

Colloque de l'observatoire national de la Qualité de Vie au Travail

des professionnels de santé et du médico-social

- 29 novembre 2019 -

Ouverture du colloque

Mme Stéphanie DECOOPMAN

*Adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins*

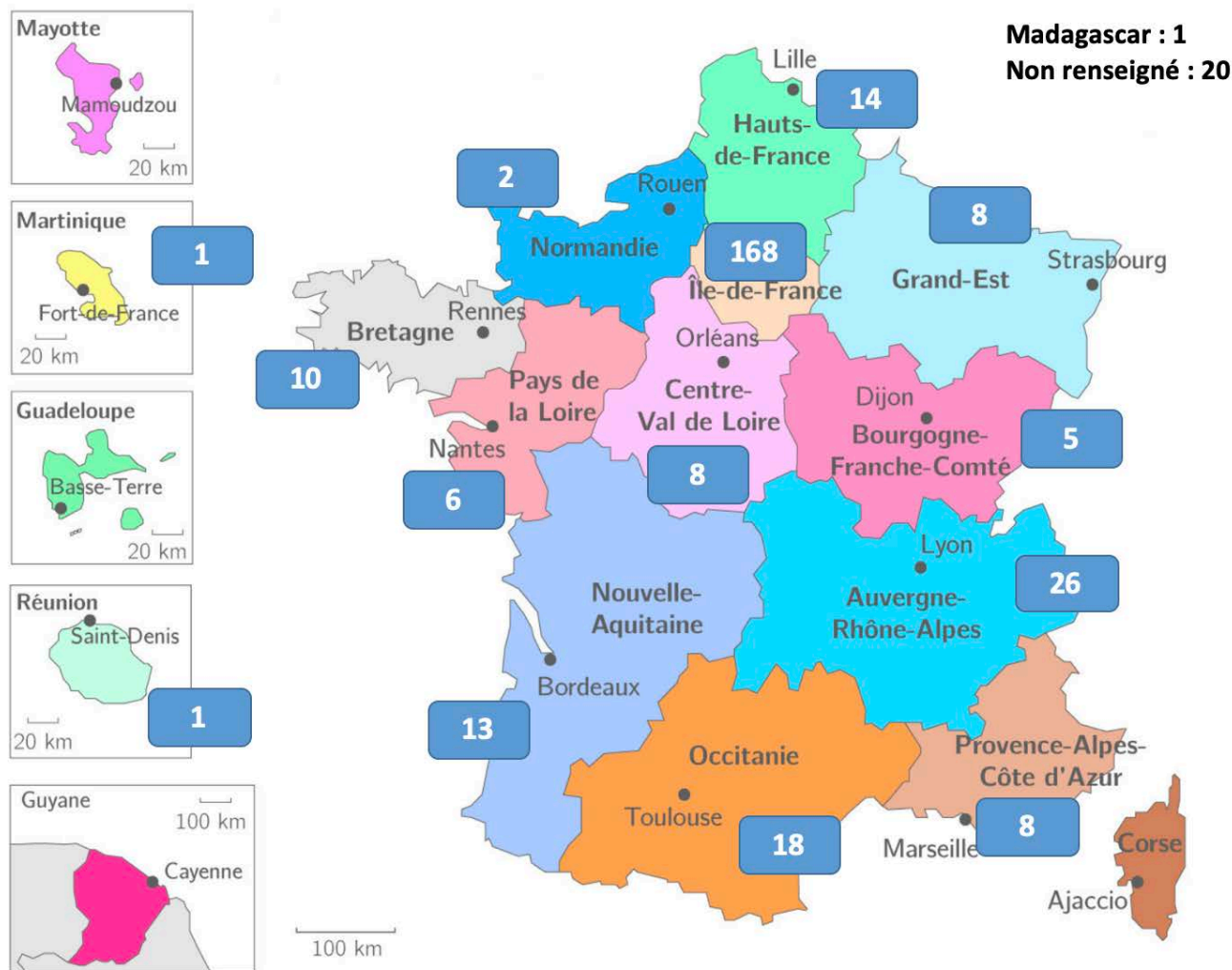
Propos introductifs

Pr Philippe COLOMBAT

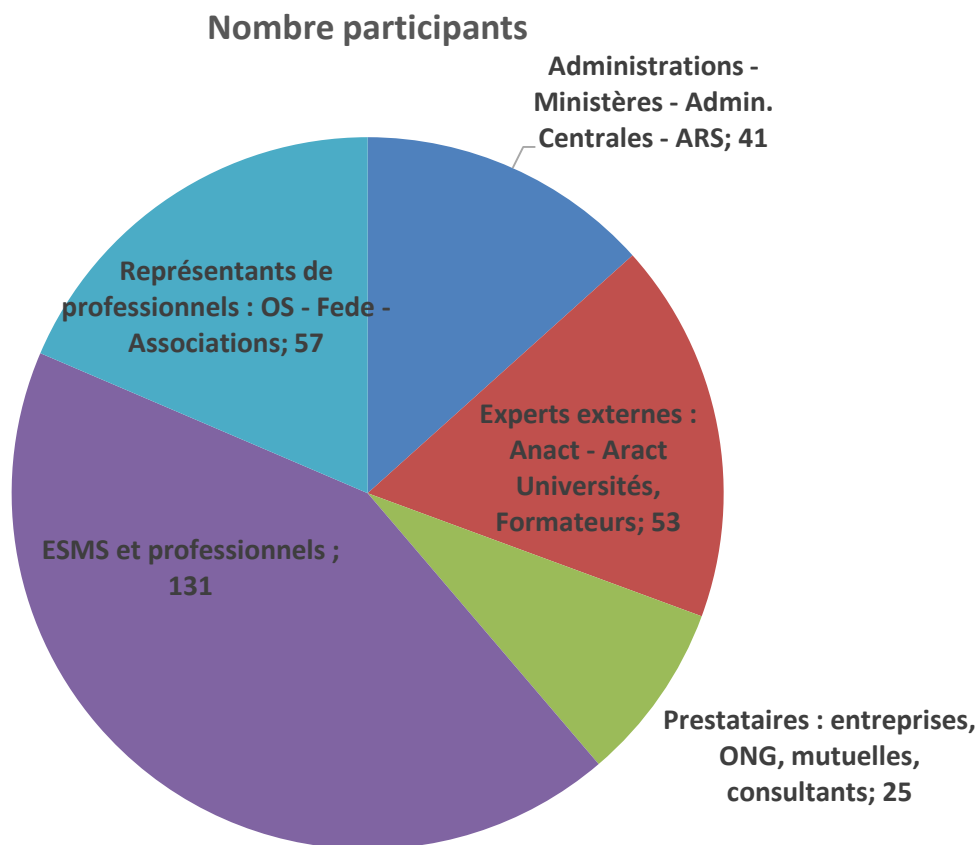
*Président de l'observatoire national de la Qualité de vie au travail
des professionnels de santé et du médico-social*

Cartographie des participants

Répartition géographique



Cartographie des participants



Point d'actualité sur les démarches QVT dans le secteur médico-social

Virginie LASSERRE

Directrice générale de la cohésion sociale

Restitution et enrichissement des réflexions et propositions des groupes de travail de l'observatoire

Animation par Mme Noémie GILLIOTTE
Rédactrice en chef du magazine Direction(s)

La QVT, socle des collectifs de travail et pilier des organisations ?

*Présentation des réflexions du groupe de travail
Mme le Dr Marie-Christine KAYAL-BECQ*

Le groupe de travail : un collectif

- **REPRESENTANTS DES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO SOCIAL**

- Michel BEY
- Thierry BOSCARIOL
- Dr Laetitia BOURDON
- Valérie BRUNIER
- Patrick DELAMARE et Julien DUPAIN
- Gaëtane FAY-HENRY et Laurent RICCI
- Carole GENDRY
- Rozenn GUEGUEN
- Georges KAPLANSKI
- Dr Marie-Christine KAYAL-BECQ
- Julie KERBART
- Dr Sonia LAZAROVICI
- Florence LIAUNET
- William PEREL
- Isabelle RIOM

FNEHAD
UNISS
MG France
FHF
CH-FO
ANdEP
CDGCHU
CFDT santé –sociaux
ARS-PACA
SNAMHP
ANESF
CPCMECH
CCFUO
CFE-CGC
ISNI

- **Membre de l'observatoire et Président** : Pr Philippe COLOMBAT

- **DGOS**

- Alexandre FOURNIER
- Alexandra ORFANOS

- **DGCS**

- Mathilde DUVAL

1^{er} Mars 2019

Une méthode vers un But

- Présentation et méthodologie de l'observatoire
- Désignation d'un responsable et d'un coresponsable
- Constitution de sous groupes de travail
 - La définition des collectifs
 - Les ressources à mobiliser
 - Les impacts des collectifs de travail sur la QVT
- 4 réunions de travail présentiellles
 - 17 avril
 - 21 juin
 - 25 septembre
 - 15 novembre
- Audition de personnes ressources
 - Marc LORIOL, sociologue
 - Edouard COUTY, Médiateur National

LA QVT

Accord National Interprofessionnel

19 juin 2013

Article 1er

Définition de la qualité de vie au travail

La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise.

Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.

Ainsi conçue, la qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle est un des éléments constitutifs d'une responsabilité sociale d'entreprise

Vers une conception partagée du travail

Définition du collectif

Marc LORIO

Une équipe de travail, de professionnels en interaction qui vont essayer de définir leurs objectifs et les bonnes manières de travailler ensemble. Cette définition doit être partagée par tous , rediscutée pour parvenir à une même conception de « beau travail »

Particularisme de l'Univers Hospitalier

Edouard COUTY

Lieu de rivalités et d'affrontements, culture de la compétition

Les contraintes médico-économiques

Le ruissellement du stress

Conciliation, médiation

Notre définition du collectif

Le collectif de travail s'inscrit dans une dimension multifactorielle tenant en compte à la fois la notion d'individu et de rapports sociaux, la notion d'espace et de temporalité et la notion de missions partagées

- Dans la dimension du soin et du médico-social
- Il est animé par un responsable garant de la démarche
- Il appartient souvent à une collectivité

LES CONSTATS

Les contraintes médico économiques / les incontournables moyens

- Échelles de temps et d'espace inadaptées / retrouver une dimension humaine et libérer du temps pour l'expression du collectif de travail
- Un management comptable / organisationnel
- Réduction de la place de la formation, absence de formation en management / nécessité d'adaptation
- Dégradation des conditions matérielles d'exercices / qualité du collectif

LES CONSTATS

La perte de sens au travail / l'éthique du soin

- Organisation en silo / valeurs partagées et cahier des charges commun
- Management par la peur / éthique managériale
- Évolution sociétale, isolement / richesse transgénérationnelle, l'équilibre vie perso-vie pro, la place du patient

Les zones de fracture

Comment passer de l'hétérogène à l'homogène...

LA QVT

Le socle du collectif

Un objectif commun axé sur la prise en charge de la
santé

Pour un collectif à multiples facettes

Dans espace-temps à dimension humaine

LES PROPOSITIONS (1/2)

L'implication de la gouvernance est l'élément majeur pour embarquer les équipes dans une logique d'amélioration du fonctionnement des collectifs de travail (exemplarité, incarner)

- Privilégier le management par la confiance plutôt que le management par le réglementaire et le normatif
- Définir un niveau adapté d'autonomie et d'initiative au groupe, à l'équipe, place à l'intelligence collective
- Préserver les rythmes de travail, rendre obligatoire les espaces de discussion (EDD) et d'écoute pour parler sur le travail
- Prévoir une politique d'accueil et d'intégration pour les nouveaux arrivants

LES PROPOSITIONS (2/2)

- Enclencher une politique de formation initiale
 - Interdisciplinarité, tutorat
 - Management
 - Renforcement du partenariat avec les instituts de formation
- Développer une politique de formation continue
 - Interdisciplinarité
 - Management
- Repenser la promotion professionnelle comme vecteur d'attractivité
- Utiliser les outils de gestion des risques comme levier d'amélioration du collectif de travail
- Intégrer et valoriser les éléments symboliques (sens et reconnaissance) pour fédérer le collectif
- Ouvrir la notion de collectif aux usagers et aux aidants

LES QUESTIONS EN SUSPENS

« Dans le stress naît le conflit, il est à détecter le plus tôt possible au bénéfice des personnes et de l'équipe » *E Couty*

- Au delà de la constitution d'un collectif, comment le pérennise t-on dans un monde en mouvement ?
- Quels indicateurs utiliser pour évaluer la réussite du collectif et son impact sur la QVT ?
- Quels types de formation pour les futurs managers ? (médecins, cadres, directeurs) ?

LES INCONTOURNABLES

« La QVT au travail des collectifs est un élément majeur de la qualité et de la sécurité des prises en soins des patients » *V GHADI, HAS*

- L'éthique managériale à tous les étages
- La fluidité de la communication
- L'élaboration d'un projet de soins tripartite médico-soignant-usager au service de la qualité du prendre soin et de l'accompagnement social et médico social



« Tout le monde humain est un ballet de regards et de paroles, qui permet l'ajustement d'un geste ou d'une action. C'est dans la résonnance de la relation humaine que débute le collectif »

P. Chabot , 2019, traité des libres qualités



QVT et restructurations

Présentation des réflexions du groupe de travail
Nathalie MARCZAK

Éléments de problématique



- Transformations du système de santé : de très nombreux changements organisationnels qui touchent aux conditions de travail
- Des liens documentés entre QVT et qualité des soins
- L'abondance des outils, guides, dispositifs



- L'expression récurrente d'une dégradation de la QVT



Objectifs et méthode (1)

- Comprendre comment les transformations portées par les restructurations impactent l'activité des professionnels, le travail réel, la QVT,
 - Eclairer ces liens pour repérer les facteurs déterminants de la QVT
 - Apporter et analyser des témoignages au plus près du travail réel, de la réalité vécue
- questionnaires + cas rapportés → analyse de groupe

Objectifs et méthode (2)



- Un groupe nombreux (+15) ouvert sur les différentes parties prenantes du système de santé puis plus restreint (8) aux représentants des établissements et majoritairement des pilotes
- Apports méthodologiques et conceptuels externes
- 5 réunions plénières + séances intersessions
- 3 sous-thèmes et 3 sous-groupes de travail

Définitions

- **QVT** : Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et agir sur son contenu
→ perception de la QVT
 - Indissociable de la santé au travail
 - Indissociable de la qualité du travail

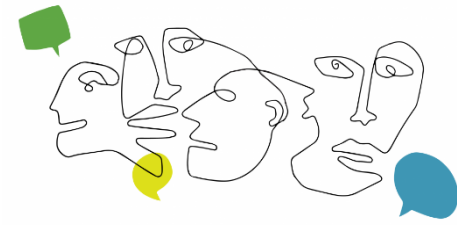


Définitions



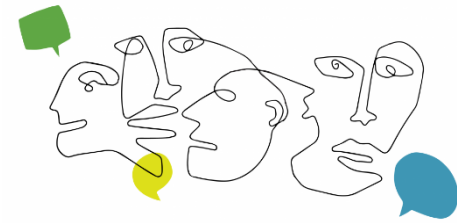
- **Restructuration** : processus dynamique de changement de l'organisation de la production de soin,
 - Entraîne une transformation du travail (contenu, conditions, organisation, relations professionnelles)
 - conduit les professionnels à réajuster leurs critères de la qualité du travail (leur conception du travail bien fait)
 - Motifs : budgétaire, qualité, économique
 - 4 familles : fusion/coopération ; Fermeture/délocalisation ; Restructuration de gouvernance ; Changement d'organisation d'une activité

Propos de professionnels



- « Nous avons subi cette réforme qui nous a été imposée »
- « Je ne maîtrise pas les raisons objectives qui motivent la restructuration, le pour quoi faire »
- « Les paramédicaux s'adapteront »
- « Restructuration à marche forcée »
- « il y a 6 millions de chômeurs, alors si vous n'êtes pas contents, la porte est grande ouverte »
- « On est devenu des robots à faire des chimios »
- « On est des pions »
- « Je me demande quelle est ma plus-value »

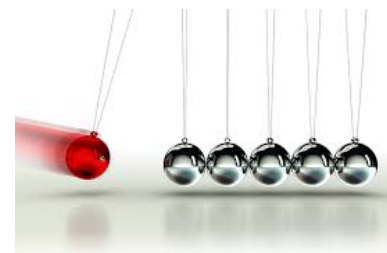
Propos de professionnels



- « on n'a pas tenu compte des compétences et des qualités professionnelles mises en œuvre antérieurement »
- « il faut être en bonne santé, en bonne forme et entouré. On est plus intelligents à plusieurs »
- « Cette transformation me fait peur : je vais devenir un directeur comme je ne veux pas devenir, un supra directeur »
- « J'ai du mal à gérer un hosto sans être sur place et savoir de quoi je parle »
- « On ne rentre pas serein, car on a peur d'avoir oublié quelque chose »

Liens QVT – restructurations/ impacts

- Mesurer l'impact ? → la place des indicateurs
- Pas de différence d'expression selon les types de restructuration
- Peu d'effets d'amélioration de la QVT décrits



Les effets ressentis :

- Dégradation des conditions, de l'organisation du travail
- Déclassement et manque de reconnaissance
- Surtout des effets sur la qualité du travail effectué : « *souffrir de ne pas pouvoir faire son travail correctement* »
- La qualité du soin empêchée
- La perte de sens : quel est le sens de mon travail ? Puis de l'utilité
- La déstabilisation liée aux restructurations répétées

Liens QVT – restructurations / analyse

- une justification économique qui l’emporte y compris dans l’évaluation
 - Une consultation des professionnels souvent non suivie d’effets = manque d’implication et d’association
 - La QVT : sujet secondaire, la QVT des pilotes : sujet inexistant ?
 - Le sentiment d’un manque d’accompagnement
 - L’utilisation limitée des outils et dispositifs ?
 - Des organisations nouvelles peu propices (éclatement et gigantisme)
 - La violence, la vitesse, la multiplication des réorganisations
- ➔ la qualité générale du management et du dialogue social

Facteurs déterminants / points d'attention (1)

- Quel est le sens partageable de la restructuration ? Pour quoi faire ? → la mission de soin adaptée au besoin
- La manière de faire, le pilotage
 - Temporalités
 - Information et communication à toutes les phases
 - Participation des professionnels :
 - Qualité du dialogue social
 - Existence du dialogue professionnel
 - être consulté n'est pas participer
 - Pilotes et pilotage : les outils, les consultants, la marge de manœuvre



Facteurs déterminants / points d'attention (2)

- Les conditions de la conduite d'une transformation
 - La marge de manœuvre, la capacité d'agir, d'adapter
 - L'écoute des craintes et attraites suscités
 - La gestion du désaccord
- L'accompagnement des individus
- L'évaluation préalable et suivi
 - Étude d'impact (risques)
 - Le suivi au long cours



Propositions (1)



- Mettre les hommes et les femmes, professionnels et patients, au cœur des restructurations
- Partager le sens et les finalités de la restructuration : la qualité du travail et du soin
- Construire et entretenir les conditions du dialogue social et professionnel à tous les niveaux pour assurer la participation : (instances de dialogue, espaces de discussion, médiation)
- Renforcer la formation initiale et continue de tous les pilotes

Propositions (2)



- Remettre les managers de proximité sur le terrain du travail réel pour conduire le dialogue professionnel, leur laisser des marges de manœuvre, assurer leur gestion RH
- Autoriser l'expérimentation, les réponses particulières, le retour en arrière, la correction, le renoncement = laisser des marges de manœuvre aux pilotes
- Pas de QVT sans santé au travail : suivi de la santé par des équipes de santé eu travail
- Agir pour un système de santé durable et responsable à l'égard des professionnels

Conclusion : inverser la tendance

- Faire de la restructuration un moyen de faire advenir la QVT comme
 - levier de la qualité des soins et accompagnements
 - facteur de la performance du système de santé
 - Pilier de la responsabilité sociale des établissements



Questions en suspens



- Quelle formation initiale et continue pour les pilotes de restructuration ? Et quel accompagnement ?
- Quelle place pour les indicateurs de la QVT dans les restructurations ?
- Comment prendre en considération les logiques à l'œuvre dans les décisions de restructuration : économique, sécurité, qualité des soins, travail de qualité ?
- Quel rythme et quelle récurrence pour les réformes d'organisation ?

Les nouvelles technologies, entre ressources et contraintes pour la QVT

*Présentation des réflexions du groupe de travail
Elise DUFOUR et Jean-François TIREFORT*

1. Méthodologie du groupe de travail

2. Introduction

3. Une multiplicité de Systèmes d'Information

4. Les usages du numérique

5. Expérimentations locales

6. Conclusion



1. Méthodologie du groupe de travail



Pluriprofessionnalité

UNE COMPOSITION PLURIPROFESSIONNELLE

- **REPRESENTANTS DES SECTEURS SANITAIRE ET MEDICO SOCIAL**

– Michèle APPELSHAEUSER	CEFIEC (Comité d'entente des formations infirmières et cadres)
– Paul-Louis BOVALIS	ANEPF (association nationale des étudiants en pharmacie de France)
– Florence BRAUD	FNAAS (fédération nationale des associations d'aides soignantes)
– Elise DUFOUR	ONSSF (organisation nationale des syndicats de sages-femmes)
– Anne DONNET et Eric BORD	Conférence des Psdt de CME de CHU
– Marianne FADDOUL	FAGE (fédé des associations générales étudiantes)
– Catherine FOURMENT	ANdEP (association nationale des directeurs d'école paramédicale)
– Clara HAMMER et Dimitri ALLEMAND	FNESI (fédération nationale des étudiants en soins infirmiers)
– Badis HADROUF	MG France (syndicat de médecine générale)
– Cynthia LIONS	SNAO (syndicat national autonome des orthoptistes)
– Moïse MICHEL et Aurélie TRUFFOT	FNSIP (internes pharma biologistes)
– Marie PELAT	FNADEPA (fédération des directeurs d'établissement pour personnes âgées)
– Camille PIERLOVISI	ARS Corse
– Elina RIVIERE	ARS Guadeloupe
– Guy SAMIERI	ARS Centre Val de Loire
– Romain SAYOUS	ISNI (intersyndicale des internes)
– William PEREL	CFE-CGC
– Jean-François TIREFORT	Conférence DG de CHU

- **DGOS**

– Alexandre FOURNIER	Chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales
– Alexandra ORFANOS	Chargée de mission conditions de travail, sécurité et santé au travail

- **DGCS**

– Mario REDAELLI	Chargé de mission
------------------	-------------------

ORGANISATION ET MODALITES DE TRAVAIL DU GT

- Première séance :

Présentation de l'observatoire, proposition de méthode, éléments de cadrage, désignation de responsables de groupe issus de secteurs différents

Constitution de sous-groupes de travail selon trois axes :

- L'utilisation et l'appropriation des outils en fonction des cultures et des formations
 - Les transformations induites dans l'environnement de travail
 - La conception des outils et les attentes des utilisateurs
-
- 5 réunions de travail présentiels en 2019
 - 12 mars
 - 24 avril
 - 26 juin
 - 17 septembre
 - 21 octobre
 - Audition de personne ressource :
 - M. Alexandre MATHIEU-FRITZ, Professeur de sociologie à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée - directeur adjoint du LATTs

2. Introduction

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication :

Recouvrent différentes applications : dispositifs médicaux connectés, utilisation de robots en chirurgie, réalité augmentée etc

Choix de faire un focus sur **les systèmes d'information en santé** :

⇒ générateurs de simplification et amélioration

⇒ mais également de risques et contraintes

⇒ quelles recommandations ?

La question des usages sera ensuite abordée et des exemples d'expérimentations locales seront livrés



3. Une multiplicité de Systèmes d'Information (1/2)



Constat : Un morcellement préjudiciable

Impact contrasté des systèmes d'informatisation sur la QVT :

Les + : traçage et sécurisation des actes, simplification d'accès au dossier médical, dossier informatisé etc

Les - : manque d'interopérabilité et d'ergonomie dus à un empilement de ces SI, avec pour conséquence une dégradation des conditions de travail des agents (perte de temps, stress, sentiment d'incompétence)

3. Une multiplicité de Systèmes d'Information (2/2)

Propositions et perspectives :



- Associer davantage les utilisateurs à la conception des logiciels
- Favoriser l'intégration, dans un référentiel de certification, l'obligation d'associer les usagers au développement des SI
- Promouvoir l'interopérabilité de ces systèmes d'information
- Intervention en appui de structures locales expertes (exemple : GCS « e-santé »)

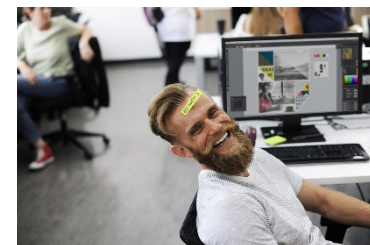
4. Les usages du numérique (1/2)



Constat : des usages souvent inadaptés par manque de formation

- Des acteurs de santé / médico-social insuffisamment formés
- « fracture générationnelle face au numérique »
- Une frontière de plus en plus floue entre vie privée et vie professionnelle (blurring)
- Des défis à relever : développement du télésoin

4. Les usages du numérique (2/2)



Propositions et perspectives :

- Intensifier la formation aux nouvelles technologies pendant le cursus universitaire, lors de la prise de fonctions et pendant la formation continue
- Actions de sensibilisation en interne pour favoriser une pratique raisonnée
- Valorisation du temps de formation aux NTIC



5. Exemples d'expérimentations locales

Les nouvelles technologies au service de la QVT, des exemples parmi d'autres :

- Un GCS expert en e-santé en Auvergne Rhône –Alpes : un outil numérique au service de la coordination des soins
- PAACO GLOBULE : une plateforme territoriale d'appui en Nouvelle-Aquitaine
- Mood up ARA : la télémédecine pour l'amélioration de la QVT des soignants libéraux
- Des programmes de formation intégrant la réalité virtuelle
- Dans un CHU, la réalité virtuelle pour soulager les douleurs chroniques des professionnels

6. Conclusion et interrogations



Merci d'enrichir notre réflexion avec vos témoignages

Quels liens entre l'amélioration de la qualité des soins, des accompagnements et la QVT ?

*Présentation des réflexions du groupe de travail
Dr Armelle Courtois - Jérôme Malfroy*

Méthodologie du Groupe de travail

- Une 20aine de participants aux groupes du travail issus :
 - Des établissements de santé et médico-sociaux
 - Des représentants des professionnels des différents secteurs
 - Des représentants des étudiants Des représentants médicaux et non médicaux
- 5 séances de travail entre mars et octobre 2019
- Une démarche pragmatique :
 - Recueil des perceptions et des démarches « QVT » de terrain connues par les membres du groupe
 - Analyser des Evènements Indésirables liés aux soins dont les causes sont en lien avec la QVT
 - Identifier les problématiques soulevées en matière de QVT
 - Croiser les analyses de professionnels ou futurs professionnels issus d'univers différents
 - Identifier des leviers d'action au regard des retours d'expériences sur les actions engagées autour de ces EI
- Précaution d'emploi :
 - Il ne s'agit pas d'un recueil de bonnes pratiques mais une mise en discussion d'actions aux effets positifs
 - Mettre en évidence une logique d'action :
 - pas de solutions universelles
 - Une nécessaire appropriation des éléments soulevés

Méthodologie du Groupe de travail

- Identification de clés de lecture à travers les thèmes du groupe de travail :
 - Qualité des soins :
 - ensemble des éléments en conformité aux recommandations qui contribuent pour le patient ou le résident à la sécurité de sa prise en charge et à sa satisfaction.
 - Qualité de vie au travail :
 - le ressenti pour les professionnels de faire un travail de qualité pour les patients et pour leur propre santé ,
 - Ne pas faire d'amalgame entre QVT et qualité de ma vie même si toute altération du bien être des soignants a un retentissement sur la QDS
 - Qualité des accompagnements : double sens
 - Accompagnement médical et social des patients et résidents pour s'approprier le projet de soins et/ou projet de vie
 - Accompagnement des équipes comme vecteur d'appropriation des objectifs et des résultats attendus
 - Management entendu alors notamment sous l'angle d'encadrement et d'animation des équipes

Constats initiaux

- Des Evènements indésirables récurrents traduisant des difficultés en matière de QDS et de QVT
- **Dans ces situations des freins dans l'articulation entre QVT et QdS:**
 - Les approches QVT / QDS sont souvent traitées séparément : réflexion en silo qui ne favorise pas l'élucidation des liens entre les deux
 - Les analyses des situations se font le plus souvent par une analyse des moyens mis en œuvre sans évaluer sur le terrain leurs modalités d'usages et leurs effets réels
 - **Ex : lève malade**
 - Les démarches sont souvent prescrites dans les rapports et par les autorités hiérarchiques plutôt que par le management de proximité
 - **Ex : initiative QVT émanant des services RH plutôt que des services eux-mêmes et ne répondant pas à leur besoin**

Les axes de travail

A/Organiser un cadre favorable à l'émergence des initiatives QVT qui vont contribuer à la QDS :

Prioritairement au niveau des équipes

- Créer les conditions pour que la situation de travail garde tout son sens pour les professionnels
- Dépasser l'indicateur pour revenir sur la finalité
- Donner la possibilité de faire des expérimentations
 - Identifier des espaces et des moyens mobilisables
Ex de démarche : Contrat de pôle incluant des crédits dédiés QVT
- Associer la médecine du travail et les IRP
 - Ergonomie du travail (IRP) (issu production GT3)
 - Ex de démarche : Dans cadre projets architecturaux, associant très amont des IRP et des services de santé au travail et des professionnels pour tenir compte d'impératif QVT qui favoriseront la Qualité des Soins

A/Organiser un cadre favorable à l'émergence des initiatives QVT qui vont contribuer à la QDS :

à l'échelle territoriale

- Exemple : résultats des clusters QVT en EHPAD de Normandie (soutien ARS et appui méthodologique Aract)
 - Accompagner la transformation des transmissions du secteur médico-social au sein de plusieurs établissements
 - Relations avec ANFH et l'OPCO Santé pour essaimer l'expérience d'un groupe d'expérimentateurs vers d'autres établissements
- Une vigilance essentielle :
 - ne pas alourdir les processus de dialogue de gestion qui pourraient imposer des démarches contreproductives

Les axes de travail

B/ Accompagner les équipes et le management de proximité

- Former et accompagner le management de proximité le binôme d'encadrement soignant(chef de service et cadre de santé à l'hôpital , cadre de santé - Médecin Co en EHPAD) à l'appropriation des éléments contribuant à la QVT sous l'angle de la Qualité des soins
 - Exemple : développement du management participatif de proximité pour éliminer les « irritants du quotidien »
- Positionner les directions et notamment les DRH en observateurs du travail réel et en appui aux équipes plutôt qu'en prescripteurs de décisions prises en dehors du terrain
 - Exemple : initiative d'un service ayant promu une démarche QVT sur la base d'une initiative propre au service, pour lequel l'appui de la direction a été obtenu

Les axes de travail

B/ Accompagner les équipes et le management de proximité

- Promouvoir une posture d'organisation apprenante :
 - Intégrer des retours d'expérience en équipe
 - Intégrer le regard patient
 - Ex : Lettre de patient et usager comportant des suggestions d'ajustement ou des « étonnements »
 - Développement des démarches de retour d'expérience patient dans le cadre des formations
 - Intégrer le retour des étudiants et des nouveaux arrivants
 - Ex : évaluation des terrains de stage par la plateforme Gélules des étudiants en Médecine

Les axes de travail

C/ Développer une approche par l'éthique

Créer les conditions pour développer un raisonnement éthique collectif :

- Favoriser l'autonomie et la marge de manœuvre,
- Préserver les personnels des injonctions paradoxales,
- Accompagner l'ajustement des postures professionnelles

— Ex :

- Modalités de gestion de la douleur
- Modalités de gestion de la contention
 - Multiplicité des Chartes de droits et devoirs, parfois contradictoires
 - Nécessite d'une lecture collective pour une appropriation raisonnée :
 - Illustration à travers les réflexions de certains établissements autour de la contention en EHPAD

Les facteurs clés de succès

Les financeurs et les organisateurs du travail doivent :

- Donner le temps :
 - ne pas attendre des résultats immédiats
 - desserrer les contraintes calendaires pour éviter les frustrations
- Identifier les temps d'accompagnement et/ou d'accompagnateur
 - Cluster à l'échelle territoriale : un appui méthodologique précieux pour les établissements
 - Exemple du rôle des tuteurs/ tutrices au sein de certains établissements :
 - **Accompagnement des professionnels par leurs pairs sur évolution des pratiques professionnelles**
 - **Accueil des nouveaux arrivants**

Les facteurs clés de succès

- Avoir une approche collective de la QVT et de la QDS
 - Espaces de discussion et de prises de décisions collectives nécessaires
 - Permet d'avoir un référentiel commun qui évite les frustrations individuelles inhérentes à des perceptions très hétérogènes de la qualité de service attendues par les usagers ou la structure.

Conclusions

- Rappel méthodologique :
 - Partir du réel et pas du prescrit, du souhaité ou du souhaitable
 - « Ce n'est pas la recette qui fait la cuisine » :
 - Il est nécessaire d'adapter les exemples et illustrations à chaque contexte local
- Qualité des soins reste la finalité des établissements, des services sanitaires et médico-sociaux.

Elle passe par :

 - Une ambition et des standards d'accompagnement des patients et des résidents, partagés et élaborés ensemble comme moyen pour atteindre une qualité de vie au travail satisfaisante pour les professionnels,
 - Des marges de manœuvre laissées aux professionnels pour organiser collectivement leur travail
 - Un accompagnement de qualité des professionnels (sur le plan managérial et du partage du sens des actions).
- En cela, la QVT constitue un réel vecteur pour atteindre cette finalité de qualité des soins et des accompagnements et améliorer l'efficacité des organisations :
 - En lien avec l'amélioration de la pertinence des pratiques de soins sur la base des ajustements proposés par les professionnels eux-mêmes

Questions encore en suspens

- Comment veiller à ne pas perdre la QDS au profit de la QVT ?
- Comment relever le défi de changement de culture managériale?
- Quels indicateurs utiliser pour évaluer l'amélioration de la QDS / QDA grâce à l'amélioration de la QVT ?

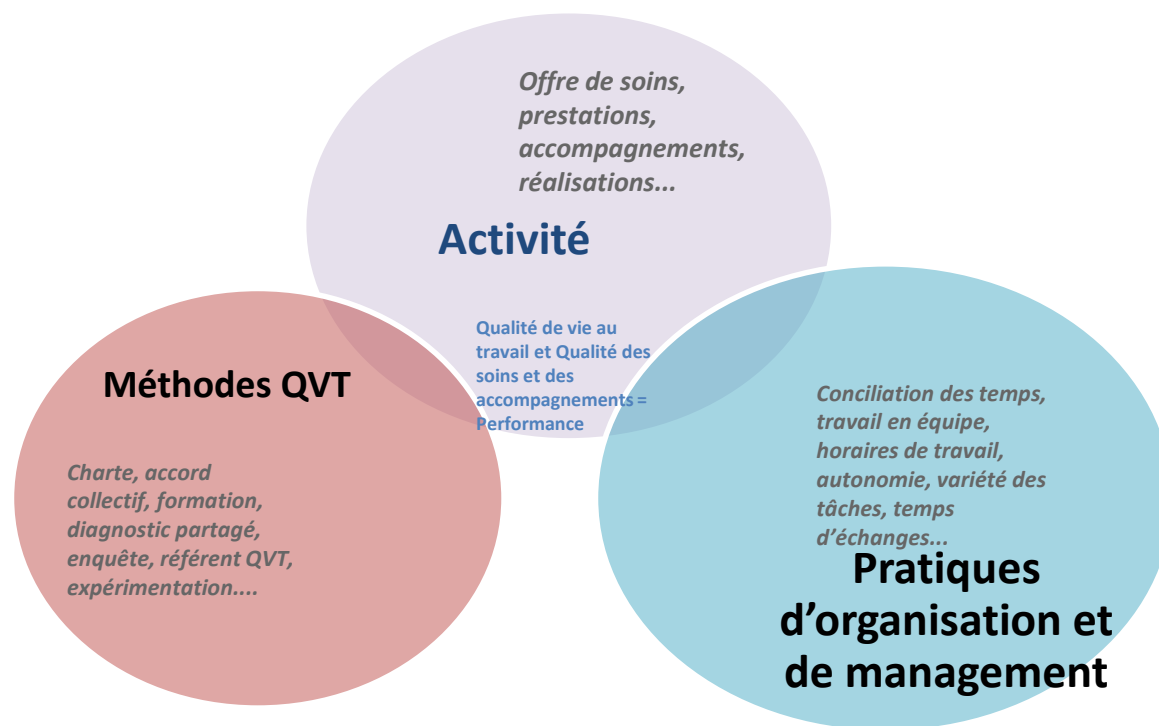
Table ronde :

Quelle(s) évaluation(s) de la Qualité de vie
au travail et pour quels usages ?

Animation par M. Julien PELLETIER

Responsable animation scientifique à l'ANACT

L'optimisation jointe...



Un dispositif d'évaluation...

Quelles questions cela pose-t-il ?

1. Pour quelles **finalités et objectifs** ?
2. Est-il possible **d'articuler les trois champs de l'évaluation** (activité de l'établissement, méthodes QVT et pratiques d'organisation) ? Quels marqueurs communs de progrès sur ces trois champs ?
3. Y-a-t-il des **pratiques d'organisation et de management** (autonomie, conciliation, télétravail, responsabilisation, participatif, horaires de travail...) à valoriser et étendre? Pourquoi ces pratiques en particulier ?
4. Quelles sont les **méthodes QVT** (formation, diagnostic partagé, enquête, charte d'engagement, accord collectif...) qui ont fait leur « preuve » ? Lesquelles mériteraient d'être étendues ? Soumises à évaluation ?
5. Comment **mesurer** (outils, questionnaire, tableau de bord, focus groupe, indicateurs RH...) ?
6. Et sur **quels périmètres** (individu, équipe, service, établissement, région...) ?

Les participants à la table ronde pour traiter de ces questions :

- **Pr Cyrille COLIN**, PU-PH en santé publique, épidémiologie, économie de la santé à l'Université de Lyon I
- **Mme Laetitia COURTIN**, conseillère technique droit social – RH à l'UNIOPSS Occitanie
- **M. Bernard DUPONT**, directeur général du CHU de Nancy
- **Mme Anne-Marie PRONOST**, IDE, cadre de santé, psychologue clinicienne, directrice adjointe de la clinique Pasteur à Toulouse et directrice de l'HAD
- **M. Alexandre FOURNIER** directeur d'hôpital, chef du bureau de l'organisation des relations sociales et des politiques sociales, DGOS

Stratégie de transformation du système de santé

Renforcer et reconnaître le management hospitalier : un enjeu majeur au service de la QVT

Philippe CHARPENTIER

pilote du groupe de travail, secrétaire général du CHU de Lille

Le manager hospitalier : un acteur - clé

Les réflexions issues des groupes de travail de l'observatoire ont mis en évidence le management comme un des principaux levier pour l'amélioration de la QVT des professionnels pour :

- Construire un collectif de travail solidaire autour du patient
- Préserver les conditions de travail lors des opérations de restructuration des organisations
- Accompagner les équipes vers une pratique raisonnée du numérique
- Initier des démarches visant à une meilleure qualité des soins et des accompagnements

Les objectifs du projet

- Au sein de la Stratégie de transformation du système de santé, un chantier dédié au « renforcement du management hospitalier et à la reconnaissance de l'engagement professionnel des établissements publics de santé »
- Traduire concrètement la volonté de transformation du système de santé par des évolutions sur le management, c'est-à-dire **l'attention portée aux compétences des encadrants d'équipes et sur les moyens de leur mise en œuvre**
- Répondre aux dimensions suivantes :
 - Soutenir une approche aussi décloisonnée que possible du management hospitalier entre médecins, cadres et directeurs ;
 - Favoriser, par les mesures proposées, la confiance et l'échelon de proximité ;
 - Renforcer le rôle du manager dans l'organisation ;
 - Légitimer la fonction managériale par la compétence.

Les périmètres des thématiques abordées

1. Définir les compétences managériales attendues, déclinées aux 3 niveaux de responsabilités (service/pôle/établissement)
2. Redonner au service son rôle de collectif
3. Révision des référentiels de formation et enrichissement de l'offre de formation
4. Accession aux fonctions managériales et accompagnement à la prise de responsabilités

Ce groupe de travail a réuni à une dizaine de reprises depuis fin mars une vingtaine de représentants des conférences de directeurs et de présidents de CME, des organisations syndicales de praticiens ainsi que la FHF, l'AFDS, l'ADH et des experts comme l'EHESP et le CNG.

L'organisation et les modalités du travail du GT

- Un appui sur les études et les expériences déjà menées par certains établissements :
- À titre d'exemples : dispositif de l'AP-HP en matière de détection et de formation aux compétences managériales; dispositif du groupement HUGO en termes de formation des managers (...)
- Des rencontres spécifiques :
 - avec les syndicats d'internes et d'étudiants en médecine
 - avec les représentants de cadres de la FPH
 - avec des directeurs d'école
 - avec le comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC)
 - Avec le président de l'observatoire de la QVT des professionnels de santé et du médico-social
- Un déplacement en région Nouvelle Aquitaine, à la rencontre d'expériences locales (CHU d de Bordeaux, CH côte basque, etc.)

Les pistes d'action dégagées 1/3

- ***Un projet de service intégrant un volet managérial***

- Elaboré en concertation avec l'équipe médico-soignante et intégrant les modalités d'animation quotidienne des équipes, la répartition des missions managériales...
- Permettra de généraliser la thématique managériale comme un sujet légitime du fonctionnement quotidien des services.
- base à la procédure de sélection et de nomination du chef de service.

- ***Une obligation de formation des responsables***

Les managers hospitaliers (médicaux, soignants, administratifs et techniques) doivent posséder les compétences clés suivantes : capacité à évaluer, à repérer les situations individuelles difficiles, à la conduite de projet, à la gestion des conflits etc.

=> poser l'obligation pour tout responsable de service de suivre une formation à ces compétences clés, au plus tard 6 mois après sa prise de fonction ou son renouvellement.

Les pistes d'action dégagées 2/3

- ***Enrichissement des programmes de formation initiale***

Avec notamment intégration d'un volet managérial dès le 2^{ème} cycle des études médicales et de façon plus soutenue au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus et en fonction de l'orientation choisie.

- ***Une charte managériale d'établissement***

Un engagement fort de la gouvernance en faveur d'un management de type participatif et bienveillant, qui pourrait être décliné à travers les projets de service et de pôle, et servir de référence dans les situations de gestion de conflits.

Les pistes d'action dégagées 3/3

- ***Des dispositifs de soutien des managers***

Un besoin fort de soutien a été exprimé : pourrait prendre la forme de mentorat, mécanisme d'entraide entre pairs, co-développement ou coaching.

- ***Revalorisation indemnitaire***

Pour reconnaître l'engagement des personnels (médecins et cadres) en situation de management.

- ***Systématisation des entretiens individuels au sein de la communauté médicale***

Outil de management permettant de faire le point des projets, des difficultés ou encore des besoins de formation, l'entretien individuel sera systématisé. Il sera un moment privilégié offert aux médecins pour évoquer leurs conditions de travail.

Les livrables envisagés

- Recommandations de bonne pratique, notamment par voie d'instruction ministérielle, sur les processus de détection interne, sur la nomination et sur l'accompagnement à la prise de responsabilités managériales
- Evolution des programmes de formation, initiale et continue, des médecins, des cadres et des directeurs

Clôture du colloque

Pr Philippe COLOMBAT

Président de l'observatoire national de la Qualité de vie au travail des professionnels de santé et du médico-social

Clôture du colloque

Mme Katia JULIENNE

Directrice générale de l'offre de soins

Vos impressions ?

Merci de nous remettre le questionnaire qui
vous a été distribué à l'entrée

Merci pour votre présence