

Dossier n°10

Qualité de vie au travail dans la FPH : Enjeux, acteurs, démarches

Bulletin octobre 2012



*"Agis ensemble
pour la prévention"*

Sommaire

Introduction	page 05
I – Enjeux et acteurs	page 06
• Qualité de vie au travail, pourquoi agir ?	page 06
• Comment rassembler les acteurs ?	page 06
– Trois conférences étaient dédiées à la qualité de vie au travail	page 06
• Le regard de la Haute autorité de santé sur la qualité de vie au travail	page 08
– Intégrer la qualité de vie au travail dans le processus de certification	page 08
– Promouvoir une démarche globale	page 09
– Privilégier l'expérimentation	page 09
II – L'apport de la recherche	page 10
• Trois questions à... Mathieu Detchessahar	page 10
– Quelle est la situation particulière de l'hôpital au regard de la qualité de vie au travail ?	page 10
– Comment expliquez-vous ce phénomène d'éloignement ?	page 10
– Dans ces conditions, sur quels leviers agir pour trouver des solutions ?	page 11
• Trois questions à... Sébastien Damart	page 11
– Quels liens existent-il entre absentéisme et qualité de vie au travail à l'hôpital ?	page 11
– Comment les établissements prennent-ils en compte l'absentéisme ?	page 12
– Quelles sont les solutions qui permettent de lutter contre ce phénomène ?	page 12
III – Qualité de vie au travail et promotion de la santé : quelles démarches ?	page 13
• Les contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants : de la mesure à la prévention	page 13
– Un outil de diagnostic orienté vers la prévention	page 13
– Une aide pour améliorer la qualité de vie au travail	page 14
• Phares : Projet hospitalier absentéisme recherche intervention santé au travail	page 15
– Trois questions à... Anne-Marie Lemessager	page 15
• <i>Pourquoi avoir choisi de participer au projet Phares ?</i>	page 15
• <i>Le mode de remplacement « un pour un » répond-il à vos attentes ?</i>	page 15
• <i>Qu'attendez-vous de votre participation au projet Phares ?</i>	page 15
• Projet PRISMES : les démarches de l'hôpital marin d'Hendaye et du CHS Charles Perrens	page 16
– Innover à l'Hôpital d'Hendaye	page 16
• <i>Une innovation : la commission d'admission pour les patients lourds</i>	page 16
• <i>Une réflexion sur les parcours professionnels</i>	page 17
– Promouvoir le bien-être au travail au CHS Charles Perrens	page 17
• <i>Fédérer les acteurs autour de la prévention des risques</i>	page 17
• <i>Engager et pérenniser un plan de prévention des risques psychosociaux</i>	page 18
• <i>Favoriser la santé et le bien-être au travail</i>	page 18

Introduction

Le monde du travail connaît depuis plusieurs années de profonds bouleversements, conduisant à l'émergence de problématiques affectant la santé et la sécurité des personnels (stress, troubles musculo-squelettiques,...). En réponse au « mal-être » et à la souffrance au travail, les travaux de recherche et les mesures de prévention engagés mettent en avant les concepts de « bien-être au travail ». L'ANACT créé la « semaine qualité de vie au travail » (SQVT) en 2004, qui a pour objet de diffuser et valoriser des initiatives innovantes et concrètes en matière d'amélioration des conditions de travail.

Les pouvoirs publics mettent en œuvre plusieurs actions : commande du rapport Nasse Légeron en 2008 et création du site « travailler.mieux.gouv ». Les accords du 20 novembre 2009 marquent l'engagement pour une politique redynamisée en faveur de la santé et de la sécurité au travail dans les trois fonctions publiques. L'amélioration des conditions de travail et leur prise en compte dans l'exercice du management, est considérée comme « *un enjeu essentiel de la rénovation de la politique des ressources humaines et des relations sociales* ».

En 2010 Le rapport « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail » d'Henri Lachmann, Christian Larose, Muriel Pénicaut Février, est élaboré à la demande des Pouvoirs publics. Il propose des mesures pour améliorer les conditions de santé psychologique au travail. « *Parce que social, santé, organisation et management sont indissociables, nous n'avons pas souhaité entrer dans le sujet sous l'angle du seul traitement de la souffrance : pour nous, l'amélioration de la santé psychologique au travail ne doit pas se limiter à la gestion du stress professionnel. Le vrai enjeu est le bien-être des salariés et leur valorisation comme principale ressource de l'entreprise.* »

Le Plan Santé au travail 2010-2014 dans son introduction indique : « *le développement de la santé et du bien-être au travail ainsi que l'amélioration des conditions de travail constitue un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir.* »

En 2010 et en 2011, la Haute autorité de la Santé organise deux rencontres sur la qualité de vie au travail et la qualité des soins en établissements de santé.

Dans le cadre de la mise en œuvre des accords de 2009, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) s'est engagée à mobiliser les Agences régionales de santé et les établissements sur la prévention des risques psychosociaux. Un appel à projets, destiné à faire émerger les bonnes pratiques existantes dans ce domaine et à en assurer la promotion a été lancé le 31 juillet 2012.

Dans ce contexte, le FNP a souhaité réaliser un dossier reliant les actions engagées dans La Fonction publique hospitalière pour l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins.

I – Enjeux et acteurs

Les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux sont touchés par de multiples évolutions qui affectent leur environnement de travail. Leur capacité d'adaptation permet de maintenir une offre de soins de qualité. Toutefois, l'impact de ces mutations sur la santé des individus et le collectif de travail se fait de plus en plus ressentir. Afin de répondre aux nombreux enjeux humains et financiers, les acteurs concernés se mobilisent pour agir.

Qualité de vie au travail, pourquoi agir ?

La qualité de vie au travail relie de nombreux paramètres, parmi lesquels la gestion des ressources humaines d'un établissement et l'organisation. Ce concept qui touche aux conditions d'exercice de l'activité, comporte une dimension collective (équipe et établissement) mais également individuelle. La représentation satisfaisante que chaque agent (soignant, cadre) a de sa profession ne correspond pas, bien souvent, à la situation de travail réelle, quotidienne.

De ce point de vue, le métier de soignant, basé sur la relation avec l'être humain peut être perçu comme une source de plaisir s'il est pratiqué dans un contexte favorable, permettant d'offrir des soins de qualité. Et pourtant, les professionnels de santé ont exprimé ces dernières années de plus en plus de mal-être lié au sentiment de « perte de qualité » du travail et à l'impression de ne pouvoir apporter une réponse adaptée aux patients compte tenu des contraintes actuelles.

Le fort absentéisme qui en découle, constaté dans tous les établissements, entraîne fréquemment un fonctionnement en effectifs restreints et une activité tendue qui contribue à aggraver le processus. Les études et ouvrages sur ces questions montrent l'effet d'enchaînement de l'état de stress, de la fatigue et des tensions qui se répercutent sur l'activité des soignants.

En 2004, l'étude Presst-Next (Promouvoir en Europe Santé et satisfaction des soignants au travail – Nurses'early Exit study) tire la sonnette d'alarme. Dans son ouvrage « Risques psycho sociaux à l'hôpital et en EHPAD, comprendre et agir » Madeleine Estryn Behar pointe en 2009 l'insatisfaction des soignants relative au travail d'équipe, aux transmissions entre équipes successives et à la qualité des soins.

Comment rassembler les acteurs ?

Retrouver une qualité de vie au travail, c'est-à-dire reconstruire un environnement favorable à la qualité du travail, apparaît aujourd'hui déterminant pour la santé au travail des soignants mais aussi pour la qualité des soins.

Face à ces problématiques et suite aux accords de 2009, la réflexion engagée depuis trois ans sous l'impulsion des pouvoirs publics, a conduit les acteurs à se mobiliser. Les initiatives et les partages d'expériences dans différents domaines se développent. L'émergence de solutions favorables à tous, est sous tendue aux relations pouvant s'établir entre les différentes volontés de progrès.

De ce point de vue, le succès des rencontres RH de la santé organisées par la fédération hospitalière de France (FHF) les 26 et 27 septembre 2012 est significatif. Durant deux journées, 450 participants, en majorité des directeurs des ressources humaines, se sont rassemblés pour échanger sur les enjeux liés aux restructurations, aux évolutions touchant les personnels (formations, télé travail, évaluation, mobilité,...), sur les expériences portées par les établissements, ainsi que sur les perspectives d'avenir.

Trois conférences étaient dédiées à la qualité de vie au travail.

- **Le Fonds national de prévention a présenté son action en faveur des établissements publics de santé** aux directeurs des ressources humaines. Près de 120 participants à la conférence « GRH et qualité de vie au travail » ont ainsi pu prendre connaissance des expériences de l'Hôpital marin d'Hendaye et du Centre hospitalier spécialisé Charles Perrens réalisées dans le cadre du réseau aquitain Prismes, soutenu par le FNP. Leur témoignage est développé dans la seconde partie de ce dossier.

PRISMES Prévention des risques professionnels dans les métiers sur autrui

Plusieurs établissements aquitains connaissent et expriment des difficultés renvoyant aux questions de santé au travail (« troubles psychosociaux », « troubles musculosquelettiques », maintien dans l'emploi,...). La simultanéité de ces demandes et les similitudes perçues dans les problématiques ont été à l'origine

d'un projet de travail regroupant 5 établissements aquitains sur la prévention des risques professionnels dans les métiers dits « de travail sur autrui » ou des services et soins à la personne. Pour la réalisation du projet, le Fonds national a sollicité l'appui de l'Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail d'Aquitaine

- **Une deuxième conférence « Mobiliser les ressources externes pour l'amélioration des conditions de travail »** était co-animée par l'ANFH PACA (association nationale de formation hospitalière) et le FNP. Marc Dumon délégué régional ANFH PACA a montré l'intérêt d'une mise en réseau notamment avec l'exemple de « Pactes, projet d'amélioration des conditions de travail dans les établissements de santé », lancé en 2007 auprès de 27 établissements de santé en Languedoc Roussillon et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- **Enfin, sur la thématique : « Magnets Hospitals : attirer et fidéliser les professionnels »** la démarche ARIQ (Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins) entreprise à la Clinique Pasteur de Toulouse, a permis d'approcher la notion d'« hôpital attractif ».

Anne-Marie Pronost directrice adjointe de la clinique Pasteur a conclu son intervention en soulignant

le fait que : « *la qualité de vie au travail nécessite l'implication de tous les professionnels pour créer un environnement de travail permettant aux infirmières de se réaliser pleinement, de favoriser leur appartenance à l'institution, de créer un milieu où elles sont les acteurs au cœur du système et pour répondre aux objectifs de qualité des soins ; cette démarche est portée par le projet ARIQ* ».

La démarche s'inspire de l'étude pilote conduite en Belgique dans douze établissements présentant un faible niveau de rotation ou qui avaient obtenu des récompenses pour la qualité de leur management. La grille diagnostic des « magnets hospitals américains » qui arrivent à retenir les infirmier(e)s a servi de base pour mesurer le niveau plus ou moins important de qualité de vie au travail pour ces personnels. Il faut souligner que l'hôpital attractif belge ne s'est pas limité au personnel soignant, considérant qu'un projet doit être conduit en collaboration avec tous les secteurs (médical, administratif, technique,...).

L'hôpital attractif se définit autour de trois axes : le sens de la mission, le support organisationnel aux personnes et l'ouverture vers l'extérieur. Pour chacun de ces axes sont définies 7 dimensions qui comportent 19 références assorties de 8 critères d'évaluation permettant ainsi de déterminer le niveau de l'établissement.

Extrait des actes du séminaire HAS « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé » du 21 octobre 2010 - LES TROIS AXES

1. Sens de la mission

La mission définit la raison d'être de l'organisation. L'hôpital attractif est celui qui a réussi à définir un projet commun spécifique permettant de le reconnaître comme un centre d'excellence au niveau des soins, des innovations technologiques, de l'humanisation des soins et de l'équipement. Tous les établissements de l'échantillon sont parvenus à identifier le sens de leur mission. Le sens de la mission se décline en fonction des valeurs, de la vision stratégique et des politiques.

Les hôpitaux attractifs sont très horizontaux, ils évitent de multiplier le nombre de niveaux hiérarchiques entre la base opérationnelle et le top management de manière à ce que la prise de décision ait lieu au niveau opérationnel. La place centrale donnée au patient et l'engagement envers la qualité sont également au cœur du modèle. Chacun vise à adopter des modèles professionnels de soin et à conforter un respect mutuel entre les disciplines, notamment grâce à des prises de décision partagées.

Les hôpitaux attractifs se caractérisent ensuite par des dirigeants qui présentent des compétences de leadership particulières. Les leaders sont forts et visibles. Ils sont reconnus dans l'établissement et assurent une gestion participative des collaborateurs. Ces hôpitaux ont enfin la caractéristique de mener des activités de recherche, médicales mais aussi infirmières. On y reconnaît la capacité des infirmières à délivrer des soins de qualité. Celles qui détiennent un diplôme complémentaire peuvent exercer un rôle significatif de formation ou de recherche au sein de l'établissement.

2. Support organisationnel aux personnes

Les hôpitaux attractifs cherchent à apporter un travail porteur de sens et intéressant à l'ensemble des membres du personnel. Ils veillent à sortir tous les membres du personnel (y compris ceux qui exercent dans des domaines logistiques tels les personnels d'entretien ou des cuisines) d'une routine quotidienne, à leur assigner des projets et à cultiver leur potentiel et leurs compétences particulières, tels que des atouts linguistiques ou culturels par exemple. Dans certaines unités, les femmes de ménage sont intégrées dans les temps de communication parce qu'elles passent beaucoup de temps dans les chambres et observent des éléments qui peuvent avoir un apport significatif

pour l'équipe infirmière. Les hôpitaux attractifs multiplient les initiatives intéressantes pour favoriser l'équilibre entre famille et travail : aménagement des horaires dans les unités de soin, création de crèches dans les établissements, lits en pédiatrie pour les enfants malades du personnel,... Ils placent aux postes clés les individus qui excellent dans la gestion des personnes, ils valorisent et reconnaissent les contributions individuelles et enfin ils communiquent un profil de comportement éthique et intègre. Les axes clés de ces hôpitaux en termes de support organisationnel consistent donc à adopter des programmes et politiques de personnels créatifs et flexibles et à favoriser le développement professionnel. Ils établissent notamment des plans de formation individualisés liés aux compétences identifiées dès le recrutement de la personne. Celle-ci se voit alors fixer des objectifs à court et à moyen terme. Des formations adaptées et un encadrement par une infirmière plus ancienne lui permettent d'accéder à ces paliers de compétences. Dans les hôpitaux attractifs, les personnes expérimentées sont largement sollicitées pour assurer le mentorat des plus jeunes.

3. Ouverture vers l'extérieur

L'hôpital attractif crée des plateaux virtuels transversaux par exemple entre services de chirurgie, services de soin à domicile et soignants locaux. Les infirmières ou les kinésithérapeutes de l'extérieur peuvent être formés à l'approche utilisée à l'intérieur de l'hôpital. De même, les infirmières de l'hôpital peuvent apprendre des professionnels de terrain. Les hôpitaux attractifs s'associent avec des centres d'expertise et les institutions de financement des soins de santé pour réaliser des études, créer des partenariats. De nombreux accords de coopération sont signés entre hôpitaux. Les hôpitaux attractifs jouent aussi un rôle de santé publique. Ils mettent par exemple en place des journées de dépistage (obésité, mélanome malin, asthme,...) ou de vaccination. Ils montrent ainsi que l'hôpital n'est pas seulement le lieu où l'on vient quand on doit être hospitalisé.

La difficulté consiste à répondre à chacun des trois axes mais pas au détriment des deux autres. Les hôpitaux attractifs cherchent à assurer la prospérité institutionnelle dans le respect des services à la population, à favoriser le sentiment d'appartenance à l'établissement et à la communauté et à promouvoir le développement individuel tout en réalisant les missions de l'établissement.

La Haute autorité de santé a donné une impulsion forte en initiant deux rencontres, en 2010 puis en 2011, sur ces problématiques. Cette institution souhaite progressivement intégrer un regard « QVT » sur l'analyse des différentes thématiques de la certification.

Le regard de la Haute autorité de santé sur la qualité de vie au travail

La Haute autorité de santé (HAS) est chargée de la certification des établissements de santé publics et privés. Cette démarche repose sur une évaluation structurée, comportant un ensemble d'exigences et de critères à satisfaire et se déroule en plusieurs étapes : une auto-évaluation par les professionnels de l'établissement, une visite par des professionnels de santé experts-visiteurs, un rapport comportant d'éventuelles recommandations dont la diffusion est publique, et un mécanisme de suivi. Ainsi, chaque établissement de santé fait l'objet d'une visite de certification tous les quatre ans.

Intégrer la qualité de vie au travail dans le processus de certification



Des exigences relatives à la mise en place par les établissements de démarches sur la qualité de vie au travail, ont été introduites dans la dernière version du manuel de certification, dite « V2010 ». Elles complètent celles déjà présentes dans les manuels antérieurs sur la santé et la sécurité au travail.

Mais pourquoi une telle évolution ? « *L'hôpital n'est pas épargné par les phénomènes d'intensification du travail et d'augmentation des pathologies associées aux contextes professionnels* », souligne **Véronique Ghadi**, chef de projet au service développement de la certification de la Haute autorité de la santé. « *Lors d'une étude sur les attentes des professionnels hospitaliers en matière de certification que nous avons menées en 2007, la question des conditions de travail est apparue à plusieurs reprises* ».

À cette période, la HAS a également réalisé des entretiens sur le thème de la maltraitance ordinaire en interrogeant directement des patients ayant séjourné en établissement de santé. Or les résultats ont confirmé ce que certaines études internationales avaient démontré, à savoir, l'existence d'un lien entre la qualité des soins et la qualité de vie au travail. *« Des professionnels, confrontés à des difficultés répétées ou à modes d'organisation inadaptés peuvent être à l'origine de comportements maltraitants. Autrement dit, la bientraitance et plus largement la satisfaction des patients dépendent pour partie de la qualité de vie au travail du personnel qui les prend en charge ».*

Promouvoir une démarche globale

À travers sa mission de promotion de démarches d'amélioration de la qualité, la Haute autorité de santé a souhaité approfondir la question de la qualité de vie au travail afin de guider au mieux les établissements vers les approches les plus adaptées.

En 2010, la HAS a organisé un séminaire institutionnel sur ce thème, notamment avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), afin de mieux saisir les enjeux de qualité de soins liés à la vie au travail.

À cette occasion, la HAS a acquis la conviction de la nécessité d'aller plus loin dans la démarche, en engageant une réflexion collective avec l'ensemble des acteurs concernés. Ainsi,

Cette réflexion sur la qualité de vie au travail invite également la HAS à faire évoluer la certification dans sa capacité à appréhender les organisations réelles

outre la construction d'outils destinés aux 700 experts-visiteurs, l'élaboration d'un dispositif à destination des établissements de santé est menée en parallèle.

L'un des enjeux est de développer, dans les établissements,

des espaces de discussion et de confrontation autour du travail permettant d'améliorer l'organisation du travail et, par voie de conséquence, la qualité de vie au travail. L'objectif de la HAS est de progresser avec l'ensemble des acteurs des établissements de santé : *« Cette réflexion sur la qualité de vie au travail invite également la HAS à faire évoluer la certification dans sa capacité à appréhender les organisations réelles et à ne pas se cantonner à l'évaluation d'organisations qualité formelles, souvent perçues comme une contrainte supplémentaire par les personnels des établissements, et qui pourraient dans certains cas accroître les situations de souffrance »*, estime Véronique Ghadi.

Privilégier l'expérimentation

Ces réflexions et ces travaux ont notamment abouti à la réalisation d'un guide de visite sur la qualité de vie au travail à destination des experts-visiteurs. Dans ce cadre, les experts-visiteurs ont pour mission, non pas d'évaluer la qualité de vie au travail au sein d'un établissement, mais d'apprécier les démarches mises en œuvre pour la promouvoir. Les dimensions à explorer sont multiples ce qui conduit à une investigation transversale, allant au-delà de la seule prise en compte du critère considéré.

L'appréciation de la démarche qualité de vie au travail conduit à engager un dialogue sur le sujet avec les divers acteurs, la direction, la communauté médicale (médecins, soignants,...), l'encadrement, les professionnels et les partenaires sociaux.

Un test réalisé en 2011 auprès d'une trentaine d'établissements a permis d'affiner le contenu du guide et de préciser les éléments à investiguer : mobilisation de l'établissement sur ce thème, caractéristiques et organisation du travail, aménagement des locaux, gestion des ressources humaines,...). Par ailleurs, dans le cadre de la certification les établissements seront également amenés à s'auto-évaluer à partir d'outils mis à leur disposition par la HAS.

Pour Véronique Ghadi, il est nécessaire de passer d'une approche centrée sur la seule prévention du risque à une meilleure prise en compte des valeurs et des enjeux liés à l'organisation du travail : *« Cette évolution implique de nombreux acteurs (établissements, organisations syndicales, professionnels de santé,...) et doit privilégier une approche souple et non normative pour garantir le développement d'une culture et promouvoir les expérimentations ».*

Avec la prise en compte de la qualité de vie au travail dans le processus de certification, l'enjeu pour la HAS consiste donc à clarifier le sens de cette certification afin de la rendre plus efficace et plus pertinente, à l'adapter aux contraintes réelles des établissements et à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Il est nécessaire de passer d'une approche centrée sur la seule prévention du risque à une meilleure prise en compte des valeurs et des enjeux liés à l'organisation du travail

Pour en savoir plus :

L'espace consacré à la qualité de vie au travail sur le site de la Haute autorité de santé
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/qualite-de-vie-au-travail

II – L'apport de la recherche

Trois questions à...

Mathieu Detchessahar

Professeur des universités

à l'Institut d'Administration
des Entreprises (IAE) de Nantes

Membre du conseil scientifique

de l'Agence nationale pour l'amélioration
des conditions de travail (ANACT).



Quelle est la situation particulière de l'hôpital au regard de la qualité de vie au travail ?

J'ai étudié le thème de la qualité de vie au travail au cours de deux études récentes : l'une menée avec le soutien de l'Agence nationale de la recherche sur le lien entre QVT et organisation du travail dans l'industrie, la téléphonie et les établissements de santé, l'autre dans le cadre du projet PHARES (Projet hospitalier absentéisme recherche intervention santé au travail – voir p16) sur l'absentéisme dans les établissements de santé. Dans les deux cas, les études ont mis en évidence le rôle essentiel de l'encadrement de proximité dans la fabrique de la qualité de vie au travail.

Depuis plusieurs années, les cadres de premier niveau ont tendance à disparaître de la scène du travail : ils sont de moins en moins présents aux transmissions, dans les couloirs, les salles de soin et de pause, les chambres des patients,... Dans les établissements, ce retrait des cadres de santé a un impact très négatif car il se déroule alors que l'activité se tend en raison du contexte particulier de l'hôpital : réforme de la tarification, réduction des temps de séjour et accroissement des entrées/sorties de patients, réorganisation de l'offre de soins, pression des tutelles sur la réduction des déficits, manque de moyens,... Conséquence : le rôle de coordination fait défaut et les soignants sont livrés à eux-mêmes pour rechercher des solutions et faire face à leurs difficultés dans la gestion de leurs activités opérationnelles. À cela s'ajoutent les contraintes et les difficultés qui entourent le métier de soignant : pression des familles et des patients, « lourdeur » accrue des patients accueillis à l'hôpital,...

Comment expliquez-vous ce phénomène d'éloignement ?

Les managers de proximité s'éloignent du terrain pour remplir des tâches gestionnaires et de plus en plus administratives. Ils sont absorbés pour alimenter en informations ce que ce que j'appelle des « machines de gestion » comme le reporting, les plannings, la gestion de la qualité, la mise à jour des protocoles, la gestion administrative des entrées/sorties et la recherche de solution d'accueil « aval »,... Ils passent par ailleurs un temps considérable en réunion d'informations et en réunion projet. Ils participent aux différents groupes projets initiés par les pôles ou la direction des soins de l'établissement pour préparer les innovations de demain. Mais ces projets viennent le plus souvent d'ailleurs (tutelle, ARS, ministère,...) et ne vont pas forcément améliorer le quotidien immédiat des équipes de terrain dont ils ont la responsabilité.

Pour le cadre, les risques sont évidents : isolement, absence de communication sur le travail opérationnel et déconnexion progressive de la réalité du terrain. Les cadres s'en plaignent beaucoup. Pour leur part, les soignants ont le sentiment d'être délaissés dans leur travail quotidien et réclament un retour du manager dans la gestion de l'activité. Ils ont, de plus, le sentiment que leurs efforts dans l'activité ne sont pas reconnus puisque plus personne n'est là pour les constater.

Dans ces conditions, sur quels leviers agir pour trouver des solutions ?

Il est important de remettre le cadre de proximité au cœur de l'activité à travers l'accompagnement d'actions concrètes et la mise en place de processus de discussion sur le travail. Dans le cas particulier du secteur hospitalier, **la relation avec le médecin est également primordiale car les deux professionnels doivent former un duo**. Or, on voit encore à l'hôpital des périmètres managériaux qui empêchent le travail de proximité.

Pourtant, la question de la qualité de vie au travail est au cœur des préoccupations, en entreprise comme à l'hôpital. Il faut donc aider les cadres à retourner sur le terrain, notamment pour exercer une fonction de régulation, à s'interroger sur le sens du travail collectif et individuel.

Dans les collectifs qui fonctionnent bien, les temps d'échanges sur le travail sont vraiment centrés sur le travail.

Trois questions à...

Sébastien Damart

Professeur des universités
à l'Institut d'administration des entreprises
de Rouen et membre du projet PHARES
(Projet hospitalier absentéisme recherche
intervention santé au travail)

Pour y parvenir, la seule voie de la formation au management ne suffit pas. Il est plutôt nécessaire de travailler sur les fiches de poste et les périmètres managériaux des cadres afin de recentrer leur action sur la régulation du travail de soin. Pour cela, **il est également indispensable de réfléchir aux marges de manœuvre qui leur sont données pour animer les équipes et le travail opérationnel**.

Les études réalisées ont montré que dans les collectifs qui fonctionnent bien, les temps d'échanges sur le travail sont vraiment centrés sur le travail. **Ce ne sont pas des réunions de service visant à transmettre des informations ou à évoquer des projets stratégiques, mais des temps d'équipe orchestrant un dialogue sur le travail**. Ce temps de mise en discussion doit être fréquent. Si elle est trop épisodique, elle ne permet pas d'aborder les difficultés quotidiennes du travail. La question de l'animation est elle aussi essentielle. À titre personnel, je pense que les groupes de discussion doivent être animés en interne par les cadres de proximité, plutôt que par des prestataires externes ou des experts en « pratiques professionnelles ».



Quels liens existe-t-il entre absentéisme et qualité de vie au travail à l'hôpital ?

Dans les établissements de soins, ce lien n'est pas trivial, car quand il est identifié, il n'est pas systématiquement exploré. En milieu hospitalier, c'est avant tout la culture du patient et celle du soin qui dominant. Cela semble une évidence compte tenu de la vocation de l'hôpital. Le personnel soignant est d'ailleurs soumis à des contraintes de plus en plus fortes dans l'exercice de son activité. Des exigences accrues de la part des malades et de leur entourage, avec notamment une évolution des profils des patients à prendre en charge

(dépendance, âge, comportement,...), mais aussi des contraintes directement liées à l'environnement quotidien de travail : rythme, horaires, organisation, conditions d'exercice, charge de travail réelle et perçue,...

Pourtant, dans ce milieu difficile et exigeant sur le plan physique, psychique et émotionnel, les soignants font assez peu souvent le lien entre qualité de vie au travail et absentéisme. Ceux que nous avons interrogés dans le cadre du projet PHARES associent rarement TMS et absentéisme ou, plus largement, ergonomie et absentéisme. Dans ce contexte, la qualité de vie au travail repose davantage sur des notions d'organisation, de reconnaissance et de valorisation du travail et des compétences.

Comment les établissements prennent-ils en compte l'absentéisme ?

Tout d'abord, le projet PHARES a permis d'identifier différentes faiblesses dans la prise en compte et la gestion de ce phénomène dans les établissements de soins. La première se situe en amont et concerne, à mon avis, le manque de pilotage sur cette question et l'absence d'une vision précise sur l'ampleur et la réalité du phénomène. Dans l'ensemble, les établissements ne disposent ni d'une évaluation fiable de la perturbation liée à l'absentéisme, ni des outils d'aide à la décision pour la gestion des absences. Par ailleurs, le retour du salarié après une absence fait rarement l'objet d'un traitement particulier.

D'autres facteurs contribuent également à une mauvaise prise en compte du phénomène. Je pense notamment à la fragilité des dispositifs de concertation et de formation des consensus sur les pratiques professionnelles, de la quasi absence de gestion par les compétences, et du positionnement complexe de l'encadrement dans la gestion de l'absentéisme. Le management déserte de plus en plus le territoire du soignant et cet éloignement du terrain est perçu négativement par le personnel. Conséquence: les soignants se débrouillent par eux-mêmes pour gérer les situations.

Quelles sont les solutions qui permettent de lutter contre ce phénomène ?

En pratique, les établissements agissent de deux manières pour pallier les absences, soit en faisant appel à un pool régulier de remplaçants contractuels, soit en recherchant des solutions en interne en jouant sur l'élasticité du temps de travail des agents remplaçants (heures supplémentaires, gestion des temps de récupération, réaménagement des horaires, RTT,...). Il est d'ailleurs intéressant de noter que les établissements de santé étudiés dans le projet PHARES qui mettent en œuvre l'un ou l'autre de ces dispositifs, possèdent un taux d'absentéisme quasiment identique.

Il faut élaborer des outils de gestion de l'absentéisme qui fassent appel à une véritable innovation managériale.

Pour moi, les solutions et les leviers à privilégier sont ailleurs. Il faut élaborer des outils de gestion de l'absentéisme qui fassent appel à une véritable innovation managériale. **Même s'il n'existe pas de recette miracle, il est nécessaire d'agir sur plusieurs leviers à la fois et combiner des actions.** Cela passe par la reconquête de territoires vides comme le management de proximité, une formalisation et une codification de certains fonctionnements organisationnels et l'élaboration d'outils de pilotage managérial de l'absentéisme (aide à la décision, arbitrage, charte de l'absentéisme, entretien systématique au retour d'une absence, formalisation de procédures,...). Je pense également que la solution doit venir du terrain plutôt que d'être imposée « d'en haut ». Cela veut dire qu'il faut favoriser l'innovation, le partage d'expérience, l'expérimentation locale pour tenter de mettre fin aux routines inefficaces.

III – Qualité de vie au travail et promotion de la santé : quelles démarches ?

La plupart des projets conduits dans la fonction publique hospitalière avec le soutien du FNP, s'ils cherchent à prévenir les risques psychosociaux, les situations de violence ou l'absentéisme, comportent également, en lien avec la préservation de la santé des personnels, l'objectif de qualité de vie au travail.

Trois exemples illustrent cette recherche : l'évaluation des contraintes psycho organisationnelles au CHU de Grenoble, la démarche du Centre hospitalier inter-communal (CHI) du Bugeois et de la Vallée dans le cadre du réseau Phares et les démarches de l'hôpital d'Hendaye et du Centre hospitalier Charles Perrens dans le cadre du projet Prismes.

Les contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants : de la mesure à la prévention

Depuis le mois de juin 2012, le CHU de Grenoble pilote le projet ORSOSA 2 (Organisation des Soins et Santé des soignants) qui expérimente dans cinq établissements périphériques une méthode de prévention innovante pour la qualité de vie et la santé au travail.

Un outil de diagnostic orienté vers la prévention

La méthodologie a été testée par l'équipe du CHU de Grenoble. La démarche commence à se déployer dans cinq hôpitaux périphériques, ainsi que dans quatre autres CHU en lien avec des établissements de proximité. Elle prend appui sur le questionnaire NWI-EO élaboré dans le cadre du réseau CHU, au cours du projet ORSOSA 1 (voir encadré p14). Cet outil permet d'établir un diagnostic des contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) au niveau des unités de soins puis d'initier une démarche de prévention à partir de l'interprétation collective des forces et faiblesses ainsi identifiées.



« Cette approche de diagnostic rapide puis de prévention, au niveau des unités de soins, est différente des autres enquêtes que les établissements ont pu mettre en place. Il y a une complémentarité et non une

concurrence à mettre en exergue » indique **Régis de Gaudemaris** Professeur de médecine et santé au travail, CHU de Grenoble responsable du projet.

Ce questionnaire prend en compte le fonctionnement de l'unité de travail, et révèle les atouts et les points à améliorer à partir de 8 dimensions psychologiques et organisationnelles sur lesquelles il est possible d'apporter de la prévention. Les forces de l'unité correspondent à un faible niveau de contraintes ; à contrario, les éléments à améliorer sont représentés par un haut niveau de contraintes. À partir d'un seuil d'alerte, une dynamique de prévention peut être lancée.

« La démarche n'a pas pour but de proposer un outil « clé en mains » où un niveau de contraintes donné renverrait à une préconisation type, valable pour toute autre unité de travail. L'évaluation s'inscrit dans une création de dynamique d'équipe, où chacun a son rôle et sa fonction : c'est une aide permettant de donner les moyens d'améliorer le fonctionnement de l'unité » précise Régis de Gaudemaris.

ORSOSA 1 "Organisation des soins Santé des soignants" – questionnaire NWI-EO sur les contraintes psychologiques et organisationnelles dans une unité de soins

Dans le cadre d'un premier plan triennal, le réseau CHU, a effectué un recueil de données épidémiologiques de 2006 à 2008 sur 3 secteurs de soins (Chirurgie, médecine, urgences/réanimation) regroupant 210 unités fonctionnelles dans 7 CHU (Grenoble, Bordeaux, Nancy, Toulouse, Limoges, Lille et Strasbourg), soit une cohorte de 4600 soignants.

Ce chantier soutenu par le FNP a permis de créer et de valider le premier outil méthodologique d'évaluation du risque CPO en milieu de soin, le NWI-EO (Nursing Work Index – Extended Organizations), mais aussi d'améliorer la connaissance de leur impact sur la santé cardiovasculaire, la santé mentale et les TMS.

Le questionnaire reprend les éléments du R-NWI (Nursing Work Index-Revised), qui à partir de 15 questions portant sur les contraintes psychologiques au travail, est capable de discriminer les « magnet hospitals », ces hôpitaux qui arrivent à garder ou attirer leur personnel. Elles ont été complétées par des questions portant sur les dysfonctionnements organisationnels.

La validation du questionnaire NWI-EO qui comprend 22 questions, a mis en évidence 8 dimensions indépendantes qui renvoient chacune à des contraintes psychologiques ou organisationnelles sur lesquelles il est possible d'agir en prévention : organisation facilitant la communication ; soutien du cadre infirmier ; effectif suffisant dans le service ; interruptions dans le travail ; discussion avec le personnel soignant ; partage des valeurs de travail ; soutien de l'administration ; organisation permettant le respect des congés.

Une aide pour améliorer la qualité de vie au travail

L'expérimentation dans les CHU auxquels sont associés 5 hôpitaux de proximité se déroule en plusieurs phases. Toutes concourent à la mise en œuvre d'une dynamique collective pour rechercher des solutions pragmatiques. La détermination des unités de travail (unités fonctionnelles ou services) constitue une étape importante. Pour Régis de Gaudemaris « *il est primordial qu'elles soient adaptées à la prévention primaire, puisque l'outil a été conçu de manière à reconnaître les forces et faiblesses en amont des difficultés pouvant survenir.* »

L'intégration des cadres de proximité des équipes à la démarche s'avère aussi essentielle pour créer une dynamique de prévention collective à partir d'un diagnostic partagé sur le fonctionnement de l'unité, c'est-à-dire le management, l'organisation du travail.

Le diagnostic s'effectue tout d'abord sur la perception des CPO par les soignants. Le projet et le questionnaire sont présentés aux équipes afin d'exposer les différentes étapes. Une urne est déposée dans un lieu défini en accord avec le cadre permettant ainsi le recueil des questionnaires de manière anonyme. Les réponses sont ensuite saisies sur la plate-forme internet du logiciel (www.orsosa.fr). Cette phase reste très rapide compte tenu du fait que le questionnaire est court. L'analyse est automatique et peut s'exporter

dans différents formats de fichiers. Un seuil d'alerte s'affiche dès lors que le score moyen des réponses à une dimension dépasse un niveau défini.

Une approche de diagnostic plus longue est conduite ensuite par la (les) psychologue(s) du travail (non intégré à l'établissement). Le diagnostic issu du questionnaire est analysé par la psychologue du travail avec les cadres et les médecins, puis par l'équipe (IDE, AS, ASH) sans l'encadrement. Enfin, une réunion de l'ensemble de l'équipe avec la hiérarchie de proximité permet une analyse commune. Les différents échanges entre les acteurs permettent d'obtenir un consensus sur l'état des lieux qui génère une dynamique pour la recherche d'actions de prévention. Régis de Gaudemaris souligne toutefois : « *Nous insistons particulièrement sur l'implication de l'administration de l'établissement dans la prise de connaissance des propositions et dans le suivi. Ce système ne peut en effet fonctionner que si le management est impliqué.* »

Enfin une procédure de suivi est définie de manière à inscrire et pérenniser la démarche dans l'unité et dans l'établissement. Un nouveau diagnostic sera réalisé au terme de deux ans afin de relever les évolutions.

CPO : ensemble des contraintes psychologiques, mentales, sociales et organisationnelles au travail susceptibles d'induire des effets néfastes sur la santé.

Phares : Projet hospitalier absentéisme recherche intervention santé au travail

Afin de mieux cerner le phénomène de l'absentéisme à l'hôpital et de rechercher des solutions pour limiter son impact sur l'activité des hôpitaux ainsi que sur la qualité de vie au travail des agents, le projet Phares explore différentes pistes en étroite collaboration avec dix établissements pilotes.

Trois questions à...

Anne-Marie Lemessager

directrice du centre hospitalier intercommunal (CHI),
du Baugeois et de la Vallée.

Pourquoi avoir choisi de participer au projet Phares ?

Notre établissement implanté dans le Maine-et-Loire regroupe deux hôpitaux locaux et deux établissements d'hébergement pour personnes handicapées dépendantes (Ehpad). Confronté à un problème d'absentéisme récurrent, notamment dans les Ehpad, nous avons mis en place un dispositif de remplacement reposant sur un pool de contractuels chargés de pallier les absences du personnel. Ce système, mis en place au moment du passage aux 35 heures, est pratique mais coûteux et entraîne malgré tout une certaine insatisfaction au sein des équipes en matière de qualité de travail. Ayant appris l'existence du projet Phares, **nous avons choisi d'y participer afin de bénéficier d'un diagnostic détaillé sur l'absentéisme et de rechercher de nouveaux modes de fonctionnement et d'organisation** pour limiter son impact et **améliorer la qualité de vie au travail des agents**.

Le mode de remplacement « un pour un » répond-il à vos attentes ?

Cela peut sembler une solution de facilité, mais travailler avec un remplaçant est parfois plus compliqué et aboutit paradoxalement, dans certains cas, à une surcharge de travail pour les équipes en place en raison d'un manque d'adaptation du remplaçant, et surtout du ralentissement provoqué par son manque de connaissance du fonctionnement des équipes. Par ailleurs, cela engendre également une certaine démotivation du personnel titulaire qui a tendance



à se dire : « *puisque je suis remplacé, mon absence n'a pas d'impact sur le travail de mes collègues* ». Autrement dit, cela fragilise la notion du travail en équipe et renforce le sentiment d'isolement que peuvent ressentir certains agents dans l'exercice de leur profession.

Qu'attendez-vous de votre participation au projet Phares ?

Grâce au travail mené sur place par les chercheurs rattachés au projet, à travers les entretiens, les réunions et les visites sur site, nous avons pu mieux appréhender l'absentéisme dans son ensemble, déterminer ses conséquences sur l'organisation du travail, évaluer ses répercussions en matière de qualité de vie et de bien-être au travail et rechercher des solutions pour limiter l'impact de l'absentéisme et, enfin tester de nouveaux modes d'organisation.

Parmi les pistes possibles, nous envisageons de faire coexister le recours au remplacement et le travail en « sous-effectifs », dès lors qu'il reste limité, en renonçant au remplacement. Par ailleurs, la gestion des remplacements est désormais gérée par les cadres de santé dans les services et non plus par la DRH, afin de mieux répondre aux besoins du terrain. Pour ce qui est du travail en effectif, **nous voyons des solutions émerger des agents eux-mêmes à partir du groupe de travail que nous avons mis en place dans le cadre du projet Phares**.

Plusieurs pistes sont en cours d'étude comme la modification des horaires sur la journée pour absorber les absences, ou le recours à l'entraide entre services d'un même établissement voire la participation des agents d'autres établissements du CHI. Parallèlement, notre cellule de santé au travail a entamé une réflexion sur les causes de l'absentéisme et sur les mesures préventives à mettre en œuvre dans ce domaine.

Car la **démarche que nous avons engagée à travers le projet Phares** montre à l'évidence que **l'absentéisme et les modes d'organisation du travail sont corrélés**. Quelles que soient les solutions que nous mettrons en œuvre, elles seront intégrées dans une charte de l'absentéisme actuellement en cours d'élaboration.

PHARES

Soutenu depuis 2009, par l'Agence régionale de santé des Pays-de-la-Loire (ARS), le FNP, la Fédération hospitalière de France (FHF) et sa fédération régionale (FHR Pays-de-la-Loire), le projet Phares associe la recherche en cours sur la question de l'absentéisme, aux démarches menées par des établissements de santé des Pays-de-la-Loire pour faire face à ce problème.

Il a pour objectifs de réaliser des diagnostics, et étudier les mécanismes de l'absentéisme dans les différentes structures afin d'élaborer des plans d'actions. « Il s'agit d'une démarche de recherche-intervention qui intègre une forte présence sur le terrain aux côtés de l'ensemble des acteurs concernés par le phénomène dans les établissements », explique Laurent Brami, responsable de la coordination du projet Phares.

Phares a été présenté au salon Hôpital Expo le 23 mai 2012, dans le cadre d'un atelier intitulé : « Qualité de vie au travail, quel intérêt à agir ? ».

Les résultats attendus pour la fin de l'année 2012 doivent aboutir à la mise en évidence de leviers de transformation, ainsi que d'outils de correction et de prévention transférables à d'autres établissements de santé.

Les établissements : CHS Allonnes – Hôpital local de Savenay – CHU de Nantes – Hôpital local Sud-Ouest Mayennais – Pôle Santé Sarthe et Loir – CHU d'Angers, CHS Georges Mazurelle, EHPAD Saint-Brevin, hôpital intercommunal du Baugeois et de la Vallée et hôpital de Beaujet.

Projet PRISMES : les démarches de l'hôpital marin d'Hendaye et du CHS Charles Perrens

Prévenir les risques psychosociaux ou les troubles musculosquelettiques implique la recherche de facteurs offrant un environnement de travail de qualité favorisant la santé de tous. Cette démarche est illustrée par les actions mises en œuvre dans deux établissements avec le soutien du FNP.

Innover à l'Hôpital d'Hendaye

L'hôpital marin d'Hendaye, spécialisé dans l'accueil de patients très handicapés, est confronté depuis 2004 à des mutations profondes marquées par la prise en charge de situations de plus en plus lourdes pour son personnel. Il a souhaité participer au projet Prismes, notamment afin de mieux comprendre les mécanismes à l'origine d'un niveau élevé d'absentéisme et de réduire les arrêts liés aux accidents du travail.

L'hôpital compte 600 agents répartis au sein d'équipes travaillant en réseaux avec les hôpitaux parisiens de l'AP-HP. À l'origine, conçu comme établissement de moyen séjour, il compte aujourd'hui 320 lits de long séjour répartis sur 2 pôles regroupant 4 unités fonctionnelles :

Le Pôle 1 (soins de suite réadaptation, handicaps lourds et maladies Rares neurologiques)

Le Pôle 2 (maladies rares et troubles du comportement)

Une innovation : la commission d'admission pour les patients lourds

Deux sites pilotes appartenant à deux pôles distincts et différant sur de nombreux points ont été choisis pour approfondir la démarche, à l'issue du diagnostic réalisé par l'Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail d'Aquitaine (ARACT).

Le pavillon Ribadeau (Pôle 1), unité de rééducation et de réadaptation, accueille des adolescents et des adultes lourdement handicapés : pathologies neuromusculaires, pathologies neurodégénératives, traumatismes crâniens, blessés médullaires, para et tétraplégiques, adultes polyhandicapés et Infirmités Moteurs Cérébraux.

Le pavillon Trousseau (Pôle 2), unité fonctionnelle pour patients avec troubles autistiques offre 120 lits spécialisés dans la prise en charge d'adultes autistes en séjour de longue durée.

Les deux unités appartiennent à deux pôles distincts et diffèrent sur de nombreux points (patients accueillis, vétusté,...). Ces différences permettent d'assurer une meilleure représentativité des conditions de travail dans l'établissement.

« Une fois le patient sorti de réanimation, sa prise en charge en moyen séjour est extrêmement lourde pour le personnel. Mais les visions étaient divergentes et parfois contradictoires entre les médecins, les kinésithérapeutes, les équipes soignantes et l'administration. Chacun défend sa vision et répond à une logique propre qui ne correspond pas forcément à celle des autres » explique Jean-Pierre Aubin, directeur de l'hôpital. La logique médicale (intérêt du patient, rareté de la pathologie,...), l'emporte généralement sur les conditions de travail du personnel soignant ou sur le coût financier pour l'hôpital.

Afin d'harmoniser les points de vue et surtout de réguler la charge de travail en fonction des ressources présentes, **l'hôpital a mis en place une commission d'admission pour les entrées** programmées en moyen séjour. Cette nouvelle instance, qui se réunit une fois par semaine, regroupe notamment le médecin chef du pôle concerné, le cadre paramédical, le cadre de santé et la directrice de soins. *« La cellule constitue une réelle démarche de concertation entre les différentes logiques de l'hôpital (administrative, médicale et de soins), qui jusqu'ici ne dialoguaient pas ou très peu »*, se félicite Jean-Pierre Aubin.

Une réflexion sur les parcours professionnels

L'hôpital a également souhaité engager une réflexion sur les parcours professionnels et les souhaits d'évolution. *« Au-delà de la fatigue physique vécue par le personnel, l'absence de progrès chez les patients induit une usure et un certain découragement. Cette perte de motivation n'a rien à voir avec le dévouement et le professionnalisme dont font preuve les soignants, mais il faut la prendre en compte et y apporter une solution »*, reconnaît Jean- Pierre Aubin.

Le personnel soignant est ainsi régulièrement invité à changer de service. Les modalités de prise en charge sont très différentes entre un patient autiste profond et un malade lourdement handicapé physiquement. L'approche du patient, les gestes à réaliser et les équipes médicales diffèrent. Cela permet de vivre autre chose et d'enrichir ses compétences professionnelles.

Promouvoir le bien-être au travail au CHS Charles Perrens

Promotion du bien-être au travail au CHS Charles Perrens Dans le cadre du projet Prismes, le Centre hospitalier spécialisé Charles Perrens de Bordeaux poursuit une démarche globale de prévention des risques psychosociaux et des situations de violence.

Le CHS Charles Perrens est le plus important des trois établissements psychiatriques présents en Gironde. Il accueille près de 22 000 patients originaires pour la plupart de la région Aquitaine. Pour assurer le fonctionnement du CHS, plus de 1 500 agents, dont 750 infirmiers travaillent au sein de l'établissement.

7 pôles cliniques (issus de 9 secteurs psychiatrie adultes – 4 inter secteurs pédopsychiatrie et addictologie) – 1 pôle médico-technique – 1 pôle administratif – 1 MAS (Maison d'accueil spécialisée).

L'établissement est référent régional pour la périnatalité, l'autisme, les troubles bipolaires, l'anxiété, la dépression, les addictions et la prise en charge des délinquants sexuels. Il a en charge le SMPR (service médico-psychologique régional) destiné à la prise en charge des détenus.

Fédérer les acteurs autour de la prévention des risques

Inscrite dans le projet social de l'établissement, la démarche initiée en décembre 2009 dans deux pôles a permis de mettre en place une organisation dédiée à l'élaboration d'un plan de prévention des risques psychosociaux. Pour assurer la conduite du projet, le CHS a créé un comité de pilotage composé de représentants de la direction, du corps médical, du médecin du travail et du personnel, ainsi qu'un groupe projet. Des moyens opérationnels ont été alloués : une cellule RPS pour l'établissement et une unité PRAP (Prévention des risques liés à l'activité physique). D'autres acteurs et services de l'établissement ont participé à la démarche : la médecine au travail, l'assistante sociale du personnel, la cellule « qualité & gestion des risques », la formation continue, le groupe transversal développement durable et la cellule communication.

Engager et pérenniser un plan de prévention des risques psychosociaux

Une première étape a porté sur l'analyse des situations de travail (confiée à un intervenant extérieur ergonomiste), des causes d'absentéisme et des arrêts de travail. Un audit interne mené au sein de l'un des pôles de l'établissement, a identifié les déterminants psychosociaux de l'environnement professionnel des infirmiers pouvant conduire aux absences de courte durée. Une information-sensibilisation sur les risques psychosociaux et les troubles musculosquelettiques a été dispensée aux membres du CHSCT. Sur ces bases, le CHS a engagé une démarche pérenne autour de trois axes de travail : amélioration des organisations de travail avec les acteurs concernés, accompagnement des personnes en situation de management, et communication renforcée, garante de la concertation dans les unités.

Afin de fédérer l'encadrement autour d'une politique d'identification et de prévention des RPS, et de fiabiliser la démarche, une formation des responsables managers a été réalisée, avec pour objectif de les aider à mieux intégrer le facteur humain dans les prises de décision. La communication sur la démarche s'est déroulée à deux niveaux : l'établissement et au sein des pôles.

Favoriser la santé et le bien-être au travail

La démarche de prévention des risques psychosociaux du CHS va au delà de l'identification des risques et de la recherche des moyens pour les éviter ou les limiter. **L'objectif est de mieux accompagner les changements et d'améliorer la prise en compte du facteur humain. À cette fin, il est important de mettre en place un management de proximité formé d'un binôme Médecin-cadre** développant le respect, la communication et la participation, notamment dans l'organisation du travail, ou en d'autres termes d'instaurer une culture du mieux vivre ensemble.

L'impulsion est donnée au plus haut niveau : une lettre de la direction, spéciale « bien-être au travail » décembre 2011 a lancé le programme 2012 pour l'établissement. Celui-ci invitait à une réflexion sur le thème « bien-être au travail, l'affaire de tous » : place de l'action individuelle dans le fonctionnement de l'institution. Deux colloques organisés : « Quand le travail fait mal » et « Bien-être à l'hôpital de la bienveillance dans les soins à la bientraitance des soignants » ont été complétés par une journée « prévention du stress » le 27 septembre 2012.

Une attention particulière est accordée au projet qui entre dans une phase de généralisation à tout l'établissement. Pour le directeur des ressources humaines, **Christian Sangar** « *les personnels hospitaliers et plus particulièrement les soignants sont confrontés au défi d'une recherche d'efficience nécessairement tributaire de leur propre bien-être au travail. À l'évidence le bien-être de l'agent bénéficie à l'institution qui répond par la même à une exigence de responsabilité sociale. Les intérêts de l'agent et de l'institution convergent dans la préservation du bien commun.* »

