l'ensemble du système aujourd'hui est suffisamment mûr pour se saisir de la question. Les échanges ont également mis en évidence un constat convergent de la part de l'ensemble des organisations syndicales, notamment sur la réalité d'une souffrance de l'ensemble des professionnels, soignants, administratifs, logistiques, cadres, médecins, directeurs et les difficultés liées au contexte, c'est-à-dire à la multiplication des réformes et au contexte économique contraint. Le diagnostic posé par les organisations syndicales concerne tant le secteur publique que privé.

Si le diagnostic est semblable d'une organisation à l'autre, sa présentation a pu différer, nous présenterons donc les résultats de ces échanges en s'appuyant sur la grille proposé par l'ANACT qui reprend les dimensions suivantes : les relations sociales et de travail ; le contenu du travail ; l'environnement physique du travail⁵ ; l'organisation du travail ; la réalisation du développement professionnel, la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Concernant les relations sociales et de travail, les organisations syndicales ont multiplié les exemples pour montrer la dégradation de ces relations. Ils ont ainsi évoqué la diminution des temps d'échange tant formels qu'informels sur le fonctionnement de l'équipe mais également sur le patient et sa prise en charge. Cela aboutit rapidement à un délitement des collectifs de travail et de fait une déstructuration des équipes : les professionnels ont tendance à se replier sur eux-mêmes, ce qui provoque une moindre solidarité, une baisse de la vigilance entre collègues qui permettait de repérer et de soutenir précocement ceux qui étaient en difficulté. Les représentants syndicaux estiment que les systèmes d'évaluation individuelle et d'individualisation des salaires contribuent à ce délitement des collectifs de travail.

Par ailleurs, les professionnels de santé souffriraient aujourd'hui d'un problème de reconnaissance, et ce à tous les niveaux du système. Cela se traduit par un manque de soutien organisationnel, par le fait que certaines dimensions du travail

sont sous-valorisées, notamment les dimensions relationnelles avec les patients, dans un contexte où les interactions avec les patients et leurs proches se complexifient. Certaines organisations syndicales ont d'ailleurs publié en 2011 des enquêtes mettant en exergue ces phénomènes⁶.

La dégradation des relations se constate également au niveau du dialogue social que les organisations syndicales considèrent comme inexistant, avec un Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) qui correspond davantage à une structure d'information que de négociation et une sous-utilisation des indicateurs ressources humaines. De fait, les outils et structures qui existent aujourd'hui ne permettent souvent pas de soutenir le dialogue entre les partenaires sociaux. Il en est ainsi du document unique, du bilan social, du CHSCT. Ces outils ne répondent pas à l'attente, ce qui contribue à la rupture du dialogue. Il est nécessaire de réaffirmer le rôle pivot du CHSCT et du médecin du travail.

Le sentiment est partagé par tous les acteurs du système de subir les contraintes financières, administratives, judiciaires et organisationnelles sans arriver à dégager des marges de manœuvre. Chaque catégorie professionnelle est concernée et ressent ces mêmes difficultés chez les autres. De fait, chacun ayant le sentiment de ne pouvoir rien proposer et/ou que l'autre partie ne proposera également aucune piste d'action, ou de négociation, le dialogue est alors vidé de son sens et interrompu avant d'être entamé.

La dégradation des relations finit par se traduire par des tensions entre différents types d'acteurs. La situation des cadres fait consensus. Toutes les organisations syndicales ont évoqué la souffrance des cadres qui ne savent plus se situer, allant parfois jusqu'à exprimer le sentiment d'exploiter leurs collègues. Certains peuvent être confrontés à un problème de légitimité auprès de leurs équipes du fait d'une moindre ancienneté par rapport aux professionnels qu'ils encadrent leur jeune âge, avec une absence d'expertise métier reconnue et du fait qu'ils sont toujours embolisés par les tâches qualifiées d'administratives. Les problèmes de management ont été dénoncés, notamment du fait de la gestion des équipes par les cadres sur un mode essentiellement descendant.

La place de la direction a souvent été discutée, accusée d'avoir une approche budgétaire dénuée d'un sentiment de responsabilité sur l'impact sur le bon fonctionnement de leur établissement, certains évoquent surtout l'absence de toute marge de manœuvre dont souffrent les directions dans le contexte économique et social actuel.

Enfin, il est reproché aux médecins, leur manque de mobilisation dans les débats sur l'organisation du travail alors que leur

⁵ Cette dimension ne sera pas traitée, n'ayant pas été abordée par les organisations syndicales.

⁶ Enquête CFDT : <http://www.fed-cfdt-sante-sociaux.org/content/resultats-toutes-filieres-de-lenquete-nationale-conditions-de-travail>.
Enquête SMPS : http://www.smpsante.fr/fileadmin/fchiers_redacteurs/pdf/Manageurs_de_sante_publications_snych/2011_SMPS_conditionsDexercice.pdf.

propre organisation impacte fortement l'organisation des services et des autres professionnels. Cependant, il est aussi rappelé les difficultés rencontrées par le corps médical dans le positionnement hiérarchique sur la « scène » de travail alors que les circuits décisionnaires se multiplient et que le médecin n'est plus la seule autorité. A contrario, certains modèles dans des unités misant sur le rôle du médecin et des autres acteurs dans l'organisation du travail et la régulation du collectif montrent des perspectives intéressantes : il en est ainsi de la réanimation et des soins palliatifs.

Concernant le contenu du travail, les organisations syndicales ont toutes mentionné la dévalorisation des aspects relationnels dans le soin, qui se traduit notamment par des transmissions réduites aux aspects techniques et le développement informatique qui ne laisse pas de place à l'humain. Plus encore, la réalité du travail souffre du manque de temps et de l'intensification du travail qui s'explique par des patients plus lourds, des durées de séjour plus courtes, un accroissement du travail administratif au détriment de la présence au lit du malade et de fait un maintien de la productivité au détriment du « prendre soin » et de la sécurité.

Enfin, le contenu du travail évolue du fait d'un exercice de plus en plus contraint, marqué par une multiplication des protocoles, un risque juridique croissant, des demandes de rendre compte ou de contrôle en hausse. Si la certification a été citée comme « l'inspection la plus acceptable », les organisations syndicales ont souligné le paradoxe de l'action de la HAS sur le sujet. En effet, la certification impose des exigences de qualité des soins potentiellement en décalage avec ce que peuvent fournir les professionnels. Aussi, les professionnels de terrain perçoivent-ils fréquemment la certification comme non pertinente. Cela peut alors mettre en difficulté les professionnels et être source de souffrance au travail.

Tout cela aboutit à des conflits de valeur croissant au sein des établissements, des services et qui affectent fortement les professionnels. L'enjeu est fort autour des interrelations entre la qualité du travail lui-même et la qualité de vie au travail. Ainsi ont été évoqués les problèmes de maltraitance ou de sécurité des patients lorsque les conditions de travail sont trop dégradées ou que la pression sur les professionnels s'accroît.

L'organisation du travail a toujours été énoncée notamment à travers le problème récurrent de la gestion des plannings. Les organisations syndicales ont globalement regretté le développement de la polyvalence des équipes avec la mise en place des pôles. Selon elles, cela entraîne des équipes fluctuantes, des organisations mouvantes, peu propices à la prise d'initiative par les acteurs. Enfin, de manière unanime, les organisations syndicales ont déploré le manque de temps pour prendre du recul sur ses pratiques et pour échanger dans l'équipe.

Concernant la dimension de la réalisation et du développement professionnel, les difficultés de gestion des ressources humaines entraînent selon les organisations syndicales des risques de déprofessionnalisation, du fait du recrutement de

personnels sous-qualifiés et une difficulté à déployer certaines démarches ou projet nécessaire à la qualité des soins, du fait de la difficulté à dégager des temps de formation. De même, le développement des « faisant fonction » impacte la construction des identités professionnelles, induisant une dépendance de certains corps professionnels. Au final, les organisations syndicales font le constat d'une perte d'identité du métier liée à une perte de sens.

Concernant, la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée, les représentants syndicaux rencontrés ont été unanimes, et cela a été longuement repris lors des workshops, pour en partager les obstacles : multiplication des retours sur vacances, problèmes de planning, des rappels sur repos ; généralisation des horaires atypiques ; diminution des pools de remplacement qui instaure une insécurité sur les temps de repos et de congés ; les temps de gardes et d'astreinte trop longs. . .

En conclusion, les organisations syndicales ont insisté sur la nécessité impérieuse de redonner de l'espace pour les professionnels dans leur environnement immédiat. Cet espace ayant pour objectif premier de favoriser des échanges pluri-professionnels visant à reconstruire des collectifs de travail. De manière affirmée, les solutions ne se situent pas à un niveau individuel mais bien collectif. Il existe des marges de manœuvres qu'il s'agit de ré-identifier.

Ces espaces à trouver devront permettre de réinjecter dans les relations sociales, professionnelles, les notions de respect, de reconnaissance du travail, d'écoute, considération, information, dialogue social, participation aux décisions.

Discussion : perspective pour la HAS

Les données recueillies par les EV comme par les organisations syndicales apportent ou confirment principalement trois enseignements :

- le peu de sensibilisation des acteurs de terrain sur le sujet et l'éclatement des actions menées sur le terrain ;
- la difficulté dans laquelle se trouvent certains établissements, plus précisément ceux confrontés à un contexte économique particulièrement difficile ou qui s'inscrivent dans un contexte de restructuration, avec fusion d'établissement et réorientation de l'activité ;
- la nécessité de réintroduire de la parole, de la reconnaissance et des espaces de discussion à tous les niveaux des établissements.

Le développement du projet n'a pas permis pour l'instant d'associer suffisamment les fédérations patronales. Néanmoins, la mise en place du groupe de travail sur les établissements devrait permettre d'impliquer des représentants des équipes de direction.

Le sujet est difficile mais les enjeux sont considérables pour la qualité dans les établissements de santé. Pour cette raison, il est apparu indispensable à la HAS de travailler ce sujet pour

impulser une politique qualité de vie au travail dans les établissements, comme l'un des pré-requis à la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit notamment de permettre aux établissements de mettre en place des cercles vertueux entre qualité de vie au travail et qualité des soins tels qu'on peut les constater dans des expériences internationales [14,15]. La HAS construit son action comme une aide et non comme l'imposition d'un cadre rigide comme cela peut parfois être craint. Pour la HAS, cela implique également une réflexion conduisant à revisiter ses propres pratiques et modalités d'action et ce au-delà du sujet qualité de vie au travail.

En effet, l'exploration du sujet a fait très vite apparaître l'importance de l'expertise sur le travail et l'ampleur du thème lui-même : interroger la qualité de vie au travail procède d'un changement culturel, d'une évolution des pratiques, notamment managériales, et d'une révision des organisations : cela implique de repartir du travail réel et de favoriser l'échange, le dialogue autour de ces données factuelles et notamment d'interroger les dynamiques participatives dans les établissements de santé.

Très vite, il est également apparu nécessaire d'articuler les travaux de la HAS avec l'action des autres parties prenantes institutionnelles sur le sujet : c'est le cas de nombreuses institutions parmi lesquelles, le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, fortement impliqués sur ces questions. En témoigne la mise en œuvre actuelle de l'accord cadre interfonctions publiques sur la santé-sécurité au travail et les fédérations d'établissements, toutes impliquées sur ces sujets. Le choix de la HAS d'investir cette thématique a nécessairement des effets sur les actions des autres acteurs du champ et rend incontournable une coordination interinstitutionnelle afin de favoriser l'implication de toutes les parties prenantes.

Les chercheurs dans le champ du travail, notamment ceux sollicités dans le cadre du séminaire HAS « Qualité des soins et qualité de vie au travail » ont pointé le rôle des instruments de gestion, de contrôle et d'évaluation dans les mutations récentes du travail [16–19].

Le point de départ est celui du constat d'une dégradation des indicateurs de santé au travail, et ce dans tous les secteurs. Le point d'arrivée : celui des transformations des organisations dans un contexte contemporain d'« hypercompétition ». Les instruments de gestion et d'évaluation tendent à renforcer la place de la prescription externe. Mais aussi à réduire celle de la discussion, de la construction de solutions et des compromis locaux destinés à assurer la prise en charge quotidienne des dilemmes au travail. Les effets de cette inflation se mesurent en impacts négatifs sur la santé des salariés comme sur la qualité du travail.

Ces résultats attirent l'attention sur les effets indésirables possibles de la certification et des démarches qualité. Par là même, ils invitent la HAS à réfléchir à l'évolution vers une certification plus complètement articulée aux enjeux du

fonctionnement réel des organisations et au nécessaire rappel des « fondamentaux » des démarches qualité – tels que la conduite de démarches d'amélioration des processus de travail – avec et par les acteurs eux-mêmes.

Pour la HAS, l'enjeu est fort car l'incitation à entrer dans les démarches qualité en général, et dans la certification en particulier, doit produire une dynamique plutôt qu'un cadre contraignant.

La simplification de la procédure est une des réponses nécessaires. Mais il s'agit d'aller plus loin : parallèlement à la construction d'outils dédiés aux établissements de santé et EV, une exploration de la manière dont les autres secteurs se sont saisis de cette question est en cours.

Faire évoluer la certification pour prendre en compte et favoriser la qualité de vie au travail comporte plusieurs voies :

- ancrer les démarches d'amélioration de la qualité dans unités de travail, notamment de soins, en en faisant leur outil et l'outil du « certificateur » ;
- promouvoir les démarches qualité de vie au travail internes aux établissements ;
- permettre de mieux appréhender les démarches qualité de vie au travail⁷, les situations à risque du point de vue de la qualité de vie au travail voire la qualité de vie au travail⁸ ;
- orienter les démarches qualité des établissements dans un sens plus favorable à la qualité de vie au travail (focus sur la qualité réelle, démarche d'amélioration continue conduite de façon participative) et éviter ainsi d'être délétère en générant des prescriptions sur le travail renforçant la tension entre le travail prescrit et le travail réel.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care* 2002;14:5–12.
- [2] Sales AE, Sharp ND, Li YF, Greiner GT, Lowy E, Mitchell P, et al. Nurse staffing and patient outcomes in veterans affairs hospitals. *J Nurs Adm* 2007;35:459–66.

⁷ Le rôle de la certification apparaît davantage d'appréhender la démarche qualité et les situations à risque du point de vue de la QVT que la QVT elle-même.

⁸ Toutefois la mise à disposition d'indicateurs de type satisfaction au travail, QVT ou mobilisation du personnel permettent d'appréhender la QVT sur des bases objectives et des indicateurs de type absentéisme de courte durée ou turnover peuvent constituer des alertes du point de vue des RPS.

- [3] Stone PW, et al. Nurse working condition and patient safety outcomes. *Med Care* 2007;45:571-8.
- [4] Vahey DC, et al. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med care* 2004;42(Suppl. 2):157-66.
- [5] Warren N, et al. Employee working conditions and healthcare system performance: The Veterans Health Administration experience. *J Occup Environ Med* 2007;49:417-29.
- [6] West MA, Guthrie JP, Dawson JF, Borrill CS, Carter M. Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *J Organ Behav* 2006;27:983-1002.
- [7] Hoff T, Jameson L, Hannan E, Flink E. A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors and patient safety. *Med Care Res Rev* 2004;61(1):3-37.
- [8] Mac Davitt K, Chou SS, Stone PW. Organizational climate and health care outcomes. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:11.
- [9] Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *J Health Serv Res Policy* 2003;8(2):105-17.
- [10] Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, et al. The Performance of intensive care units: does good management make a difference? *Med Care* 1994;32:508-28.
- [11] Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Décembre 2009. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf.
- [12] Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Paris: PUF; 2008.
- [13] Clot Y. Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris: Édition La Découverte; 2010.
- [14] Kramer M, Schmalenberg C. Magnet hospitals: institutions of excellence. Part 1 et 2. *J Nurs Adm* 1988;18:13-24.
- [15] Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques. *Prat Organisation Soins* 2009;40:1.
- [16] Detchessahar M. Étude SORG - Santé, Organisation et Gestion des ressources humaines pour l'Agence nationale de la Recherche (Programme SEST Santé-Environnement Santé-Travail) 2006-2008. <http://www.agence-nationale-recherche.fr/documents/uploaded/2009/SEST2005/37detchessahar.pdf>.
- [17] Dejours C. Travail, usure mentale : essai de psychopathologie du travail. Édition Bayard; 2008.
- [18] Dejours C. L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Inra Éditions, Éditions OUAÉ; 2003.
- [19] Gollac M. L'intensité du travail : formes et effets. *Revue Économique* 2005;56(2):195-216.