

ESM – Formation & Recherche en Soins

Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



La Qualité de Vie Professionnelle : un concept en plein essor

DURAND Sylvie

DCS@14-15

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Mme Laurence HOUVER-CHAMBRAUD pour m'avoir guidée, accompagnée dans la réalisation de ce mémoire.

Je souhaite remercier tous les professionnels, les infirmiers(es) anesthésistes, les cadres de santé, pour le temps, la confiance qu'ils m'ont accordée, durant les entretiens et les questionnaires indispensables à l'élaboration de ce mémoire.

Ma famille pour leur soutien, mes amis, Laure, Stéphanie, Alex pour leur précieuse aide et leurs encouragements.

Jean-Eudes, pour sa patience et son accompagnement dans les moments de doute.

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1 DU CONSTAT A LA PROBLEMATIQUE.....	6
2 LE CADRE CONTEXTUEL.....	8
2.1 L'évolution du système de santé.....	8
2.1.1 Des mutations aux structures.....	8
2.1.2 La responsabilité sociétale des entreprises	9
2.2 L'institution hospitalière	10
2.2.1 L'inéluctable changement	10
2.2.2 Le bloc opératoire : un milieu exposé	11
2.3 Le cadre juridique.....	13
2.3.1 Les Risques Psycho-Sociaux.....	13
2.3.2 Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	14
2.3.3 La Certification.....	15
3 LE CADRE CONCEPTUEL.....	17
3.1 Le travail	17
3.1.1 La perception du travail.....	17
3.1.2 La psychodynamique du travail	19
3.1.3 Bien-être et satisfaction au travail :	19
3.1.4 L'« effet Hawthorne »	21
3.2 La qualité de vie professionnelle	22
3.2.1 Qualité et qualité de vie	22
3.2.2 Qualité de vie professionnelle : un concept en plein essor	22
3.2.3 Les hôpitaux magnétiques	24
3.3 Le management et la qualité de vie professionnelle	25
3.3.1 L'engagement du cadre de santé	25
3.3.2 Des outils méthodologiques	26
3.3.3 Le diplôme universitaire « Management QVT et Santé »	28
4 L'ENQUETE	29
4.1 Le terrain.....	29
4.2 Les outils d'enquête.....	29
4.3 La population ciblée.....	30

5	LES LIMITES	31
5.1	En amont	31
5.2	Lors de la réalisation.....	31
5.3	Pour l'analyse	33
6	SYNTHESE DES RESULTATS	33
6.1	Les questionnaires électroniques des IADES	34
6.2	Les entretiens	40
7	L'ANALYSE	44
	CONCLUSION.....	53
	LISTE DES ANNEXES	
	ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

- **AP-HP** : Assistance Publique et Hôpitaux de Paris
- **CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- **CRUQPC** : Commission des Relations des Usagers, de la Qualité et de la Prise en Charge
- **DRH** : Direction des Ressources Humaines
- **DU** : Diplôme Universitaire
- **ESPIC** : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- **GEPC** : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **IADE** : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
- **IBODE** : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **QVT** : Qualité de Vie au Travail
- **MAR** : Médecin Anesthésiste Réanimateur
- **PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations
- **RPS** : Risques Psycho-Sociaux
- **TMS** : Troubles Musculo-Squelettiques

INTRODUCTION

Souffrance au travail, stress, burn out, risques psycho-sociaux : ces quelques mots deviennent sujets récurrents de nombreuses publications concernant le travail. Tous les secteurs professionnels, privés et publics sont concernés par cette problématique. En 2013, une série de suicides dans une entreprise de téléphonie nationale a porté au domaine public, cette réalité sociétale. La souffrance extrême liée au travail est devenue un problème de Santé Publique.

Dans notre entourage professionnel et personnel, la souffrance au travail concerne des individus, indépendamment de leur statut, de leur pouvoir décisionnel. Les manifestations varient d'un simple constat de plaintes formulées sur le lieu de travail à l'arrêt maladie de longue durée, l'annonce d'une situation plus dramatique où l'aliénation douloureuse au travail a cessé définitivement.

En quinze ans d'exercice professionnel, nous ne pouvons que constater le vécu douloureux au travail et ceci en dehors de toutes données chiffrées. Devant l'ampleur de ce phénomène, les hautes autorités ont pris conscience de la nécessité de réagir et orientent leur politique vers la prévention des risques psycho-sociaux, plus récemment sur la recherche d'une qualité de vie au travail et la promotion de la santé pour tous les salariés.

La qualité de vie au travail présente un intérêt certain dans notre quotidien. De façon restrictive, nous l'associons aux reflets des conditions de travail et de l'exercice de celui-ci. Considérer la qualité de vie professionnelle traduit la volonté d'un engagement de l'institution auprès des salariés et l'impact sur le fonctionnement de celui-ci. Des inégalités subsistent, de ce fait, entre différents établissements dans lesquels nous avons exercé, les services, les personnes.

La justification de cette thématique de mémoire s'inscrit dans un questionnement relatif à notre future fonction de cadre de santé, une conception du management au plus près de l'équipe en lien avec ce concept de qualité de vie professionnelle. Ce travail de recherche nous permet de cheminer vers une appréhension au plus près de ce qui définit une qualité de vie au travail pour l'équipe et en cohérence avec son lieu d'application : les établissements de santé.

Nous proposons de construire notre travail de recherche à travers un approfondissement de notre réflexion sur ce constat préalable vers une problématique, puis, d'établir un focus d'un problème de santé publique vers notre lieu d'exercice professionnel. Dans une 3^{ème} partie, nous exposerons les concepts mobilisés. Enfin, nous aborderons l'enquête et ses limites, les résultats de notre travail de recherche autour de la thématique de la qualité de vie professionnelle.

1 DU CONSTAT A LA PROBLEMATIQUE

Notre parcours professionnel nous a permis de nous confronter rapidement aux contraintes inhérentes au métier de soignant. Les impératifs des différents services exposent à de multiples contraintes organisationnelles et structurelles : horaires décalés, travail de nuit, travail dominical, gardes, milieu clos de la réanimation et du bloc opératoire, rythme intensif, charge de travail, stress de situations de travail, la confrontation à la souffrance, à la détresse humaine, à la mort.

Lors des choix d'orientation professionnelle, nos décisions ne prennent pas en compte toutes ces données impactant sur notre vie personnelle. La difficile réalité du terrain sur le plan organisationnel et psychologique s'impose par la suite, au cours de notre activité professionnelle. Elle conditionne notre quotidien et se répercute sur notre vie personnelle. La gestion de l'humain n'est pas anodine.

Notre exercice professionnel occupe une place prépondérante dans notre existence, ce qui justifie de prendre en compte le ressenti de l'individu sur son lieu de travail.

A travers des notes d'information régulières de l'hôpital, nous constatons l'émergence de ce concept récent de **qualité de vie au travail**. Un comité de pilotage « Conditions et Qualité de Vie au Travail » existe. Il est à l'origine de nombreuses actions et propositions d'actions. Il implique de nombreux interlocuteurs : le Directeur des Ressources Humaines, le préventeur, la médecine du travail, des référents TMS (troubles musculo squelettiques) et RPS (risques psycho-sociaux) ainsi que des membres du comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT). La consultation du personnel est effective sur l'environnement du lieu de travail. A titre d'exemple, un questionnaire est distribué concernant la réfection du self et propose plusieurs thèmes sur la nouvelle décoration de ce lieu. Une enquête a également eu lieu sur le parcours de chaque salarié pour se rendre à son travail (distance, temps de parcours, moyens de transport utilisés). L'avis des salariés est sollicité et exprime l'intention de les inclure dans un processus participatif au cadre de vie au sein de l'établissement. D'autres initiatives vont en ce sens : la création d'un jardin de détente pour le personnel, des ateliers nutrition, des formations pour gérer son sommeil pour le personnel travaillant de nuit. L'environnement du travail constitue une donnée importante, prise en compte par l'établissement de santé dans sa stratégie de développement du bien-être travail.

Le cadre de santé se situe en première ligne, en tant que supérieur hiérarchique influant, au plus proche des équipes managées. La qualité de vie professionnelle concerne toute la chaîne managériale avec un dénominateur commun : l'individu. Le

manager se pose comme un potentiel allié pour la Direction des Ressources Humaines, dans ces démarches innovantes.

Pourtant, concilier contraintes institutionnelles, organisationnelles et qualité de vie au travail apparaît comme un véritable défi pour le cadre de santé. La marge de manœuvre managériale se confronte aux impératifs organisationnels, aux injonctions hiérarchiques de productivité, imposés au collectif. Cette situation place le cadre de santé entre deux conceptions : l'**Individu** et l'**Institution**.

L'exigence d'une politique de ressources humaines « qualité de vie au travail » et la réalité du terrain pour le manager, les contraintes de fonctionnement, organisationnelles, financières accrues me semblent difficilement compatibles. Au quotidien, je m'interroge sur les moyens objectifs dont disposent les cadres de santé, sur leur réelle marge de manœuvre au sein des unités managées. Prise en charge individualisée, autonomie, écoute, valorisation de l'estime de soi, développement des compétences sont autant de potentielles satisfactions impactant la conception individuelle du travail et ses conditions d'exercice. La qualité de vie au travail apparaît, sous ces aspects, très subjective et souligne la dimension complexe à évaluer un bien-être collectif et une conception individuelle de ce bien-être.

La qualité de vie au travail demeure un thème difficile à expliciter et souvent assimilée au bien-être de la personne, un aspect plus restrictif basé sur un ressenti psychologique. Notre travail d'investigation commence par un état des lieux de la qualité de vie professionnelle, sa signification pour les professionnels de santé.

Des questionnaires exploratoires distribués auprès d'infirmiers et d'infirmiers anesthésistes ont mis en avant une conception du travail en termes d'obligation sociale en rapport avec le versement de rétributions. Deux notions émergent de façon assez distincte : l'ambiance et l'autonomie. Elles apparaissent comme indissociables de leur exercice professionnel. Après quelques échanges verbaux informels auprès de personnes de mon entourage professionnel et des étudiants de la promotion de cadres de santé, il apparaît que la notion de qualité de vie au travail revêt un sens très large. Selon les personnes interrogées, les préoccupations varient du cadre du travail à la conciliation vie privée et vie professionnelle, d'une conception intrinsèque à une dimension extrinsèque.

En tant que futur cadre de santé, notre investissement s'inscrit dans une projection dynamique de la prise en compte de la qualité de vie au travail pour une équipe. Les impératifs du métier et les attentes personnelles semblent placer la qualité de vie au travail comme un objectif managérial difficilement réalisable sur ces différents plans.

L'appréhension et l'atteinte de la qualité de vie au travail (QVT) apparaît comme une difficulté pour le cadre de santé dans son management au quotidien.

Dans quelle mesure, la qualité de vie au travail est-elle possible à mettre en œuvre pour l'équipe, par le cadre de santé d'anesthésie ?

2 LE CADRE CONTEXTUEL

2.1 L'évolution du système de santé

2.1.1 Des mutations aux structures

« *Le travail fait de plus en plus mal* »¹. Paradoxalement, lieux de soins, les institutions hospitalières ne dérogent pas à ce constat. Les réformes successives ont profondément et régulièrement transformées le système de santé vers une recherche accrue d'efficacité, à l'origine de mutations importantes pour les professionnels de santé. Le changement de paradigme se traduit par une conception différente des établissements de santé évoluant vers une approche marchande, un passage de la recherche de l'efficacité à la culture de l'efficacité. La dimension économique et la relation au système de soins se côtoient intimement. Les mesures ne tardent pas à s'imposer et se traduisent par des restrictions budgétaires avec des répercussions sur les prises en charge dans les services de soins avec un effectif paramédical qui se restreint.

Le Programme Médicalisé des Systèmes d'Information a permis d'identifier une activité hospitalière, auparavant très nébuleuse. La conséquence de cette nouvelle transparence de l'activité du système de santé est la modification du rythme de fonctionnement des établissements de santé. La tarification à l'activité introduit des objectifs d'activité ciblée et impose aux structures de soins, non pas un retour à l'équilibre mais des marges de rentabilité. Le soin devient synonyme de productivité. Désormais, la performance hospitalière se définit par le tripode : qualité des soins, efficacité économique et conditions de travail. Elle constitue un enjeu de taille et s'apparente à un vrai objectif entrepreneurial.

¹ DORTIER Jean-François, **Editorial**, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, N°36, Sept-Nov. 2014

2.1.2 La responsabilité sociale des entreprises

Assimilée à un concept, la responsabilité sociale des entreprises a vu le jour dans les années 60 mais ne connaît véritablement un réel essor que dans les années 90. En 2011, la Commission Européenne² définit la responsabilité sociale des entreprises comme :

« *La responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société* »³.

La norme ISO 26000 (2010) la définit en tant que :

« *Responsabilité d'une organisation vis-à-vis des impacts de ses décisions et de ses activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement transparent et éthique qui :*

- *contribue au développement durable y compris à la santé et au bien-être de la société ;*
- ***prend en compte les attentes des parties prenantes ;***
- *respecte les lois en vigueur et est compatible avec les normes internationales ;*
- *est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations* ».⁴

Cette dernière définition exhaustive s'attarde davantage sur l'impact de cette responsabilité sur le bien-être et la santé de l'individu, au niveau éthique et organisationnel. Les « *attentes des parties prenantes* » laissent à penser la prise en compte de l'intérêt du salarié. Les droits de l'Homme, l'environnement, les relations et les conditions de travail sont quelques pistes d'étude pour les entreprises.

Dans un contexte de judiciarisation accrue des relations sociales, la responsabilité des directions augmente et justifie la mise en œuvre de cette responsabilité sociale de l'entreprise. Ce concept rappelle la légitimité des instances telles la commission des relations des usagers, de la qualité et de la prise en charge, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et de la procédure de certification. Il se présente comme un véritable devoir pour les établissements de santé.

² Propositions et mise en œuvre des politiques communautaires

³ www.developpement-durable.gouv.fr/Qu-est-ce-que-la-responsabilite.html [consulté le 07/05/15]

⁴ Idem 3

2.2 L'institution hospitalière

2.2.1 L'inéluctable changement

L'hôpital n'échappe pas à la crise actuelle du monde du travail. Depuis plus de 15 ans, les établissements de santé font l'objet de réformes successives, à l'origine des démarches qualité, d'une nouvelle gouvernance, de nouveaux modes de financement. Ils sont également confrontés à la problématique de fidélisation infirmière et à un contexte de turn-over délétère à la qualité des soins. Ce contexte expose les professionnels à une pression accrue au sein des établissements de santé, à une intensification du travail. Ce malaise peut également se traduire par une perte du sens du métier voire des abandons de carrière. Par ailleurs, un aspect fondamental est également à considérer dans le fonctionnement des structures, il s'agit de l'augmentation de la vie active qui expose à des contraintes supplémentaires. Les pathologies multiples posent la problématique du maintien au travail leur adéquation avec un exercice professionnel.

A l'instar des entreprises, est apparu l'impératif de performance au sein même des hôpitaux. Lors des 4èmes rencontres parlementaires sur la santé et le bien-être au travail, le 12 Février 2014, à Paris, le Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social, Michel SAPIN, conforte cette position :

« C'est dans la qualité de vie au travail que l'économie peut aller chercher de la performance et de la compétitivité »⁵.

Les répercussions de la qualité de vie au travail impactent la qualité du travail et la qualité des soins. Elle se pose comme un levier de performance pour toutes les organisations, hospitalières incluses.

Intégrée dans le dispositif de certification de la démarche qualité, la recherche de la qualité de vie au travail est présentée comme un enjeu majeur pour les établissements de santé. Elle s'inscrit dans une politique intra hospitalière du volet social de développement durable, dans la politique des Ressources Humaines et de ce fait, constitue un objectif institutionnel.

La stratégie du projet social est une politique d'attractivité et de fidélisation des personnels et peut être un réel accompagnement des politiques de ressources humaines. Du stress au risque d'épuisement professionnel, responsable de

⁵ MAUDUIT Laurence, « Le bien-être, clé de la performance au travail », Soins cadres n°90, Mai 2014, p7

l'absentéisme, ces multiples conséquences représentent un coût important pour l'hôpital et deviennent incompatibles avec des objectifs de rentabilité.

L'hôpital se caractérise par la diversité de ses unités fonctionnelles et nous nous attarderons plus précisément sur notre lieu d'exercice professionnel.

2.2.2 Le bloc opératoire : un milieu exposé

Assimilé à un microcosme sociétal complexe, le bloc opératoire fait intervenir divers corps professionnels dont l'objectif commun est la prise en charge du patient. Chaque individu a son rôle défini et constitue un maillon indispensable au bon déroulement de cette prise en charge. Il concentre plusieurs catégories professionnelles avec des personnalités hétéroclites, synonyme de rapports humains complexes, de visions professionnelles multiples.

Chaque jour, le bloc opératoire alterne entre un programme prédéfini d'interventions « froides » et les improvisations de l'urgence. Ces conditions sont propices à l'existence d'un milieu hostile.

Pour la présidente de la Commission Statutaire Nationale (Anesthésie-Réanimation) Nicole SMOLSKI, le management d'un bloc opératoire consiste à :

« Transformer une horde de solitaires en un groupe social où les individus reconnaissent des règles communes »⁶.

Elle souligne l'aspect pluridisciplinaire des acteurs, du confirmé à l'apprenant. La pression au bloc opératoire est palpable, impactée par le programme opératoire, les différentes personnalités, des périodes d'extrême tension liées à la difficulté de l'intervention. Selon un article de Christophe PACIFIC⁷, cadre supérieur de santé, les contraintes sont d'autant plus accentuées par la recherche d'efficacité, à l'instar de tous les services hospitaliers. Il emploie le terme de « *violence assimilable au milieu guerrier* ». Les contraintes opérationnelles et structurelles sont nombreuses : astreintes, gardes, programmes opératoires chargés, stress des acteurs (anesthésiste, chirurgiens), confrontation aux situations d'urgence vitale. Les conditions de travail sont difficiles pour l'ensemble des acteurs exerçant dans ce climat austère, glacial.

⁶ Nicole SMOLSKI, Journal du Syndicat National Des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, N°67 Février 2014

⁷ INFIRMIERS.COM, C.PACIFIC, Ethique « Bloc opératoire : les conflits délétères de ces lieux confinés », 23/10/14 mise à jour le 03/11/14.[consulté le 10/12/14]

Les conflits au bloc opératoire sont de 2 types :

- Les conflits relationnels en lien avec des personnalités se côtoyant professionnellement de façon régulière. Ces conflits sont difficiles à résoudre car ils concernent l'individu en tant que tel, sans rapport direct avec le travail.
- Le conflit de tâches : le tableau suivant⁸ relate des exemples de situations réelles rencontrées sur le terrain, au bloc opératoire.

Tableau I

Sources fréquentes de conflits de tâches au BO.

Sources du conflit	Exemples
Organisation des activités opératoires et gestion du temps	« Programmes opératoires trop longs » « Sous-estimation répétée des temps opératoires lors de la programmation » « Chirurgien de garde veut opérer un patient électif sur le programme d'urgence »
Rôles, activités et autonomies des professionnels	« Désaccord sur la pertinence d'une intervention chez un patient donné » « Enchaînements opératoires trop lents au goût du chirurgien » « Chirurgien veut opérer un patient qui n'a pas eu sa consultation anesthésique »
Intérêts et objectifs divergents	« Chirurgien se plaint constamment que le patient n'est pas détendu » « Anesthésiste désire enchaîner rapidement, mais la panseuse temporise pour des questions de stérilité et de nettoyage de salle »
Echanges d'informations, communication	« Chirurgien effectue un geste aux conséquences importantes sans en informer l'anesthésiste » « Anesthésiste doit réaliser une consultation sur la base d'un dossier incomplet ou illisible » « Le chirurgien ne connaît visiblement pas l'histoire médicale de son patient »

La complexité du milieu professionnel expose à un certain nombre de contraintes mais il en résulte également de potentiels recours au sein des structures hospitalières.

⁸ L SAVOLDELLI.G, « Résolution de conflits au bloc opératoire », MAPAR 2008, p498-505

2.3 Le cadre juridique

2.3.1 Les Risques Psycho-Sociaux

Le décret n° 2001-1016⁹ du 5 novembre 2001 impose aux employeurs la création d'un document unique, obligatoire consignant l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs. Ce document mis à jour chaque année est à la disposition des salariés, de la médecine de travail, de l'inspection du travail et des organismes de prévention de la sécurité sociale. Il englobe les actions d'identification, de classement des risques et les mesures préventives associées.

L'évaluation et la prévention des risques sociaux professionnels relèvent d'une obligation législative¹⁰. Les pouvoirs publics en ont fait un réel objectif de lutte dans la réalité professionnelle.

Dans les années 2000, le concept de risques psycho-sociaux apparaît en France pour la première fois. Il se définit ainsi :

« Les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. »¹¹

Le risque est perçu de façon subjective par l'individu puisqu'il résulte d'une perception par le « travailleur ». Les facteurs de RPS au travail sont multiples et peuvent se décliner en 4 thématiques¹² :

- les **exigences du travail** et son **organisation** ;
- le **management** et les **relations de travail** ;
- la prise en compte des **valeurs et attentes** des salariés
- les **changements de travail**.

Le déséquilibre de l'un de ces domaines suffit à modifier le comportement de l'individu. Les manifestations se déclinent en des attitudes professionnelles et/ou psychologiques multiples: absentéisme, turnover, nomadisme, burn-out, épuisement professionnel, suicide.

⁹ www.legifrance.gouv.fr [consulté le 20/04/15]

¹⁰ Art. L.4121-1 du Code du Travail (2012) Editions Dalloz, Paris, 3371 p

¹¹ Définition du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

¹² www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html [Consulté le 20/04/15]

La plurifactoralité de ces risques met en avant l'appréhension difficile de ce concept notamment sur la prévention de ces risques et l'intérêt de la promotion de la qualité de vie au travail, au sein des établissements afin de lutter contre leurs apparitions et leurs conséquences.

2.3.2 Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

En 1982, les CHSCT¹³ sont créés par la loi AUROUX. Ils résultent de la transformation des comités d'hygiène et de sécurité et la commission d'amélioration des conditions de travail dans les comités d'entreprise.

La mission¹⁴ générale du CHSCT est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, d'améliorer les conditions de travail. Siègent au CHSCT l'employeur ou son représentant, la délégation du personnel (salariés de l'entreprise) et à titre consultatif, le médecin du travail. Ils se réunissent au moins une fois par trimestre.

Son rôle est consultatif et consiste en :

- L'analyse des conditions de travail, des risques professionnels, des accidents du travail, des maladies professionnelles (circonstances et causes) ;
- Le respect des prescriptions législatives et réglementaires ainsi que des mesures de prévention préconisées ;
- La prévention par des actions d'information, de sensibilisation.

Avant toute modification des conditions de santé et de sécurité, des conditions de travail, le CHSCT doit être consulté. Les actions de la médecine du travail sont portées à la connaissance des membres du CHSCT par l'employeur.

Le CHSCT nous apparaît comme un interlocuteur informé et intégré dans la structure hospitalière.

¹³ Travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques... [consulté le 06/03/15]

¹⁴ Travail-emploi.gouv.fr/.../le-comite-d-hygiene-de-securite-et,1048.html [consulté 24/03/15]

2.3.3 La Certification

La certification est une procédure externe d'évaluation, issue de l'ordonnance du 24 Avril 1996. Cette modalité d'appréciation indépendante est menée, en premier lieu par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé (ANAES) puis renommée et relayée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Créée par la loi du 13 Aout 2004 relative à l'Assurance Maladie, la HAS est responsable de la qualité du système de santé par l'une de ses nombreuses missions de certification des établissements de santé, publics et privées. La Haute Autorité de Santé a introduit un critère nouveau de la qualité des établissements, la **promotion de la qualité de vie au travail**, au chapitre 1 concernant le management de l'établissement. (Annexe n°1)

Dans sa version V2010, le critère 3d intitulé Qualité de Vie au Travail se traduit comme :

« Un engagement collectif qui implique les dirigeants, les professionnels et les partenaires sociaux. Cette démarche renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation »¹⁵.

Dans le contexte hostile et peu investi de cette thématique, la HAS démontre par ces travaux sa réelle volonté d'instaurer un climat positif dans les établissements de santé. Prendre en compte la qualité de vie au travail devient une véritable préoccupation pour la HAS et relève d'un changement de paradigme. Elle nécessite la collaboration et l'implication des plus hautes autorités, des institutions et des acteurs de terrain. La procédure de certification doit être plus accessible, plus réaliste et réalisable en s'inscrivant dans un mouvement engagé d'amélioration de la qualité et non plus comme un processus contraignant et en décalage avec la réalité des acteurs de terrain.

Les éléments d'appréciation se situent à 3 stades distincts :

- L'établissement de santé intègre la qualité de vie au travail comme orientation stratégique et un plan d'action est défini ;
- Des actions d'amélioration sont mises en œuvre ;
- Les actions d'amélioration et la satisfaction des personnels sont évaluées.

¹⁵ www.has-sante.fr/.../application/pdf/2011-02/fiche_dd_critere_3d.pdf

La démarche de certification V2014 évolue et intègre systématiquement la qualité de vie au travail dans le compte qualité. Il constitue désormais un thème transversal dans le manuel de certification.

La collaboration entre l'ANACT et la HAS

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)¹⁶ définit ce concept ainsi :

*« Les **conditions** dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à **s'exprimer** et à **agir** sur le **contenu** de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail ».*

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 Juin 2013 précise, dans son article 1, que :

*« 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».*

Nous constatons une réelle volonté politique d'améliorer l'environnement professionnel des travailleurs dans un contexte sociétal en perpétuelle mouvance.

¹⁶Site de l'ANACT <http://www.anact.fr/> [consulté le 7/12/2014]

3 LE CADRE CONCEPTUEL

3.1 Le travail

3.1.1 La perception du travail

Etymologiquement, le travail est tiré du latin *tripalium*, appareil formé de trois pieux, utilisé pour ferrer ou soigner les animaux, ou comme instrument de torture pour punir les esclaves.

En sociologie, le travail est l'ensemble des activités humaines répétitives, pénibles, non gratifiantes et réalisées dans la contrainte¹⁷.

*« Une **contrainte** est une **violence** ou une **pression** exercée contre une personne pour l'**obliger à faire quelque chose** ou pour l'**empêcher de faire** ce qu'elle voudrait. Elle peut être physique ou morale. C'est aussi l'état de celui qui subit cette pression. »*

Dans la culture judéo-chrétienne, Dieu inflige à l'homme « *de gagner son pain à la sueur de son front* ». Le travail ne constitue pas une activité basée sur une connotation d'emblée positive mais sur une notion de souffrance et de labeur.

A la révolution industrielle, les valeurs prônées par le protestantisme et le libéralisme économique donnent une image positive du Travail : « *Salut et reconnaissance sociale* ». Les mentalités évoluent vers une valorisation du travail, la réalisation de soi par et dans le travail.¹⁸

La psychologie du travail part du postulat de traiter le sens du travail pour l'homme. Cette discipline amène à une réflexion sur le travail valeur et le travail activité. Le désir de construction de l'individu peut se fonder sur la dimension positive du travail par la réalisation de soi, d'un acte créatif, source de satisfaction. A l'inverse, il peut se subir en tant que contrainte et obligation capitaliste.

Les conditions d'exercice du travail ont été évaluées avec le **modèle de KARASEK**¹⁹. Il permet de mesurer l'impact psychologique du travail en fonction de la demande à laquelle est soumis le « travailleur », son pouvoir décisionnel et le soutien social dont il est l'objet.

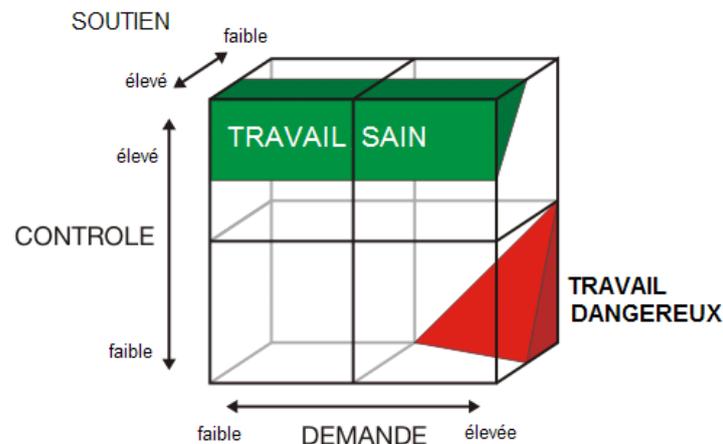
Il appréhende le travail à travers le vécu subjectif des travailleurs.

¹⁷ Définitions issues du site « La Toupie », dictionnaire de politique [consulté le 07/01/15]

¹⁸ « Psychologie du travail », KARNAS Guy, Que sais-je, PUF 2011, 3ème Edition

¹⁹ Sociologue et psychologue américain

Le schéma ci-dessous explicite l'appréhension du travail sain et du travail dangereux, à travers 3 dimensions :



- **soutien social** : soutien professionnel ou émotionnel, en provenance des supérieurs ou des collègues ;
- **demande psychologique** : Quantité – Rapidité, Complexité – Intensité, Morcellement – Prévisibilité ;
- **latitude décisionnelle** : développement des compétences, utilisation actuelle des compétences, marges de manœuvre, autonomie.

La combinaison de ces 3 paramètres influence la perception de l'individu sur son exercice professionnel. Elle intègre plusieurs acteurs : le travailleur et la conception de sa mission, les collaborateurs qui reconnaissent la valeur du travail effectué par ce dernier et le cadre de santé de proximité qui permet la réalisation de l'« œuvre » et son contrôle. Un soutien élevé apparaît comme un élément primordial et traduit la marge d'autonomie laissée à l'agent.

D'après la définition de CROZIER et FRIEDBERG, l'autonomie est assimilée :

*« A la marge de manœuvre d'un système d'action concret, elle découle d'une tactique individuelle ou collective envers le système, l'organisation afin d'aménager des zones d'autonomie et de responsabilité individuelle ou commune ».*²⁰

Ce modèle oriente sur de potentiels paramètres autour de la dynamique du travail.

²⁰ FORMARIER.M, JOVIC.L, « Les concepts en sciences infirmières », 2^{ème} édition, ARSI, Editions Mallet Conseil, p88

3.1.2 La psychodynamique du travail

Christophe DEJOURS²¹ construit cette discipline dans les années 70. Elle consiste en une approche interdisciplinaire de l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance. La psychodynamique de travail s'appuie sur l'importance du métier. Il met en avant le travail-plaisir lorsque les exigences du travail sont en adéquation avec les besoins du travailleur.²² La combinaison du « *sentiment de pouvoir agir et réaliser une œuvre* » ainsi que de « *travailler dans une équipe qui s'entend bien* » génère un épanouissement au travail²³. La cohésion d'équipe et l'investissement dans le travail sont des éléments déterminants de cette dynamique. Le sentiment d'iniquité, d'arbitraire, le désaccord entre le salarié et l'organisation sur le sens du travail sont assimilés au « *malheur* ».²⁴

Cette approche semble intéressante à explorer dans la quête à la Qualité de Vie au Travail, les exigences et besoins de l'individu au travail.

Marqueur de l'utilité sociale, le travail demeure également un lieu potentiel d'épanouissement, de bien être pour l'individu.

3.1.3 Bien-être et satisfaction au travail :

Le dictionnaire Larousse donne une définition du bien-être : « *État agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit* ».

Le bien-être revêt une dimension individuelle subjective en rapport avec un ressenti physique et psychologique. A partir de ce postulat, le bien être apparaît comme une nécessité humaine, des besoins humains, qui créent selon Abraham MASLOW, la « *motivation humaine* »²⁵.

Abraham Harold MASLOW²⁶ énonce une hiérarchie des besoins psychologiques de l'individu. Il les superpose en plusieurs strates, imbriquant la vie privée et professionnelle. A chaque stade, ces besoins sont transposables au travail.

²¹ Psychiatre et psychanalyste

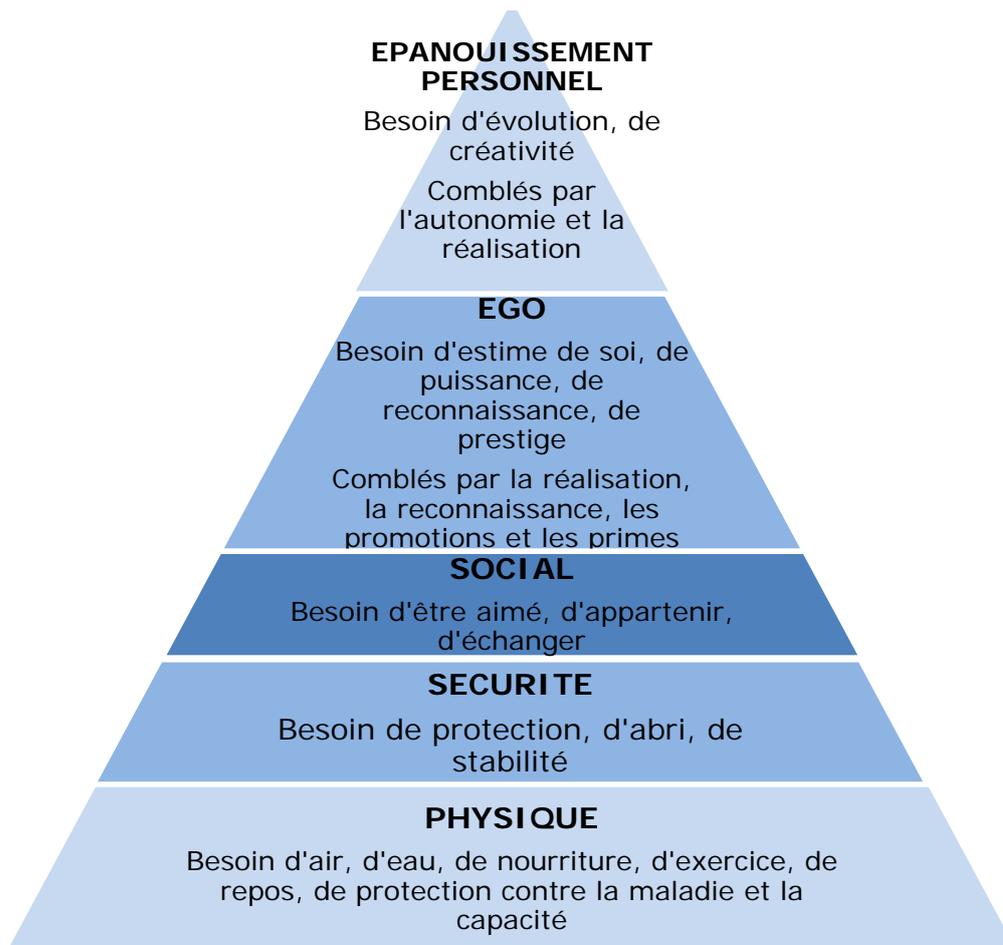
²² Medtrav54.free.fr/Reims/psychodynamique.ppt [consulté le 31/01/2015]

²³ GOLLAC.M, VOLKOFF, « Les conditions de travail », p 121

²⁴ Ibidem 23

²⁵ Ibidem 23

²⁶ Célèbre psychologue américain, considéré comme le père de l'approche humaniste



PYRAMIDE DE MASLOW

La satisfaction d'un besoin inférieur permet l'accès au besoin supérieur.

La rétribution financière comme moyen de subsistance et le sentiment de sécurité comblent les deux premiers besoins. Au niveau social, l'exercice professionnel permet de s'identifier à un groupe. L'égo d'un individu présente différents degrés d'évaluation : de l'estime de soi à un besoin de prestige. Il permet l'accès à cet épanouissement personnel, rendu possible par la motivation et le sentiment de réalisation de l'individu.

Dans ses travaux sur la motivation de l'homme au travail²⁷, Frederick HERZBERG²⁸ différencie les facteurs de satisfaction au travail et les facteurs d'insatisfaction au travail. Le constat d'insatisfaction n'est pas lié à l'absence des facteurs de satisfaction, il n'y a pas de lien de causalité. Les facteurs d'insatisfaction sont provoqués par « *les conditions de travail, la politique salariale, le salaire, le système de supervision, le*

²⁷ <http://www.antonin-gaunand.com/management/la-theorie-d-herzberg-sur-la-motivation-au-travail/> [Consulté le 09/03/15]

²⁸ Psychologue et professeur de management à l'Université de l'Utah (1923-2000)

statut et la sécurité ». La satisfaction de l'individu, responsable de son épanouissement et de sa motivation, se situe au niveau de la « réalisation de soi, son évolution de carrière, son autonomie, ses responsabilités, sa reconnaissance et son intérêt pour le travail »²⁹. La motivation au travail est, selon HERZBERG, la combinaison d'un sentiment de satisfaction en l'absence de facteurs d'insatisfaction.

A quel niveau, la qualité de vie au travail se situe-t-elle ? Le bien-être au travail se hiérarchise-t-il de façon aussi méthodique qu'un savant calcul de facteurs de satisfaction ?

Au sein des institutions hospitalières, plusieurs conceptions du travail peuvent se décliner : la subordination de l'intérêt particulier à l'intérêt général, la performance collective au travail, les attentes de l'institution.

Les attentes d'un groupe ne constituent pas la somme des attentes individuelles. La motivation, la satisfaction et l'engagement sont des attitudes, des comportements personnels.

3.1.4 L'« effet Hawthorne »

Les études d'Ethan MAYO³⁰ ont permis de mettre en avant l'importance de l'intérêt porté à l'individu ou « Effet Hawthorne ». Schématiquement, cet effet se résume par une réaction positive des personnes par le simple fait d'être l'objet d'une attention particulière. L'impact de ces expériences ne fût pas négligeable puisqu'il se mesura en termes de motivation et d'estime de soi. La productivité des employés ne fût pas expliquée par l'amélioration des conditions matérielles du travail mais par l'émulation interne générée par l'expérience. Cette enquête a été réalisée dans les ateliers Hawthorne de la Western Electric Company, à Chicago, spécialisée dans la téléphonie. Paradoxalement, les salariés bénéficiant d'avantages sociaux élevés et de bonnes conditions matérielles, se considèrent comme satisfaits et ce malgré un absentéisme, la mauvaise qualité et le freinage en terme de production, présents dans cette entreprise.

Mayo remet en cause par cette étude l'hypothèse taylorienne de l'intérêt individuel par l'appât de gain notamment, et affirme que le « *désir d'être bien avec ses collègues de travail [...] l'emporte facilement sur le simple intérêt individuel et la logique des raisonnements sur lesquels tant de faux principes de direction se sont fondés* »³¹.

²⁹ Ibidem 27

³⁰ Psychologue et sociologue australien à l'origine du mouvement des Relations humaines en Management

³¹<http://www.psychologiedutravail.net/experience-hawthorne> [consulté le 02/01/15]

Plus explicitement, la notion de l'ambiance au travail et d'équipe sont ici mis en avant comme un critère de bien-être au travail. Elle met en exergue l'intérêt de la considération au travail pour l'individu. Ces études démontrent l'importance d'entretenir la motivation car elle s'amenuise si l'individu n'est pas sollicité tout au long de son exercice professionnel.

3.2 La qualité de vie professionnelle

3.2.1 Qualité et qualité de vie

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit la **qualité** comme une « *caractéristique de nature, bonne ou mauvaise, d'une chose ou d'une personne* ». Le dictionnaire de français LAROUSSE³² donne une définition positive, « *ce qui rend quelque chose de supérieure à la normale* ».

En 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la **qualité de vie** ainsi : « *C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* »

Le concept apparaît donc comme abstrait, situationnel, complexe et multidimensionnel. Cette part de subjectivité se manifeste donc par une représentation unique et inhérente à l'individu pensant. De ce fait, l'appréhension du rapport au travail constitue donc une interprétation individuelle et différenciée entre les individus du concept même de travail. La perception de la qualité de vie au travail demeure, par conséquent, personnelle.

Le travail constitue une part importante de notre existence. Ce concept de qualité de vie est transposable et influencé par le contexte professionnel.

3.2.2 Qualité de vie professionnelle : un concept en plein essor

Sujet d'actualité et objet de nombreux travaux, la qualité de vie au travail est une préoccupation majeure, visant l'amélioration des conditions de travail.

Le concept de qualité de vie au travail est récent en France et remonte aux années 70.

³² <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue> [consulté le 5/12/2014]

Une définition est donnée par Gilles DUPUIS³³ :

« La Qualité de Vie au Travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société »³⁴.

Il met en avant l'individu comme acteur de sa qualité de vie et les répercussions sur son environnement.

L'appréhension du facteur humain impose de s'intéresser aux professionnels en situation de travail réel. Il constitue le point central de la thématique qualité de vie au travail. Elle peut se définir, de façon restrictive, comme une formulation nouvelle de l'amélioration des conditions de travail.

La qualité de vie au travail prend en compte 6 composantes :

- la qualité des **relations humaines** ;
- la qualité du **contenu du travail** ;
- la qualité de l'**environnement** ;
- la qualité de l'**organisation du travail** ;
- le **développement professionnel** ;
- la **conciliation vie privée et vie professionnelle**.

A travers ces différentes composantes, la notion de qualité de vie au travail apparaît comme un sujet vaste. La multiplicité de ces déterminants relève aussi bien du domaine du relationnel entre collègues et avec la hiérarchie, du domaine personnel, organisationnel. Les champs d'application de cette qualité de vie au travail laissent penser à une marge d'appréciation très ouverte.

³³ Chercheur au département de médecine psychosomatique, professeur titulaire, Université du Québec à Montréal, Directeur scientifique du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale

³⁴ Dupuis, G., Martel, JP., Voirol, C., Bibeau, L., Hébert-Bonneville, N. (2009), « La qualité de vie au travail : Bilan des connaissances », CLIPP, p31

3.2.3 Les hôpitaux magnétiques

Le concept innovant des hôpitaux magnétiques est mis en place dans les années 80, aux Etats-Unis. La finalité de ces établissements attractifs présente un intérêt double : l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants et la recherche de performance des établissements de santé.

L'objectif de ces hôpitaux magnétiques répond à un contexte difficile de « main d'œuvre infirmière » : pénurie, turnover, désinvestissement, envie de changement professionnel. Il légitime l'importance de créer un environnement organisationnel attractif. Il s'inscrit dans une démarche participative collective avec la prise en compte des compétences individuelles : relationnelles et organisationnelles. La ligne hiérarchique est courte avec peu de cadres superviseurs. Huit conditions y sont associées :

- l'autonomie professionnelle ;
- le support fourni (sécurité, équipement, information) ;
- la collaboration effective entre médecins et infirmiers ;
- la valorisation professionnelle et le leadership infirmier ;
- les relations positives avec les pairs ;
- le ratio personnel adéquat ;
- le focus client ;
- l'importance de la qualité.

L'ensemble de ces critères idéalise les conditions d'exercice professionnel. Au final, l'impact escompté est la fidélisation du personnel.

Le projet ARIQ³⁵ (Attractivité, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins) est la modélisation européenne de ces hôpitaux magnétiques et poursuit la démarche dans une logique de développement durable. L'ensemble des équipes soignantes ainsi que l'encadrement de tous les services s'impliquent dans cette démarche projet, générant une véritable dynamique de groupe.

Basé sur un véritable référentiel, ce projet est évalué par un score de satisfaction au travail auprès des différents personnels investis. Il impose une politique des Ressources Humaines et un management de proximité favorisant l'autonomie et la prise de conscience des valeurs de l'établissement concerné.

³⁵ Soins Cadres n°92, Novembre 2014, « La performance par les Magnets Hospitals », p38-39

3.3 Le management et la qualité de vie professionnelle

3.3.1 L'engagement du cadre de santé

La bienveillance³⁶ managériale du cadre de santé influe sur la qualité de vie au travail. L'intégration de ce mode de management ne peut entraîner qu'un impact bénéfique sur l'équipe encadrée, par l'intérêt porté à l'individu. Toutefois, ce mode de management humaniste est-il suffisant dans cette quête de la « satisfaction au travail », du bien-être du salarié ?

Peter Ferdinand DRUCKER³⁷ donne une définition du management : « *Activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif, en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au changement* ».

Cette définition donne une dimension idéale des différents critères d'un environnement de travail optimal, d'un point de vue stratégique et opérationnel. Le cadre de santé est porteur du projet institutionnel et donne du sens au travail au sein de l'équipe. Il est responsable de la cohésion d'équipe, insufflée par son leadership. Il est conscient des contraintes inhérentes à la profession et du service dont il est responsable. Il connaît et analyse les conditions de travail de son équipe.

Le cadre de santé fédère les équipes et ce, malgré une intensification du travail. Cette approche managériale donne un caractère collectif à la ressource soignante. Il identifie les compétences individuelles de l'équipe et se pose en révélateur de talents.

Le management situationnel s'adapte à la diversité des attentes composant une institution, un service hospitalier. Selon Dominique TISSIER³⁸, ce management consiste en :

« Un ensemble « intégré » de méthodes de management orienté autour d'un système de valeurs. Il a pour fonction d'aider à l'évolution des pratiques managériales dans une organisation en diffusant une nouvelle manière d'exercer l'autorité et la responsabilité ».

³⁶ Disposition d'esprit inclinant à la compréhension, à l'indulgence envers autrui (dictionnaire Larousse)

³⁷ Professeur consultant américain en management

³⁸ Ingénieur des mines, diplômé en psychologie, consultant en management et développement des organisations

Le mode de management se définit à travers 4 styles adaptés aux situations rencontrées :

- Directif ;
- Persuasif ;
- Participatif ou explicatif ;
- Délégatif.

L'efficacité de cette méthode réside dans l'évaluation du niveau d'autonomie de la personne en fonction des contextes définis et de son développement professionnel dans l'établissement. La combinaison des compétences et de la motivation de l'individu est nécessaire à cette autonomie professionnelle. Cette considération individuelle impacte la performance collective en favorisant l'investissement de la personne dans une dynamique de projet de service mais également institutionnel.

En théorie, cette méthode semble idéale mais son application demeure complexe à mettre en œuvre et dépendante des conditions d'exercice du cadre de santé, du degré de proximité avec l'équipe, des individus qui la composent.

3.3.2 Des outils méthodologiques

La qualité de vie au travail est une donnée approximative basée sur des critères de mesures multiples : l'absentéisme, les conditions de travail, l'envie de venir travailler. Concrètement, la méthode ORSOSA propose une évaluation au plus près de l'individu sur une unité de travail donnée. A l'origine, la légitimité de ce programme est une réponse à un contexte de pénurie de soignants et d'une intensification de l'activité professionnelle.

ORSOSA³⁹ signifie ORganisation des SOins et SAnté des soignants. Il s'agit d'un programme de prévention des RPS et d'amélioration de la qualité de vie au travail. L'exemplarité des hôpitaux magnétiques en matière de fidélisation des personnels soignants, de qualité des soins et de santé des soignants, est la base de cet outil. Il s'appuie sur des données institutionnelles en matière d'organisation, de ressources humaines et de management.

³⁹ www.orsosa.fr [consulté le 07/03/15]

Le programme ORSOSA⁴⁰ est échelonné en 2 temps :

- **ORSOSA 1 :**

Une étude prospective de 4300 soignants sur 3 secteurs de soins (chirurgie, médecine, urgences/réanimation) sur les contraintes psychologiques, organisationnelles perçues par les agents, musculo-squelettiques. Cette étape constitue la phase diagnostic et s'avère transposable à tous les établissements de santé.

De nombreux questionnaires ont servi d'outils d'évaluation au programme :

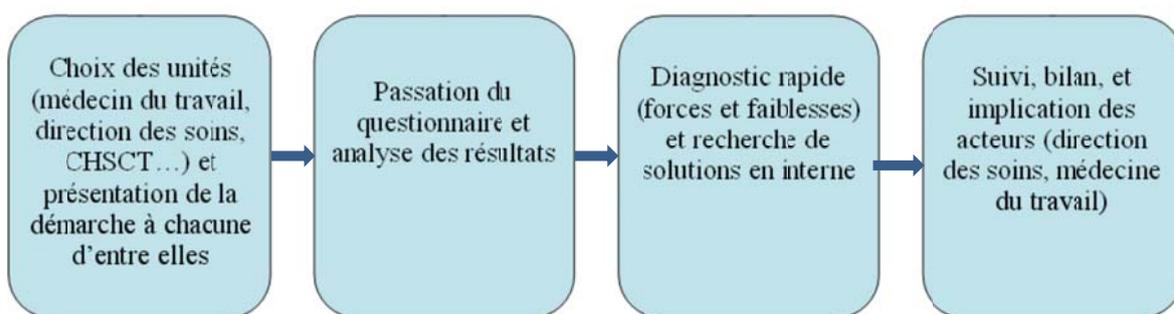
- Le Siegrist (ERI - déséquilibre effort récompense)
- Le NSS (Nursing Stress Scale) mesurant l'accompagnement des patients
- Le R-NWI sur l'autonomie et le contrôle des soignants au travail, le soutien du cadre, la collaboration des soignants avec les médecins ;
- Ainsi que des questionnaires sur l'organisation collective du travail, les dysfonctionnements organisationnels, le soutien de l'administration et le sens du travail.

La mesure des activités et de l'organisation a été effectuée grâce à des grilles d'observation et un questionnaire cadre. Les soignants ont été évalués sur leur état de santé (anxiété, « dépressivité », état cardio-vasculaire, troubles musculo-squelettiques).

Nous remarquons que de nombreuses références ont servi à l'élaboration des questionnaires finaux.

- **ORSOSA 2 :**

L'étape suivante de ce programme se découpe en 4 phases :



⁴⁰ www.orsosa.fr/public/docs/Methode-ORSOSA.pdf [consulté le 07/03/15]

Elle s'effectue sur une unité de travail et non sur l'établissement. L'outil choisi est un questionnaire auprès des infirmiers et des aides-soignants.

La démarche accompagnée par le psychologue du travail peut être faite à la demande de l'équipe, du cadre de santé, du médecin, des représentants du personnel ou de la direction des soins. Il constitue une démarche de prévention primaire et permet de mettre en exergue les points positifs et négatifs d'un service afin de définir les axes d'amélioration. La restitution s'effectue par la présentation des résultats de l'étude à l'ensemble des personnels concernés et donne lieu à la mise en place de préconisations.

Cette méthode insuffle une véritable dynamique collective, en instituant des groupes de travail pour l'amélioration des dysfonctionnements constatés. Les équipes responsabilisées s'approprient le projet.

3.3.3 Le diplôme universitaire « Management QVT et Santé »

La création d'un diplôme universitaire DU « Management de la Qualité de vie au travail et Santé » témoigne de l'importance donnée à la qualité de vie au travail. L'objectif est de *« donner au plus grand nombre un accès privilégié à ces innovations en matière de management de la qualité de vie au travail et de promotion de la santé et d'accompagner les entreprises qui structurent leur gestion des ressources humaines autour de ces thèmes »*⁴¹.

La présentation de cette formation universitaire débute par une introduction accrocheuse, une véritable interpellation dans le contexte actuel de recherche d'efficience :

"Faire de la qualité de vie au travail un levier de performance pour l'entreprise".

La création de ce cursus universitaire soulève le caractère stratégique du concept de qualité de vie professionnelle, se donner les moyens de son optimisation, la recherche de performance. Il s'adresse à un public en lien avec la gestion et la prise en charge des ressources humaines. (Annexe n°2)

⁴¹<http://iae.univ-lyon3.fr/formation-d-u-management-de-la-qualite-de-vie-au-travail-sante-542848.kjsp> [consulté le 15/11/2014]

L'existence de ce diplôme universitaire conforte les enjeux autour de la qualité de vie au travail. Il s'effectue à temps partiel sur un an et fait l'objet d'un travail de fin d'études sur une analyse critique d'une action d'amélioration de la qualité de vie au travail. Il s'agit d'une approche généraliste des milieux du travail à adapter au fonctionnement hospitalier.

4 L'ENQUETE

4.1 Le terrain

Au regard de la problématique, le terrain d'enquête sur la thématique de la qualité de vie professionnelle est le bloc opératoire, lieu d'exercice professionnel des infirmiers anesthésistes, spécialisation dont nous sommes issus. Le choix du terrain est stratégique car il nous permet de nous positionner et de faire intervenir notre expérience personnelle.

Les entretiens semi-directifs ne s'effectuent pas auprès d'anciens collègues infirmiers anesthésistes. Le contact établi lors d'entretien serait problématique avec la réintégration dans ce même établissement. Il présenterait une double difficulté d'interprétation, en rapport avec la connaissance des conditions de travail et une future prise de poste dans ce même établissement en tant que cadre de santé.

4.2 Les outils d'enquête

Deux outils d'enquête sont utilisés pour cette recherche : le questionnaire et l'entretien semi-directif.

Des **questionnaires électroniques** sont élaborés par l'intermédiaire de *Google doc*. Ils sont envoyés de façon diffuse dans le réseau professionnel. L'objectif est fixé à 25 réponses, le nombre de questionnaires s'élève à 24 en 15 jours. La diffusion a débuté le 10 mars et la récupération s'est achevée le 24 mars.

(Annexe n°3)

Le choix du second outil s'est porté sur **l'entretien semi directif**. Il permet une relation directe avec les personnes interviewées et le réajustement de l'orientation de l'entretien, en fonction des réponses données. L'observation du langage para verbal est un bon indicateur de la difficulté de développer sur le thème exploré. Ces entretiens sont enregistrés avec l'accord des personnes interrogées.

(Annexe n°4)

4.3 La population ciblée

La population choisie comprend plusieurs corps de métier:

- Au niveau des ressources humaines :
 - ✓ Une consultante formatrice en ressources humaines avec une expérience de 8 ans en tant que responsable emplois et carrières, dans un établissement hospitalier privé ;
Durée de l'entretien : 21min
 - ✓ Une responsable à la DRH des conditions de travail et de l'aménagement du temps de travail, en poste depuis un an et demi dans un ESPIC- Mission de longue durée sur les conditions de travail et sur la qualité de vie au travail ;
Durée de l'entretien : 26min
- Un cadre paramédical de pôle siégeant au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail, exerçant dans un établissement hospitalier de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ;
Durée de l'entretien : 64 min
- Un médecin des pathologies professionnelles, exerçant à temps plein, dans un établissement hospitalier AP-HP. Professeur à la médecine du travail, chargé de la formation universitaire des futurs spécialistes en santé du travail (internes, médecins en reconversion, infirmiers en santé du travail), chercheur à l'INSERM⁴² sur l'épidémiologie des troubles musculo-squelettiques, en intra-hospitalier, développement d'une unité de consultations des pathologies professionnelles ;
Durée de l'entretien : 27min (Annexe n°5)
- Deux cadres de Santé d'anesthésie :
 - ✓ Un cadre de santé d'anesthésie diplômé depuis 2008, exerçant dans un établissement reconnu d'utilité publique ;
Durée de l'entretien : 26min

⁴² Institut national de la santé et de la recherche médicale

- ✓ Un cadre supérieur du pôle Anesthésie Réanimation, cadre supérieur du Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) et de l'équipe mobile de soins palliatifs, titulaire d'une licence en psycho-sociologie, d'un DU en gestion des risques en réanimation et sur les risques psychosociaux
Exerce en ESPIC, depuis 1981 ;
Durée de l'entretien : 59min
- Des infirmiers anesthésistes :
La diffusion aléatoire des questionnaires ne permet pas de spécifier le lieu d'exercice exact des personnes interrogées mais a permis un échantillonnage important au niveau géographique (région parisienne, province, étranger) et statutaire (structures privées et publiques).

5 LES LIMITES

5.1 En amont

Pour mener ce travail de recherche, plusieurs populations sont sélectionnées. La première difficulté fut d'élaborer une grille d'entretien spécifique aux différents corps de métier : la Direction des Ressources Humaines, la Médecine du travail, le Comité d'Hygiène, de Santé et des Conditions de Travail et les cadres de santé.

La prise de rendez-vous est problématique. Les Directions des Ressources Humaines ont été difficilement joignables et mettent en avant un emploi du temps chargé et peu compatible avec une demande d'entretien d'une étudiante cadre de santé. Au total, l'absence de réponse aux appels téléphoniques pour une institution ainsi qu'une annulation de 2 rendez-vous au sein d'une même structure avec un DRH et un cadre de santé anesthésie ont été un contre temps dans l'élaboration de ce travail de recherche. Au final, les entretiens ont été possibles grâce à la sollicitation du réseau personnel.

5.2 Lors de la réalisation

A l'origine, seuls des entretiens semi-directifs étaient prévus pour effectuer ce travail d'investigation.

Le guide des entretiens semi-directifs n'a pas été strictement suivi car les personnes interrogées anticipaient certaines réponses dans les questions posées. Cette méthodologie nous a confrontés à notre inexpérience dans la conduite des premiers entretiens. Afin d'éviter les redites, un réajustement permanent dans le déroulé de

l'entretien est nécessaire, imposant une concentration maximale pendant toute la durée des échanges. Les entretiens sont effectués sur le lieu de travail des personnes interrogées et ont tous été perturbés par des appels téléphoniques ou l'interruption inopinée de personnes.

Dès le début des entretiens auprès de la population des infirmiers anesthésistes, nous sommes confrontés à une difficulté concernant la thématique du travail. Pour la plupart des infirmiers anesthésistes, la qualité de vie au travail apparaît comme un concept difficile à définir et ce malgré des exemples donnés pour les aider dans leur réflexion, avec le risque, effectivement d'induire les réponses. Le rythme des entretiens est discontinu, entrecoupé de soupirs, de verbalisations difficiles pour la personne interrogée.

La critique émise par ces 3 personnes interrogées se formalise sur la difficulté d'un tel sujet et la nécessité d'un temps de réflexion sur la thématique abordée.

Les entretiens achevés, le cheminement de pensées de ces premières personnes interviewées se poursuit. Elles nous font part de leur conception sur la qualité de vie au travail, à posteriori. Les entretiens enregistrés s'avèrent obsolètes et les échanges en dehors de ce temps d'entretien plus productifs et riches.

Face à ce premier contre temps de l'enquête, il est décidé en accord avec notre directrice de mémoire de modifier l'outil d'enquête auprès des infirmiers anesthésistes. Un questionnaire est élaboré et prend en compte les réajustements suite aux premiers entretiens. L'interviewé est interrogé sur les déterminants de la qualité de vie au travail. Le questionnaire modifié permet de prendre connaissance de la thématique et donne un temps de réflexion nécessaire au renseignement du questionnaire.

Influencés par les nouvelles techniques d'information et de communication, les questionnaires électroniques sont choisis comme outil de recueil de données auprès des infirmiers anesthésistes. Plusieurs questionnaires de professionnels de santé nous ont été soumis et la facilité d'utilisation séduisante de prime abord.

L'auteur du questionnaire recueille instantanément les données transmises. Il n'est pas nécessaire de désigner un responsable pour l'acheminement des questionnaires « papier ». La sollicitation du réseau professionnel s'effectue par l'intermédiaire de mails de relance réguliers et de diffusion par relations. Une évaluation quotidienne des réponses permet un suivi en temps réel. La période correspond à une diffusion pléthorique de questionnaires, auprès de la population ciblée, ce qui accroît la difficulté d'obtention de réponses.

Il apparaît que cet outil informatique montre des limites dans son utilisation : mauvaises manipulations, difficultés à ouvrir le lien, absence de maîtrise de l'outil, nécessité de télécharger l'application pour accéder au questionnaire en ligne.

Ultérieurement à la date limite de réponse aux questionnaires, des mails nous parviennent pour nous indiquer une tardive réactivité concernant l'envoi de ce dernier. L'échéance de finalisation de ce travail ne permet pas d'ouvrir à nouveau l'accès aux questionnaires électroniques, même si un délai supplémentaire aurait été une solution pour recueillir des données complémentaires.

La thématique du mémoire « Qualité de vie au travail » touche le domaine du personnel et nécessite une réflexion sur son travail, les conditions d'exercice de celui-ci, d'envisager les améliorations potentielles, les manques. En effet, il ne s'agit pas de réfléchir sur une pratique rodée mais plutôt de comprendre le sens du sujet « qualité de vie au travail ». C'est pourquoi, il nous a semblé important d'utiliser deux outils complémentaires.

5.3 Pour l'analyse

Les questionnaires électroniques apportent des données quantitatives alors que les entretiens amènent des informations sur le plan qualitatif. La difficulté de ces outils distincts est de parvenir à croiser la masse de données et de les hiérarchiser, de façon judicieuse en thèmes principaux. Cet exercice s'avère être d'une relative complexité car la thématique de la qualité de vie professionnelle amène beaucoup de subjectivité.

Les résultats peuvent avoir été orientés par les items proposés dans les questions aux soignants. Néanmoins, cela a permis de développer différents thèmes dans ce travail et d'approfondir à partir de ces éléments la réflexion des personnes interrogées.

La limite omniprésente dans ces 3 phases du travail est le temps imparti pour sa réalisation.

6 SYNTHÈSE DES RESULTATS

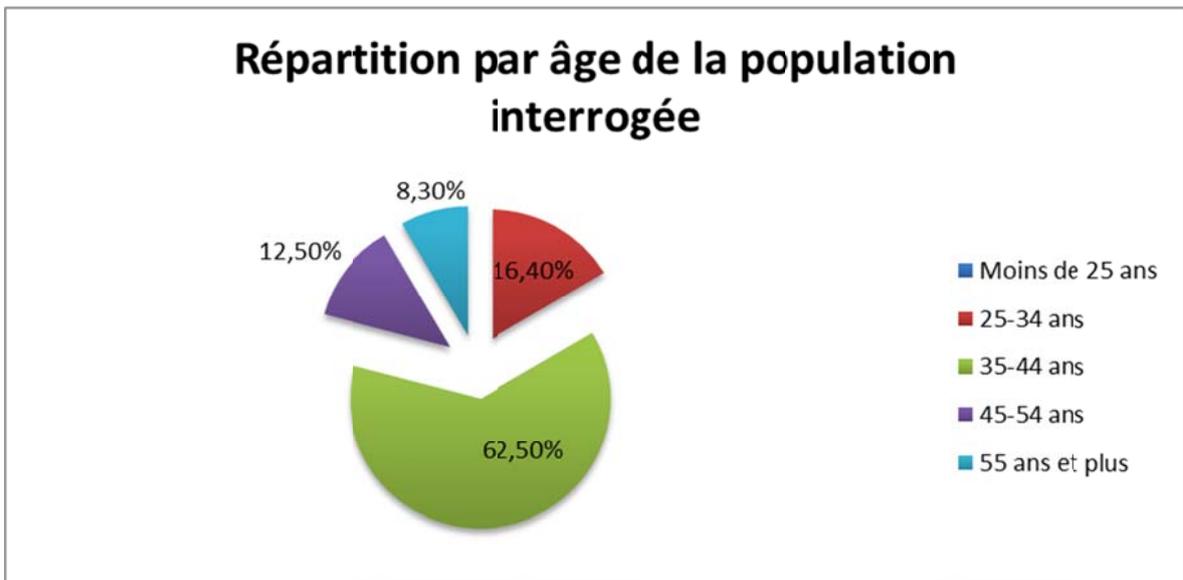
Nous avons décidé de présenter les résultats de l'enquête en 2 parties, correspondant aux outils utilisés : le questionnaire et l'entretien. Cette distinction permet une complémentarité sur la thématique: les infirmiers anesthésistes et leur qualité de vie au travail, les personnes susceptibles de l'impacter.

6.1 Les questionnaires électroniques des IADES

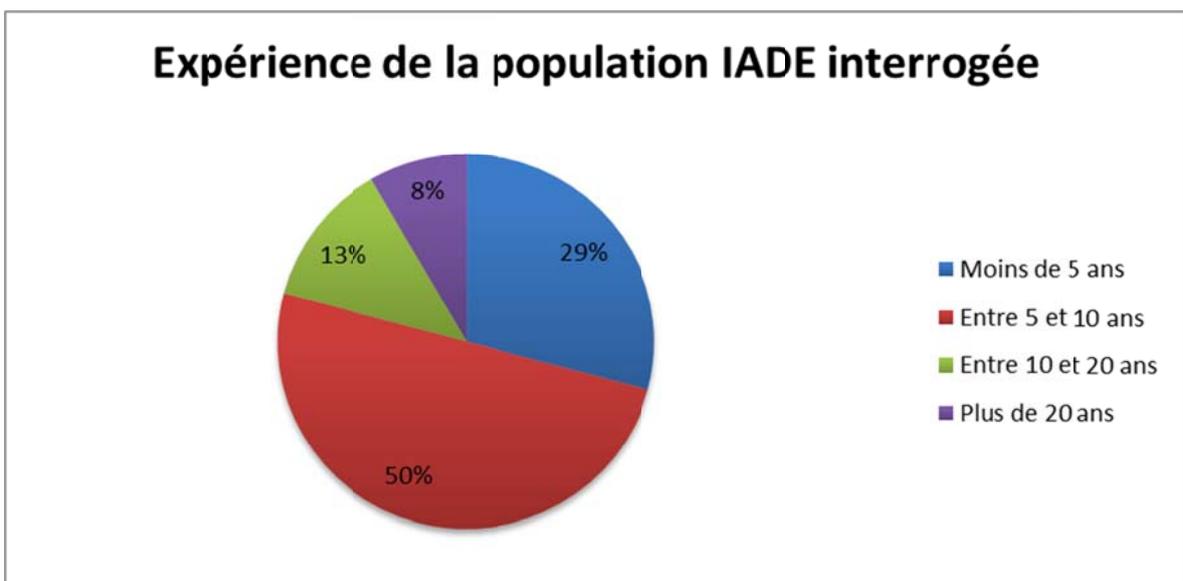
Représentativité :

Deux questions sur l'âge et la durée d'expérience professionnelle des infirmiers anesthésistes permettent d'établir la représentativité de l'échantillon interrogé.

L'âge des 24 professionnels interrogés est réparti ainsi :



L'enquête a permis de définir l'expérience professionnelle de la population interrogée sur des périodes de 5 et 10 ans.



Une définition multidimensionnelle de la QVT

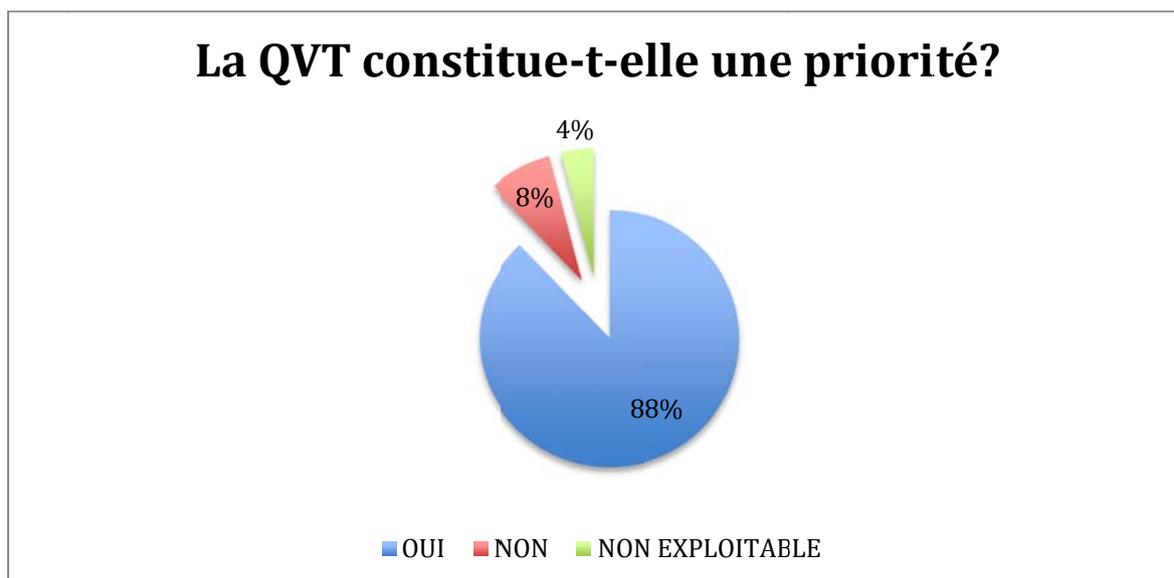
Une question ouverte sur une définition de la QVT montre l'étendue des champs d'appréhension de la qualité de vie professionnelle. Les réponses faites par les infirmiers anesthésistes sont multiples.

Toutefois, 14 d'entre eux intègrent dans leur définition de la QVT, **l'importance de l'équipe** concernant l'ambiance, l'entraide et l'écoute. En seconde position, **les conditions matérielles de travail** (locaux et matériel) et le sentiment de **bien-être et de satisfaction** sont cités par 9 IADES.

Cette question d'introduction sur la thématique de la qualité de vie professionnelle constitue une première approche du concept et constitue un premier élément de réponse. La suite du questionnaire apporte des éléments d'approfondissement supplémentaires et complémentaires sur la conception de la qualité de vie professionnelle.

La conception de la QVT

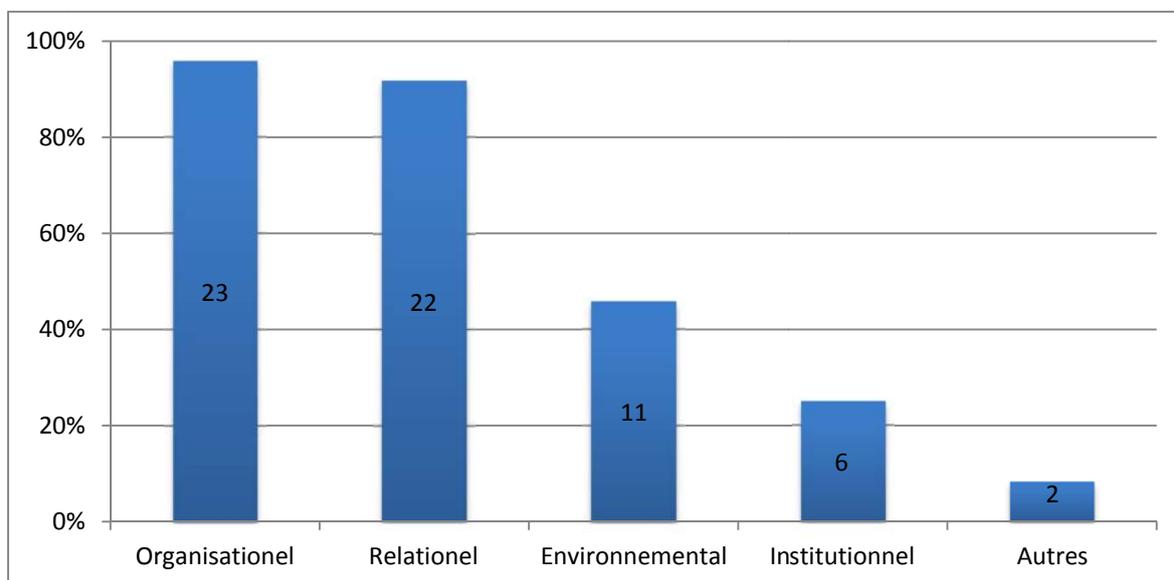
Les questions en lien avec la conception de la QVT justifient l'intérêt de la thématique et permettent d'ouvrir des axes de réflexion supplémentaires.



Sur l'échantillon des 24 IADES interrogés, 21 estiment que la QVT est une priorité. Seuls 2 IADES, diplômés respectivement en 1985 et 1998, ont répondu de façon

négative. Dans cette enquête, la **qualité de vie professionnelle** apparaît comme **une priorité** pour la majorité de la population interrogée.

Les infirmiers anesthésistes se sont positionnés sur une **hiérarchisation des domaines importants et responsables de leur qualité de vie au travail**. Quatre choix étaient proposés avec une ouverture de réponse vers d'autres items.



Au niveau **organisationnel**, les principaux arguments des personnes interrogées sont le **respect du programme opératoire** ainsi que celui du **planning** et des **horaires**.

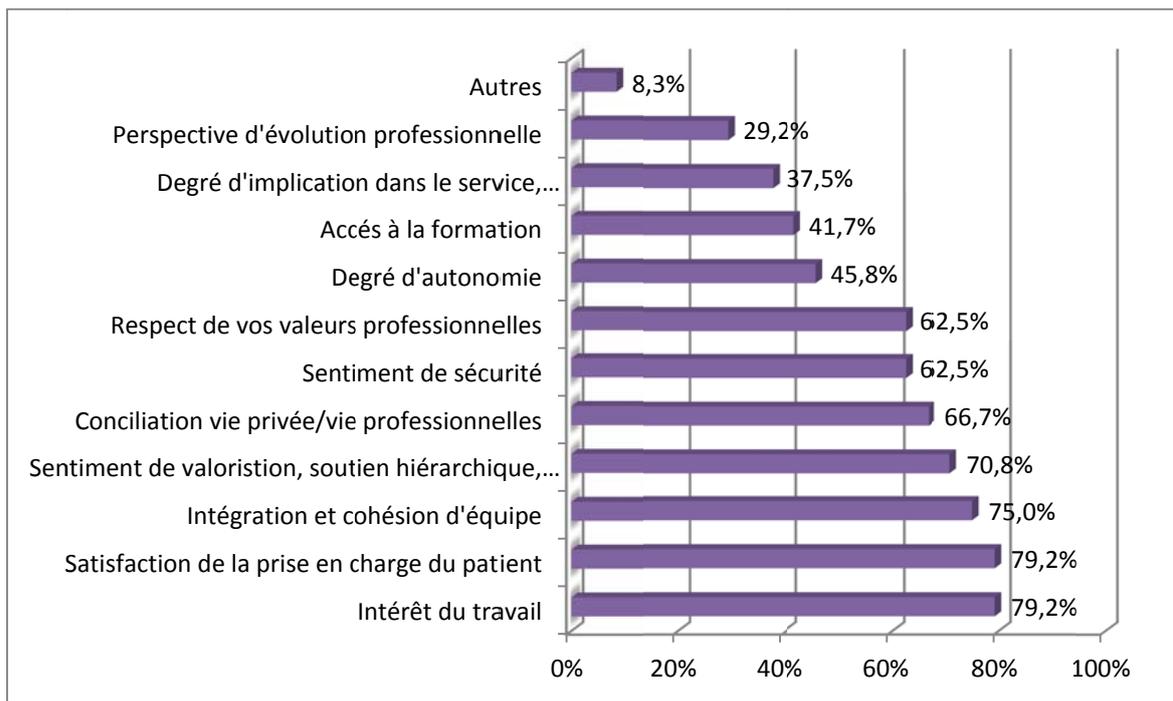
Concernant la **dimension relationnelle**, l'« **entente** », l'ambiance au sein de l'équipe intéresse tous les professionnels indépendamment de la teneur de la collaboration, directe avec le MAR ou indirecte. Elle est appréhendée de façon générale.

Des « *locaux et du matériel adapté, disponible* » sont largement cités par les IADES, cela concerne leur **environnement** de travail.

Le **développement professionnel** est souligné à travers les **formations** et la perspective **d'évolution professionnelle**.

L'évaluation individuelle de la QVT

Un certain nombre d'items ont été proposés aux IADES concernant l'évaluation de leur qualité de vie professionnelle.



En regard des résultats, les déterminants responsables de la QVT sont multiples. Ils sont hiérarchisés par fréquence de citations.

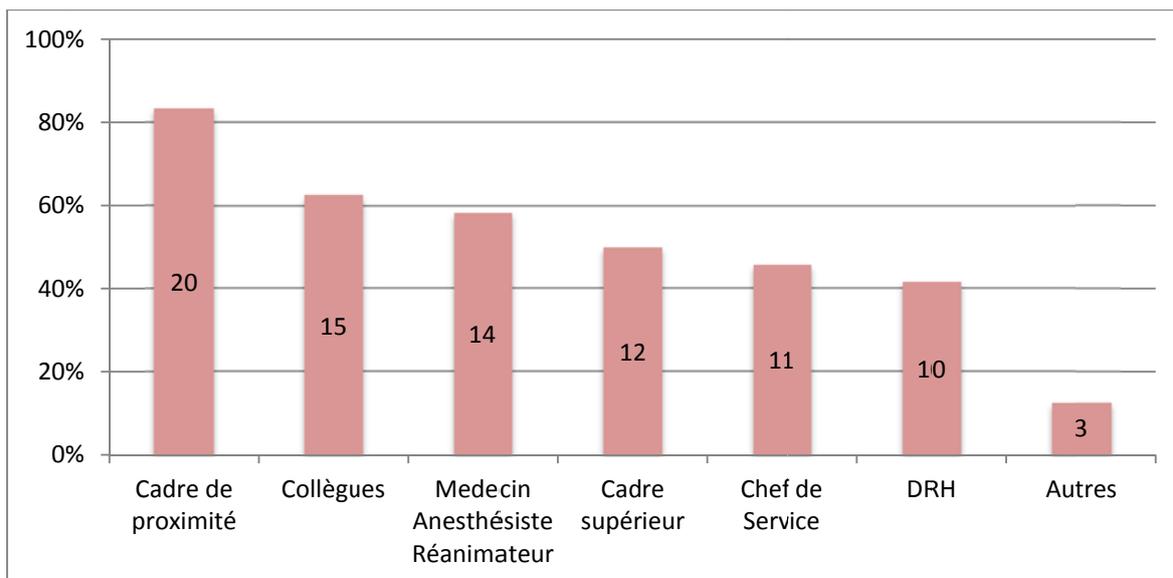
La conception des soignants

Aux questions sur la responsabilité et les attentes concernant la qualité de vie au travail, l'unanimité des IADES interrogés estiment avoir une responsabilité dans leur QVT. Elle se situe, en premier lieu, pour 18 d'entre eux **au niveau relationnel**, dans leur attitude face à l'autre, face à l'équipe.

En seconde justification, elle se situe **au niveau de l'investissement personnel** mobilisé dans un souci d'amélioration et les répercussions sur le lieu de travail.

Pour les IADES, plusieurs propositions concernant un potentiel garant de cette qualité de vie au travail sont proposées, au regard de l'encadrement, des instances et des collaborateurs directs de l'infirmier anesthésiste.

L'histogramme suivant présente les responsabilités de la QVT imputés à différents interlocuteurs rencontrés au sein de l'institution hospitalière.



Le **cadre de santé de proximité** se démarque largement, devant les **collègues** puis le **médecin anesthésiste-réanimateur**. Les 3 garants les plus couramment cités sont majoritairement classés dans ce même ordre de responsabilité, ce sont des responsabilités partagées.

Pour un IADE, l'information ascendante est nécessaire et passe par le cadre de proximité, le « *maillon indispensable* » qui transmet au cadre supérieur puis à la DRH. Le chirurgien a également, pour un IADE, un rôle dans la QVT. Deux IADES pensent que cela est dû à l'équipe dans sa globalité car il y a trop d'intervenants pour garantir une qualité de vie au travail.

La Direction des Ressources Humaines

Quatre thématiques se dégagent concernant les attentes des IADES envers la DRH. Ils font part de leurs **exigences salariales** qui doivent être adaptées au travail fourni et aux conditions d'exercice (heures supplémentaires payées, conditions de travail dans le privé).

L'**accès aux formations** relève également de la direction des ressources humaines. Ils souhaiteraient des **garanties** concernant le respect du temps de travail et des conditions de travail (moyens suffisants). Les IADES interrogés aimeraient davantage de **disponibilité**, d'**écoute** (personnel et encadrement) ainsi que de l'**intérêt** par rapport à la connaissance de leur travail et des facteurs de pénibilité.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Le CHSCT apparaît pour les IADE comme une instance au service de la QVT. Dans les réponses fournies, il s'inscrit dans un processus d'amélioration des conditions de travail, il doit établir un **constat de la réalité du travail**, des **difficultés** du métier d'infirmier anesthésiste. Ils souhaitent une **implication** dans la réflexion des axes d'amélioration et des **solutions** en matière d'ergonomie, des temps de travail, des horaires, de sécurité.

Une IADE émet la possibilité de réaliser des audits par ces derniers.

La Médecine du travail

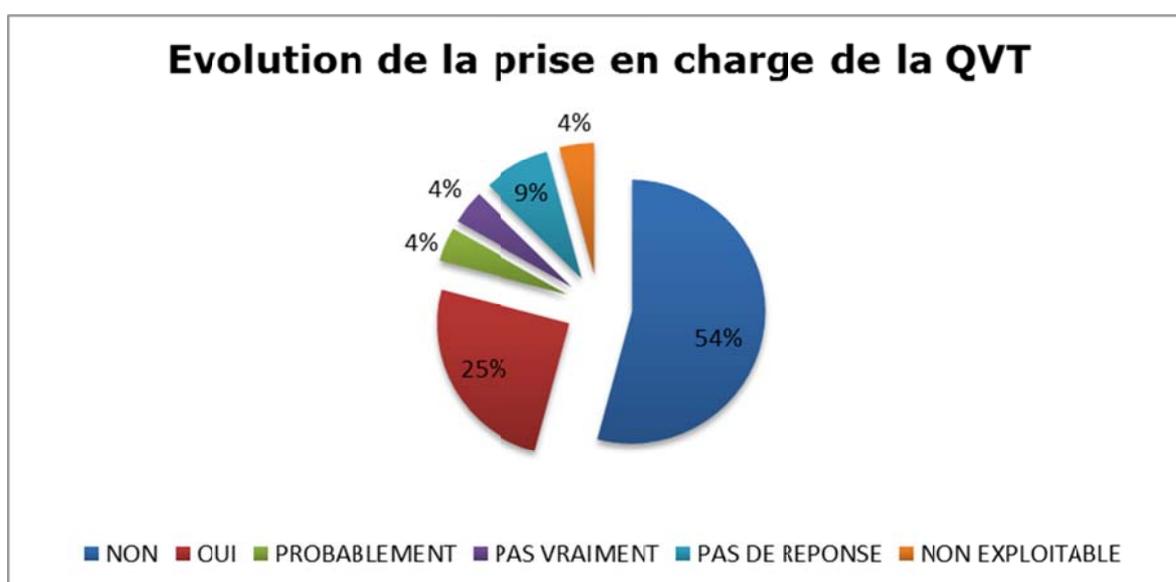
Sur les 24 professionnels interrogés, 2 ne se sont pas prononcés et 4 n'ont aucune attente de la part de la médecine du travail.

17 IADES souhaiteraient davantage d'**implications** de la médecine du travail, en ce qui concerne leur **suivi médical**, des **risques inhérents à leur profession**, davantage d'**écoute**, de **proximité** et de **dynamisme**.

2 IADES souhaiteraient un rôle accru dans la détection des burn-out.

L'évolution de la QVT

Concernant une évolution de la prise en compte de la QVT ces dernières années, les réponses des IADES sont représentées par le schéma suivant.



54% des IADES n'ont ressenti aucune évolution de la prise en charge de la QVT, ces dernières années. Elle n'apparaît pas comme une évolution mais « *une prise de conscience de l'impact sur l'efficacité de notre travail lorsque la qualité de vie au travail est optimale* ». « *On nous en demande toujours plus avec moins de moyens matériels et humains* ».

Pour 6 IADES sur 24 interrogés, une évolution positive est liée soit à un **facteur humain** : un changement du cadre de proximité, l'introduction du préventeur, soit à une **amélioration des conditions de travail contextuelles** (construction de nouveaux locaux avec fenêtres sur l'extérieur, rythmes de travail en lien avec une augmentation de l'activité, innovation matérielle, informatisation, ergonomie).

6.2 Les entretiens

La définition de la QVT et son application

L'ensemble des personnes interrogées, les cadres de santé, le médecin des pathologies professionnelles, la consultante et la responsable DRH citent les **conditions de travail** dans leur définition de la QVT. Elles se déclinent par l'aménagement des locaux, des lieux de détente et des moments de convivialité, du matériel adapté et ergonomique à disposition des soignants. La responsable des conditions de travail nous fait part des différents **projets de son établissement** (conciergerie, salle de luminothérapie, objectif de prise en charge de tous les berceaux, mutuelle gratuite).

La consultante DRH cite :

« C'est avoir plaisir à venir travailler, c'est une ambiance de travail où l'on a confiance, c'est avoir des objectifs adaptés, c'est de pouvoir y mettre sa pâte à soi, c'est respecter l'individualité et mettre toutes ses individualités au service de la collectivité et de la structure ».

Deux cadres de santé font le **lien entre le travail et la vie personnelle**. L'un d'eux cite :

« Je fais un résumé de la qualité de vie au travail depuis de nombreuses années sur un salarié qui est bien chez soi et qui est bien au travail, pour qu'il soit bien chez soi, faut qu'il soit bien au travail et pour qu'il soit bien au travail, faut qu'il soit bien chez soi ».

Ils insistent sur l'interaction des domaines privés et professionnels et du cadre collectif. Cet aspect de la QVT est également évoqué dans la définition donnée par la responsable DRH des conditions de travail et du temps de travail :

« Un équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle »

Le cadre du CHSCT introduit la **dimension du collectif** dans sa définition de la QVT :

« Un équilibre subtil entre l'individuel qui respecte vie professionnelle et vie personnelle et le cadre collectif ».

Au niveau **organisationnel**, les plannings et les horaires se répercutent sur la qualité de vie professionnelle pour les cadres de santé et du CHSCT.

Le médecin des pathologies professionnelles souligne la **difficulté à définir** ce concept de QVT :

« Je sais définir une qualité de vie mais une qualité de vie au travail, c'est une donnée qui est compliquée, c'est quelque chose de multifactoriel ».

Selon lui, en France, il faut parler de notion de bien-être, de ressenti, qu'il différencie de la QVT qui est mesurée par des **indicateurs spécifiques**, définis dans certaines études. Il insiste sur la méthode ORSOSA, comme outil d'évaluation de cette QVT et de mesure sur le terrain des *« contraintes physiques et psycho-organisationnelles »*.

Selon le médecin des pathologies professionnelles, la **prise en charge de la QVT** nécessite la **validation d'échelles de mesures** et la **mise en place d'une démarche de limitation des risques** au sein des services. Il insiste à plusieurs reprises sur la **responsabilité de plusieurs acteurs**.

« Cela ne peut être fait que si il y a une véritable volonté à tous les niveaux ».

La collaboration avec la médecine du travail est possible :

« A partir du moment où vous avez une impulsion de la Direction, le cadre qui est partant, le médecin, vous pouvez arriver et les aider à construire quelque chose avec des professionnels... le service de santé au travail...le service...l'ergonome, les psychologues du travail ».

Il met en exergue la **dimension collective** de cette recherche de qualité de vie au travail, tout au long de l'entretien.

Les cadres de santé dénoncent l'« *inadéquation des décisions prises au niveau de la médecine du travail* » par rapport au fonctionnement des services.

La **communication** est citée par les cadres de santé d'anesthésie et du CHSCT ainsi que par la consultante DRH. L'**information** du professionnel concernant les projets de l'établissement est mentionnée, « *je pense que de les impliquer, d'en faire des moteurs, c'est également de la qualité de vie au travail* ». Il apparaît pour le cadre de santé représenté au CHSCT que la communication est **primordiale à différents niveaux**, lors du recrutement. Elle mentionne que :

« Lors du recrutement, les contraintes du travail, les difficultés inhérentes au service et à la profession (horaires, gardes, pathologies rencontrées, attitudes des personnes, responsabilités du poste) ne doivent pas être occultés. La prise de poste s'accompagne de l'objectivité du poste de travail ».

L'un des cadres d'anesthésie, dans sa définition, souligne **sa responsabilité** en matière de QVT.

« La qualité de vie au travail est un sujet positif, faire son travail dans de bonnes conditions, que l'on induit en fonction des exigences de la direction, des directives et cela est à nous de les assumer dans des conditions de bien être pour l'équipe, si le cadre de santé parvient à induire une bonne qualité de vie au travail, il permettra à son équipe de s'impliquer dans le projet d'établissement... ».

Au cours des entretiens avec les cadres de santé, des opinions contradictoires ont été avancés concernant la **satisfaction de l'équipe**. Un des arguments avancé est la taille de l'équipe. Pour l'un des cadres de santé, une **équipe restreinte** est facilitante car il permet un **meilleur contact de proximité**, une meilleure **dynamique d'équipe**. Pour le membre du CHSCT, une **équipe conséquente** est plus propice à la QVT car cela permet de mieux adapter les exigences individuelles aux exigences organisationnelles du collectif.

Au niveau institutionnel, la consultante DRH souligne la **possibilité de permettre aux agents de se former**.

« D'abord, une GEPC suffisamment élaborée pour que les gens puissent accéder à l'évolution de carrière, en lien et adapté au potentiel des individus ».

Elle souligne la **dimension organisationnelle** :

« Une organisation stable avec une vision suffisamment claire à laquelle les gens ont envie d'adhérer et communiquer sur cette vision et en tout cas qu'il y ait une certaine stabilité dans les décisions dans les décisions prises, même si je le comprends bien, il y a un contexte économique difficile ».

L'unanimité des personnes interviewées insiste sur le suivi de **formation des cadres de santé** dans la prise en charge de la QVT au niveau des **RPS**, des **TMS**.

La responsable et la consultante DRH intègrent les managers dans la **prévention des RPS, au travers de formations dispensées** au sein de l'établissement de soin ainsi que sur des thèmes en lien avec la QVT.

La collaboration entre les instances

Pour l'ensemble des personnes interviewées, la QVT est une affaire de **collaboration multiple**, entre le CHSCT, la médecine du travail, le cadre de santé, la DRH. Dans les entretiens, la création de groupes de travail a été citée à plusieurs reprises.

Le membre du CHSCT souligne :

« L'intérêt de l'équipe pluridisciplinaire, du discours commun et la résultante de ces interactions est la stabilité des organisations ».

Concernant la collaboration avec le CHSCT, l'un des cadres d'anesthésie parle de rôle *« curatif »* :

« Nous sommes conviés au CHSCT seulement quand il y a un problème, ça c'est évident, c'est le seul lien que l'on a ».

Les reproches sont pour le cadre de santé en anesthésie et du CHSCT sa *« vision individualiste »*, *« l'intérêt individuel qui est différent du fonctionnement collectif »*.

L'application de la QVT

A plusieurs reprises, sont cités comme limites à la mise en œuvre de la QVT, **l'aspect financier**, le **manque de temps et de moyens alloués**.

L'un des cadres de santé souligne :

« Tout cela, c'est un budget que les Directions, tout en prônant la QVT, ont du mal à mettre en œuvre. La QVT arrive en même temps, dans un phénomène médico économique où il faut faire des économies ».

La consultante DRH pense qu'il faut donner les moyens au cadre de proximité, les écouter.

« Ce sont eux qui sont le plus proches des équipes, du terrain ».

7 L'ANALYSE

L'objectif de cette enquête est de définir une conception de la qualité de vie professionnelle pour l'ensemble des individus interrogés et du rôle joué par ces différents interlocuteurs, les obligations et les interférences permettant au cadre de santé de la mettre en œuvre. L'analyse est le résultat de la confrontation entre la perception des différents professionnels interrogés et les différents concepts développés et replacés dans le contexte actuel.

Représentativité

Les résultats concernant la représentativité de l'échantillon des infirmiers anesthésistes permettent de considérer que les questionnaires fournissent des réponses représentatives en termes d'âge et d'expérience professionnelle. Les opinions sur la thématique de la qualité de vie professionnelle oscillent entre le début de carrière et l'approche de la fin de l'exercice professionnel en tant qu'infirmier anesthésiste ainsi que des âges très étendus de 25 ans à 55 ans et plus. Les moins de 25 ans ne sont pas représentés et cela se justifie par le cursus de formation. La spécialisation de la profession nécessite un minimum d'exercice professionnel infirmier de 2 ans au préalable et la profession infirmière des études de 3 ans.

Conception de la QVT

La notion de qualité de vie au travail est récente et apparaît comme un concept novateur ce qui justifie des définitions peu développées dans un premier temps et

essentiellement axées sur le domaine du relationnel et matériel. Elle est toutefois considérée comme une priorité pour l'ensemble de la population interrogée, à l'exception de deux infirmiers anesthésistes ayant une ancienneté de travail et probablement peu sensibilisés à cette nouvelle approche de l'individu et à sa qualité de vie professionnelle.

Entretiens et questionnaires confondus mettent en évidence les **conditions relationnelles du travail**. La qualité de vie au travail se définit à travers la **notion d'équipe**, de **convivialité**, d'**ambiance** et d'**entraide**.

Le milieu du bloc opératoire ne semble pas générer de conflit relationnel spécifique chez les infirmiers anesthésistes, avec leurs collaborateurs directs : les médecins et leurs pairs. L'origine de conflit relationnel mis en évidence au bloc opératoire se situe au niveau de la personnalité des individus. Ce sont des situations isolées qui n'ont pas de rapport direct avec le travail, n'ayant pas d'impact sur la cohésion du groupe, notion capitale de la dimension de la QVT.

Dans la psychodynamique du travail, Christophe DEJOURS reprend ces deux éléments que sont les exigences du travail et les besoins du travailleur. La cohésion d'équipe et le sens du travail, élément déterminant dans cette dynamique est un besoin pour l'IADE.

Des exigences par rapport au travail ont été citées par les cadres de santé et du CHSCT. De leur point de vue managérial, ils priorisent le **collectif aux individualités**. A ce niveau, nous pouvons parler du cadre de santé comme un garant participant au maintien de la qualité de vie, sur une conception collective. Les exigences sont donc variables en fonction des corps de métier. L'infirmier anesthésiste se situe dans une appréhension de la QVT comme un ressenti individuel où sa relation à l'autre est primordiale alors que l'encadrement l'envisage comme un impératif collectif, avant l'intérêt personnel du professionnel. Le fonctionnement du service est la priorité de l'encadrement, dans un souci d'équité, comme l'ont signalé à deux reprises les cadres de santé. La consultante DRH réaffirme cet aspect collectif et introduit la **notion d'investissement personnel** dans le travail. Le collectif et l'individuel se mêlent aux exigences de fonctionnement d'un service et aux membres le constituant.

L'**intégration** et la **cohésion d'équipe** constituent un des marqueurs de la qualité de vie professionnelle. Ces deux données peuvent être favorisées, selon le cadre supérieur de santé par des lieux de détente corrects ainsi que l'organisation de moments conviviaux par les cadres de santé (ex : « apéro dinatoire » après une réunion de service). L'« effet Hawthorne » démontre qu'un des moyens de motivations

et d'investissement de l'individu est l'intérêt porté à celui-ci par la hiérarchie. Considérer le professionnel dans son individualité apparaît comme un axe stratégique du cadre de santé, une attitude propice à l'épanouissement du travailleur et à son investissement sur son lieu d'exercice professionnel. Par conséquent, ces paramètres contribuent à la qualité de vie professionnelle mais ils doivent s'inscrire dans le respect de l'équipe, du fonctionnement institutionnel. Les relations humaines apparaissent comme une dimension indissociable du quotidien du professionnel de santé.

Pourtant, l'enquête auprès des soignants ne met pas en évidence de besoins en communication spécifiques. Ce paramètre est évoqué uniquement par les cadres de santé. La création de groupes favorisant l'écoute et les échanges est préconisée à différents niveaux, non seulement au sein l'équipe mais également avec la direction des ressources humaines. La configuration close du bloc opératoire peut être une difficulté pour rencontrer les instances. Réussir à se réunir et coordonner les disponibilités de chacun est une opération complexe.

La qualité de vie professionnelle intègre également les **conditions matérielles de travail** : locaux et matériels ergonomes. Les missions du cadre de santé s'inscrivent dans cet environnement de travail puisqu'il intervient dans la régulation des dysfonctionnements majeurs et l'entretien des locaux. Il assure également l'approvisionnement direct ou par délégation du matériel indispensable au bon déroulement du travail quotidien et à la prise en charge optimale du patient.

Au regard des missions du CHSCT, les infirmiers anesthésistes souhaiteraient davantage d'**implication** dans le constat de la réalité de leur travail. Le CHSCT apparaît comme une ressource, un recours potentiel pour l'équipe et dans une optique d'**amélioration de leurs conditions de travail**. L'aspect sécuritaire des conditions de travail apparaît dans l'enquête comme un critère d'évaluation de la qualité de vie au travail. Dans les entretiens, il apparaît clairement que la collaboration du CHSCT avec les différentes instances, l'encadrement et le service de la santé au travail, doit s'inscrire dans une dynamique et une perspective de « *forces de propositions* ». L'intervention du CHSCT est souhaitée sur un mode préventif et pas uniquement curatif, comme l'a souligné un cadre de santé. Il apparaît au terme de cette enquête effectuée auprès de nombreux infirmiers anesthésistes exerçant dans des établissements distincts que cette instance n'est pas assez réactive, initiatrice de projets. Pour pallier à cet état de fait, la cadre de santé, membre du CHSCT amène un point de vue intéressant. Le meilleur juge est le professionnel qui connaît la réalité de son lieu d'exercice, de sa fonction. Il peut prétendre à une véritable fonction de porte-parole sur ses véritables conditions de travail. En dehors de son identification à des

organisations syndicales, le professionnel de santé en s'impliquant au CHSCT peut influencer sa QVT. Il s'agit ici d'une démarche volontaire personnelle avec un état des lieux de la réalité du terrain.

L'anesthésie est un domaine précurseur dans la gestion des risques. Toute la culture professionnelle de la spécialité ressort à travers les différents déterminants de la qualité de vie professionnelle, cités. La complémentarité des aspects organisationnels et environnementaux instaure un climat de sécurité dans l'exercice professionnel de l'infirmier anesthésiste.

Les infirmiers anesthésistes évaluent leur qualité de vie professionnelle à travers **l'intérêt pour leur travail et la satisfaction de la prise en charge du patient.**

L'anesthésie n'est pas perçue comme une spécialité qui touche au relationnel mais plutôt valorisée par la technicité. Nous constatons dans ce travail d'investigation que le patient donne du sens au travail. L'attitude des soignants en souffrance se manifeste auprès des patients soit par leur investissement professionnel pour compenser ce sentiment (l'éthique soignante situe le patient au cœur du métier), soit par un désintérêt pour ce dernier avec les risques délétères que cela implique en termes de qualité et de sécurité des soins.

La satisfaction implique ici le sentiment du travail bien fait et la motivation pour le travail.

Pour HERZBERG, la motivation est le résultat de l'intérêt du travail associé à, l'autonomie, les responsabilités, la reconnaissance et l'évolution de carrière, dans laquelle s'est déjà inscrit l'infirmier anesthésiste. Ce **sentiment de valorisation, de reconnaissance** est le 3^{ème} déterminant impactant sur leur QVT, mis en avant par les infirmiers anesthésistes. Il est associé au **soutien hiérarchique**. Un des cadres de santé rappelle l'importance de la **motivation** de l'agent en les impliquant dans des projets de service, de pouvoir s'identifier à leur structure et d'y apporter leur contribution. Le **management du cadre** de santé prend ici tout son sens, une forme de soutien social de la hiérarchie associé à une demande psychologique du travailleur, décrit dans le modèle KARASEK et à l'origine du « travail sain ». Cette approche du travail non délétère contribue à la lutte contre les RPS induits par la mésestime des attentes et valeurs de l'individu et un management directif. L'adaptation d'un style de management situationnel permet de favoriser les individus désireux de s'impliquer dans l'organisation. A ce titre, les exigences des infirmiers anesthésistes envers le cadre de santé sont réelles puisque il représente le premier garant de leur qualité de vie professionnelle.

Dans leur définition sur la qualité de vie professionnelle, les infirmiers anesthésistes n'intègrent le domaine de la vie privée et son organisation qu'à la 4^{ème} position. Pourtant, au cours de l'enquête, l'approfondissement de leur questionnaire démontre la nécessité de **concilier leur vie professionnelle et personnelle**. La notion de prévisibilité temporelle apparaît comme indispensable à leur exercice professionnel. Ils recherchent une **stabilité organisationnelle** dans les plannings et les horaires. Le cadre de santé au CHSCT souligne la spécificité du bloc opératoire sur cet aspect organisationnel à l'origine de conflits fréquents (conflits de tâches) relevant de l'organisation des activités opératoires et de gestion du temps. Les infirmiers anesthésistes mettent en avant une exigence de garantie du respect de leur emploi du temps, à court terme (horaires quotidiens respectés) et à moyen terme (planning respecté). Le cadre d'anesthésie peut agir en collaboration avec le cadre IBODE pour faire respecter le programme opératoire en dehors des interventions urgentes. Cette alliance peut donner du poids face aux chirurgiens. L'encadrement se fait le relai de l'application de la charte du bloc opératoire.

Concernant cet aspect organisationnel, **deux visions** se confrontent. Les infirmiers anesthésistes y voient le respect de leurs horaires, la garantie de leur planning alors que l'encadrement se positionne sur le versant respect des rythmes de travail et des repos afin d'éviter l'épuisement professionnel. Les limites de cette conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle se retrouvent également dans le fonctionnement collectif et dans le management de l'équipe. A titre d'exemple, l'enchaînement de gardes est cité, il entraîne une rémunération mais peut être excessif sans garde-fou managérial. Le cadre supérieur de santé fait intervenir son appréciation sur **l'équilibre entre la loi et la volonté des agents**, le raisonnable acceptable pour satisfaire le travailleur. Nous retrouvons la notion d'intérêt personnel qui se confronte à celle des exigences de l'encadrement et l'organisation.

Le rôle du CHSCT est de se positionner sur le **respect de ces temps de travail**, dans le cadre de la législation et de leur application exigible au manager. Cette obligation demeure bilatérale, tout salarié se doit de respecter le temps de travail spécifié dans son contrat.

La cadre au CHSCT met en avant la facilité de pallier à l'absentéisme avec une équipe importante mais le management est plus complexe et moins propice pour établir des liens de proximité.

La pyramide de MASLOW spécifiait l'accès d'un besoin par la satisfaction d'un besoin inférieur. Elle intègre l'aspect de la rétribution comme un déterminant de l'épanouissement personnel, évoqué à plusieurs reprises par les professionnels de

santé. Les **revendications salariales** n'apparaissent pas comme un déterminant de la QVT mais seulement comme une garantie de la DRH en adéquation avec le travail fourni. Il aurait peut-être été intéressant d'interroger la population des aides-soignants pour confronter des niveaux de rémunérations inférieures. Toutefois, il apparaît que les infirmiers anesthésistes interrogés semblent satisfaits de leurs niveaux de salaires.

Situer la qualité de vie professionnelle dans l'approche des besoins tels que l'a défini MASLOW serait restrictif et ne prendrait pas en compte la **part de subjectivité** retrouvée tout au long de l'enquête sur le concept de la QVT.

Certains éléments prédominants se dégagent de façon nette de l'enquête mais beaucoup d'items ont été également cités. Ces optiques différentes peuvent également se justifier par les âges variés et les expériences des différentes personnes interrogées. Par exemple, la crèche a été citée par un seul IADE et la cadre du CHSCT. Il apparaît que cette précision ne concerne qu'une certaine population et leur contexte de vie. L'accès à une qualité de vie professionnelle demeure difficile à définir de façon catégorique car ces déterminants de la qualité de vie au travail sont des réponses isolées qui ont un degré d'importance non évaluable.

Le médecin des pathologies professionnelles insiste également sur la difficulté de définir la QVT car elle est multidimensionnelle et nécessite des moyens de mesure, des indicateurs de suivi. La méthode ORSOSA est une des méthodes qu'il préconise pour évaluer la QVT. Il différencie ce concept du **sentiment de satisfaction et de bien-être**, cité par les IADES lors de l'enquête. Le « bien-être » est un des indicateurs de la qualité de vie au travail, une dimension individuelle mais cette définition est restrictive. Il introduit ce concept sur une appréhension un peu plus technique et objective (diagnostic, mesure des activités et de l'organisation, états de santé des soignants). Le concept de QVT défini à partir d'outils et d'échelles de mesure permet de catégoriser, de comparer, de rassembler des éléments déterminant dans la qualité de vie professionnelle grâce à des enquêtes de terrain auprès du personnel soignant. La prise en compte de la QVT s'effectue à partir d'un état des lieux préalable, restreint à une unité spécifique. L'identification de dysfonctionnements s'effectue à petite échelle et permet un réajustement adapté aux besoins identifiés et non pas supposés. La traçabilité des études est un moyen probatoire pour les différentes instances. Ce programme complète les formations aux RPS préconisées par les cadres de santé et du CHSCT et par les représentants de la DRH.

Responsabilité et QVT

Il apparaît à l'issue de ce travail de recherche que la qualité de vie au travail est une **responsabilité partagée**.

Cette responsabilité se situe au niveau des équipes sur le plan **relationnel** et leur **propre investissement** dans l'équipe. Les soignants ont conscience de leur contribution à leur propre qualité de vie professionnelle, dans leurs attitudes et leurs comportements. L'ambiance est directement impactée par les individus qui constituent le groupe.

Les soignants attendent des garanties spécifiques de la direction des ressources humaines. Le salaire doit être en adéquation avec les responsabilités de leur métier et les lieux d'exercice. Ce critère conforte le constat de vacations effectuées par la profession dans des structures autres que leur établissement « attiré ». Les infirmiers anesthésistes ont des exigences envers la DRH, concernant le **respect des temps de travail et des conditions de travail**. Elles sont plus marquées, comme nous l'avons vu précédemment, pour le cadre de proximité.

Cette instance décisionnelle doit permettre d'accéder aux **formations**. Les infirmiers anesthésistes suivent des formations concernant la prise en charge de la douleur et l'hypnose, principalement. Elles sont centrées sur l'amélioration de la prise en charge du patient. La qualité de vie professionnelle passe par les soins dispensés aux patients. Nous retrouvons un des arguments de l'intérêt de la qualité de vie au travail avancé par les politiques et les instances décisionnelles : la qualité des soins et la qualité du travail.

Investie d'un rôle certain sur la qualité de vie au travail par l'ensemble des individus interrogés, la médecine du travail est jugée **en inadéquation avec la réalité du terrain**, les besoins du service. Elle prend en compte l'individu en dehors de son contexte professionnel et le place dans son environnement initial sans connaître les impératifs de fonctionnement du service, sans concertation avec le cadre de santé. Cette méconnaissance des conditions de travail est également soulevée par les infirmiers anesthésistes qui se sentent délaissés par une médecine du travail effacée. Ils réclament un suivi physique et psychologique. Cet aspect demeure dans les missions potentielles mais insuffisamment appliquées, selon eux et pourtant impactant sur leur qualité de vie professionnelle.

Les principaux garants de la qualité de vie au travail sont les professionnels manageant et/ou collaborant avec les infirmiers anesthésistes et leurs pairs. Il apparaît que la responsabilité se mesure, avant tout, par le **lien de proximité**, de

contact direct dans le travail. Intervient ici la nature des relations entretenues par les infirmiers anesthésistes avec leurs collègues (médecins et infirmiers anesthésistes). Nous remarquons que l'équipe chirurgicale (chirurgiens et infirmières) n'est pas intégrée dans cette dynamique relationnelle, impactant sur la qualité de vie au bloc opératoire, définie par les infirmiers anesthésistes. Deux équipes se partagent un même territoire sur un objectif commun : la prise en charge du patient. Cette scission apparaît bien marquée alors que la coordination de l'ensemble de ces interlocuteurs est indissociable.

Le **comportement de l'individu est décisif dans cette organisation collective** et la **responsabilité** de ce dernier engagée dans la qualité de vie sur son lieu d'exercice professionnel. Néanmoins, le cadre de proximité interagit également avec son équipe et crée une relation professionnelle différente selon le profil managérial. L'appréhension de ce rapport est déterminante dans le ressenti de l'équipe, du leadership à l'autoritarisme délétère.

L'institution hospitalière

La certification ne constitue pas un élément associé à la qualité de vie professionnelle. Son impact apparaît comme faible pour l'ensemble des personnes interrogées. La première impression à l'issue des entretiens auprès des différents professionnels est le décalage entre l'ampleur donnée à la certification concernant la prise en charge de la qualité de vie professionnelle et la réalité du terrain.

La responsable DRH parle de la prise en charge de la QVT comme une **volonté institutionnelle** à l'origine et non comme une volonté de s'insérer dans la certification. Les projets autour de la thématique apparaissent comme une forme de « coïncidence heureuse » qui permet de réaliser un objectif double, la procédure de certification et le projet social.

Selon le médecin des pathologies professionnelles, les conséquences de la certification sont l'instauration d'une pression se répercutant sur les individus et les exigences imposées par l'institution en vue de cette échéance.

Le facteur humain est sollicité dans les procédures mises en œuvre pour la certification des établissements de santé. Il se retrouve au centre d'exigences accrues en matière de qualité et de sécurité des soins tout en étant le sujet d'attentions institutionnelles concernant son bien-être au travail. Nous ne pouvons pas nous empêcher de soulever ce paradoxe qui interpelle.

Dans le milieu professionnel, la **formation des cadres de santé aux RPS** est largement diffusée. Elle implique les cadres de santé dans la détection des risques psycho-sociaux professionnels et les sensibilise au quotidien. Leur encadrement est soumis à une vigilance constante. Leur responsabilité est engagée et encouragée par les Directions des établissements de santé. Par contre, le **Diplôme Universitaire Management de la qualité de vie au travail** est méconnu par la majorité des personnes interrogées. Cette formation introduit la notion de performance d'entreprise, ce qui apparaît antinomique avec l'hôpital, encore considéré comme un lieu de vocation pour les soignants. L'encadrement soumis à des injonctions hiérarchiques d'efficacité nécessite de disposer d'outils pour manager au mieux et répondre aux attentes de la hiérarchie et de l'équipe.

Tout au long de l'enquête, nous retrouvons les prémisses des hôpitaux magnétiques : la contribution individuelle et la performance collective. L'aspect collectif est cité de façon récurrente dans la population interrogée, les compétences individuelles au service de l'institution hospitalière. L'importance d'un environnement attractif, relationnel et organisationnel, replace l'encadrement et les différentes instances interrogées dans la mise en œuvre de la qualité de vie au travail. Leurs participations constituent une véritable demande pour les soignants.

CONCLUSION

La rédaction de ce mémoire nous a permis d'appréhender la démarche de recherche et de développer une thématique présentant une sensibilité particulière, une résonance à nos yeux. S'interroger sur la qualité de vie au travail se voulait en adéquation avec l'exercice d'une nouvelle fonction de cadre de santé et de son intérêt pour une équipe. La finalité de ces investigations était de resituer le cadre de santé, ses responsabilités et ses actions au service de la qualité de vie au travail.

La confrontation à une conjoncture économique difficile et ses répercussions sur les établissements de santé, nous imposaient d'établir avant tout un état des lieux du milieu dans lequel nous exerçons et définir ce concept de qualité de vie professionnelle pour les professionnels de santé et les attentes inhérentes à ce dernier.

L'appréhension de ce concept est assimilée par les infirmiers anesthésistes à la notion de bien-être au travail. Il n'est pas considéré dans sa juste définition qui se décline sur une multitude de déterminants organisationnels, relationnels mais également d'indicateurs beaucoup plus spécifiques du domaine de la santé. L'individu est un acteur clef. La qualité de vie professionnelle demeure avant tout un sujet d'intérêt individuel dans lequel le relationnel tient une part prépondérante. La qualité de vie professionnelle est un ressenti pour le soignant et intègre la considération, une forme de stabilité et de protection.

Devant l'aspect subjectif de cette notion de bien-être, l'association des moyens d'action et de mise en œuvre de la qualité de vie professionnelle est indéniable.

Elle s'inscrit dans un tripode : l'individu, l'équipe et l'organisation. Les instances interrogées ont une définition beaucoup plus globale, étendue au collectif, à l'institution. Les leviers d'action des instances au sein de l'établissement nécessitent la mise en commun de leurs marges de manœuvre, des potentiels rôles de chacun. La qualité de vie au travail s'inscrit dans un processus politique et social.

Le cadre de santé privilégie le collectif à l'individuel alors que les infirmiers anesthésistes se focalisent sur une appréhension individuelle. Les répercussions bénéfiques individuelles se répercutent sur le domaine collectif : l'équipe.

Le cadre de santé ne constitue pas dans sa mission de manager l'unique garant de la qualité de vie professionnelle. Il mobilise des ressources humaines mais également institutionnelles et structurelles. Seul, il ne peut optimiser la mise en œuvre de la qualité de vie professionnelle. Elle nécessite de prendre en compte les instances institutionnelles et les professionnels managés. Il ne peut agir que sur des déterminants de la qualité de vie au travail de son ressort. La bienveillance du cadre

de santé est un facteur important mais insuffisant pour une garantie de qualité de vie professionnelle de son équipe.

Le cadre de santé participe au bien être de son équipe mais également à l'efficacité de l'institution. Il s'agit d'un cercle vertueux. Chacun a un rôle à jouer et la qualité de vie au travail ne constitue pas l'objectif premier mais le reflet d'une organisation optimale de l'unité de soins. Une orientation stratégique demeure la mesure de ce concept au sein même de l'unité de travail permettant d'évaluer in situ la qualité de vie professionnelle de façon concrète.

Dans ce travail, le milieu du bloc opératoire ne semble pas être un lieu de souffrance au travail particulièrement extrême, les conditions contraignantes apparaissent complètement intégrées à la fonction.

La qualité de vie au travail apparaît comme une responsabilité partagée qui dépend de plusieurs critères : le dynamisme du CHSCT, des partenariats établis entre les différentes instances décisionnelles et d'encadrement, les choix institutionnels et des moyens financiers alloués. D'autres intervenants ont été cités dans cette enquête qu'il aurait été judicieux d'interroger : un préventeur, un psychologue du travail mais le temps imparti ne nous a pas permis d'élargir notre enquête.

Le médecin des maladies professionnelles soulève une autre dimension qui pose les limites de la mise en œuvre de la qualité de vie au travail. L'individu peut bénéficier d'une très bonne qualité de vie professionnelle et ressentir un profond mal être. Le milieu hospitalier expose à des situations de vie très extrêmes, de la naissance à la mort. Cette dimension échappe au contrôle et constitue la réalité du terrain professionnel, sur lequel les instances n'ont aucune prise. La création de groupe au sein de l'équipe afin de débriefer sur des thèmes difficiles serait une solution potentielle pour désamorcer certaines problématiques. Une cellule psychologique au sein de l'institution hospitalière apparaît comme un moyen au niveau individuel.

Ce travail de recherche nous a confortés dans la nécessité de mettre en œuvre la qualité de vie pour l'équipe. L'intérêt demeure double. Le management bienveillant correspond à des valeurs professionnelles primordiales et s'insère dans cette recherche de la qualité de vie professionnelle. L'amélioration des conditions de travail, la conciliation de la vie professionnelle et personnelle, tout en préservant l'intérêt du fonctionnement collectif, la qualité de la relation établie constituent des critères sur lesquels le cadre de santé a un réel impact.

La prise en charge accrue de la qualité de vie professionnelle ne risque-t-elle pas d'entraîner une pression supplémentaire pour les cadres de santé ?

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BARREAU Pascal, « Coacher : de la théorie à la pratique », Fonction Cadre de Santé, Gestion des ressources humaines, Editions Lamarre, 2011, 265p

BERNOUX Philippe, « La sociologie des organisations », Points Essais, 2009, 466p

FORMARIER.M, JOVIC.L, « Les concepts en sciences infirmières », 2^{ème} édition, ARSI, Editions Mallet Conseil, Novembre 2012, 330p

GOLLAC Michel, VOLKOFF Serge, « Les conditions de travail », Repères Sociologie, Edition La découverte, 121p

KARNAS Guy, « Psychologie du travail », Que sais-je, PUF 2011, 3^{ème} Edition, 128p

TISSIER Dominique, «Management situationnel : Vers l'autonomie et la responsabilisation », INSEP Consulting éditions, 2001, 152p

TRUCHET Didier, « Droit de la Santé Publique », Mémentos Dalloz, 8^{ème} édition, 268p

VAN CAMPENHOUDT Luc, QUIVY Raymond, « Manuel de recherche en sciences sociales », Edition DUNOD, 4^{ème} édition, 2006, 259p

ARTICLES ET REVUES

Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, n°36 « CHANGER LE TRAVAIL : 20 pistes pour améliorer la qualité de vie au travail », Sept/Oct/Nov. 2014

BRUNELLE Yvon, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », Pratiques et Organisation des Soins, 1/2009 (Vol. 40), p. 39-48

DORTIER Jean-François, **Editorial**, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, N°36, Sept-Nov. 2014

DUPUIS.G, **MARTEL.J-P.**, **VOIROL.C.**, **BIBEAU.L.**, **HEBERT-BONNEVILLE.N.** (2009), « La qualité de vie au travail : Bilan des connaissances », CLIPP, p31

SMOLSKI Nicole, Journal du Syndicat National Des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, N°67 Février 2014

L.SAVOLDELLI Georges, « Résolution de conflit au bloc opératoire », MAPAR 2008, p498-505

DURAND. Sandra, « Les risques psychosociaux », SOINS CADRES, tiré à part 2014, Elsevier Masson, 8p

MAUDUIT Laurence, « Le bien-être, clé de la performance au travail », SOINS CADRES, n°90, Mai 2014, p7

PRONOST Anne-Marie, « La performance par les Magnets Hospitals », SOINS CADRES, n°92, Novembre 2014, p38-39

MACSF, Enquête « Bien-être au travail, Les hôpitaux prennent soin de leur agent », La pause hospitalière, n°68, Novembre 2014, p6-7

TEXTES LEGISLATIFS

Article. L.4121-1 du **Code du Travail**(2012), Editions Dalloz, Paris, 3371p

Décision no 2013.0142/DC/SCES du 27 novembre 2013, HAS portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du **code de la santé publique**

SUPPORTS ELECTRONIQUES

Disponibles sur :

www.iae.univ-lyon3.fr/formation-d-u-management-de-la-qualite-de-vie-au-travail-sante

[Consulté le 15/11/2014]

www.larousse.fr/dictionnaires/francais-monolingue

[Consulté le 5/12/2014]

www.has/sante.fr/.../application/pdf/20112/fiche_dd_criere_3d.pdf

[Consulté le 7/12/2014]

www.anact.fr

[Consulté le 7/12/2014]

www.INFIRMIERS.COM, C.PACIFIC, Ethique « Bloc opératoire : les conflits délétères de ces lieux confinés », 23/10/14 mise à jour le 03/11/14

[Consulté le 10/12/14]

Définitions issues du site « La Toupie », dictionnaire de politique

[Consulté le 07/01/15]

www.Medtrav54.free.fr/Reims/psychodynamique.ppt

[Consulté le 31/01/15]

www.psychologiedutravail.net/index.php?option=com_content&view [Consulté le 02/01/15]

www.travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques

[Consulté le 06/03/15]

www.orsosa.fr

[Consulté le 07/03/15]

www.antonin-gaunand.com/management/la-theorie-d-herzberg-sur-la-motivation-au-travail/

[Consulté le 09/03/15]

www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html

[Consulté le 20/04/15]

www.legifrance.gouv.fr

[Consulté le 20/04/15]

www.psychologuedutravail.com/tag/modele-de-karasek

[Consulté le 08/05/15]

www.developpement-durable.gouv.fr/Qu-est-ce-que-la-responsabilite.html

[Consulté le 07/05/15]

TABLE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Fiche qualité de vie au travail/compte qualité-Certification V2014
- Annexe 2: Diplôme Universitaire « Management de la qualité de vie au travail
- Annexe 3 : Questionnaire électroniques pour les IADES
- Annexe 4: Guide d'entretien : IADE, CHSCT, DRH, Cadres de Santé, Médecin des pathologies
- Annexe 5: Entretien avec le médecin des pathologies professionnelles

ANNEXE 1

Fiche qualité de vie au travail/compte qualité-Certification V2014

Principe

La thématique qualité de vie au travail comporte le seul critère sur la qualité de vie au travail (3d).

Définition de la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail a comme objectif de **concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels et la performance collective de l'entreprise**. Elle fait valoir que **la perception qu'ont les professionnels de la qualité de vie au travail dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail**. Elle met en avant le **rôle du personnel et de leurs représentants en tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées**, notamment organisationnelles, aux côtés des directions, du management et des experts.

Ainsi la qualité de vie au travail est une démarche de progrès qui passe :

- par une volonté politique clairement exprimée,
- la capacité à expérimenter donc une réversibilité possible des décisions et organisations après évaluation des dispositifs,
- une évaluation intégrée et mise en œuvre au quotidien dans une perspective d'apprentissage progressif.

Objectifs généraux de l'abord qualité de vie au travail dans le compte qualité

La rédaction des rubriques du CQ permet à l'établissement d'exprimer sa stratégie et le mode de management qu'il a mis en place pour le développement de l'approche qualité de vie au travail. Il s'agit notamment de démarches qui contribuent :

- à mieux accompagner l'encadrement pour promouvoir la qualité de vie au travail ;
- à mieux favoriser et soutenir l'expression des professionnels ;
- à mieux soutenir les professionnels dans leur engagement au quotidien dans le travail, notamment:
 - o Dans la réalisation de leur travail,
 - o En cas de confrontation à des difficultés,
 - o Lors de la survenue d'évènements indésirables
 - o Dans le cadre de discussions sur l'activité de planification et l'organisation des temps de travail

(élaboration des plannings, modalités de remplacement...) o A l'occasion d'une restructuration de l'activité, de la fusion d'établissement, d'un déménagement....

- à mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

Une telle perspective ouvre un grand champ de possibles. De nombreuses démarches d'établissement s'inscrivent dans ce cadre. En les mettant en exergue dans votre compte qualité, vous contribuerez à construire avec la HAS et l'ANACT (Agence nationale pour amélioration des conditions de travail) le champ de la qualité de vie au travail.

8 Quelques « consignes de rédaction » sur qualité de vie au travail

1. Vous n'avez pas obligation de remplir toutes les rubriques
2. L'approche de la qualité de vie au travail ne repose pas uniquement sur une analyse de risques mais sur le repérage des ressources, c'est-à-dire le repérage de bonnes pratiques, d'expériences positives, de marge de manœuvre possible, l'identification des besoins des acteurs et les leviers possibles.
3. Le compte qualité doit permettre de valoriser ce que vous faites déjà sur le sujet en essayant de l'articuler avec la politique de l'établissement et l'engagement du management et des représentants du personnel.
4. Nous vous proposons de manière facultative d'indiquer si un référent interne à votre établissement souhaiterait être associé à des échanges d'expériences et de préciser ses coordonnées, par mail à l'adresse suivante : v.ghadi@has-sante.fr.

Exemples

Les établissements feront état de la démarche globale au sein de leur établissement et pourront faire état de démarches sectorielles, plus précisément dans l'articulation avec les démarches d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient. Les exemples qui suivent montrent la diversité des initiatives s'inscrivant dans une approche qualité de vie au travail.

I – Une démarche globale dans un contexte de fusion d'établissement

Dans un contexte de fusion de deux établissements avec implantation sur un nouveau site, la direction, confrontée aux inquiétudes des agents, s'empare de la qualité de vie au travail comme un support à la mobilisation. La promotion du nouvel établissement n'est pas seulement axée sur le caractère moderne et performant des services de soins. Elle reprend le principe de l'ouverture de cette offre aux populations de la ville qui peuvent en être éloignées notamment socialement. Cet argumentaire conjugue alors la mise en avant de références éthiques et la valorisation de la qualité des équipements. Outre la dernière certification qui a fait l'objet d'une démarche commune, le nouveau projet d'établissement aboutissant à la création du pôle hospitalier unique a été élaboré conjointement par les deux établissements. Les objectifs sont conformes aux valeurs traditionnellement humanistes communiquées par la hiérarchie des deux fondations.

La démarche Qualité de vie au travail est un enjeu majeur pour les directions des deux établissements et apparaît comme un dispositif complémentaire aux mesures prises dans le cadre de la fusion. Il s'articule au projet social avec l'objectif d'installer les conditions permettant de favoriser l'équilibre entre l'activité professionnelle et la vie privée et l'épanouissement personnel lié à l'exercice du métier. Il concerne tous les services et toutes les catégories de professionnels et se décline selon 6 grands thèmes :

- La conciliation vie professionnelle et vie personnelle, par exemple la préparation des plannings favorisant une souplesse de la gestion des temps et des aléas auxquels sont confrontés la structure et les professionnels ou la mise en place d'une conciergerie...
- La réalisation du professionnel au travail, par exemple le déploiement du plan de formations internes selon le modèle de l'entreprise apprenante ou une politique ciblée de promotions internes selon la nature des postes occupés...
- L'incitation pour le professionnel à préserver sa santé, par exemple la mise en place d'action de sensibilisation à la prévention ou le développement d'une approche éducative par l'ergonomie ...
- Le climat social et les relations au travail, par exemple la publicité autour de la charte des valeurs et la charte qualité ou le soutien au journal interne du personnel, l'organisation de manifestations conviviales...
- L'optimisation de l'organisation et contenu du travail, par exemple le déploiement systématique des démarches projets, appui à la délégation de responsabilité, formation à la conduite de changement, soutien à l'organisation de réunions de service
- L'environnement de travail, par exemple la mise en place d'équipements de confort : acoustique de la cafétéria, salles dédiées pour le repos, bibliothèque... ou instauration de phases de test pour tenir compte de l'avis des utilisateurs avant tout choix définitif d'achat de matériel...

II – Les hôpitaux attractifs (modèle européen)

L'hôpital attractif se définit autour de trois axes communs : le sens de la mission, le support organisationnel aux personnes et l'ouverture vers l'extérieur.

- 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. 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 axes clés de ces hôpitaux en termes de support organisationnel consistent 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. 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 sollicitées pour assurer le mentorat des plus jeunes. 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 dans des domaines logistiques) 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.
- 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.

III – Réflexion sur l'organisation du travail à partir des analyses d'événements indésirables (EI)- Engagement d'une unité de réanimation pédiatrique dans une étude sur les erreurs et les facteurs favorisant sous l'impulsion du chef de service.

Au fil du temps, le projet a évolué pour passer du stade d'étude à un outil de management des compétences. Le sujet des événements indésirables est une préoccupation importante en réanimation, du fait de la pathologie des patients et du recours à des techniques invasives de soins, de monitorages et d'investigations. Les EI s'expliquent aussi par la complexité de la prise en charge pluridisciplinaire et un stress omniprésent.

Dans les années qui ont suivi, la construction d'un hôpital Femme Mère Enfant a entraîné la fusion des 2 services de réanimation pédiatrique. A l'augmentation de l'effectif, s'ajoute la différence des pratiques professionnelles, source de conflit et d'insécurité. Face à ces changements, la démarche a été d'obtenir l'adhésion de la nouvelle équipe au projet, en constituant un nouveau COPIL, en re-ciblant le projet pour permettre à la nouvelle équipe de se l'approprier ; en élaborant une nouvelle charte d'utilisation des fiches qui rappelle l'intérêt et le fonctionnement du projet ; en organisant tous les trimestres une réunion « analyse de pratique technique » qui reprend et analyse les fiches recueillies afin de déterminer les axes d'amélioration. Les décisions prises sur les pratiques professionnelles sont consensuelles et deviennent des références à appliquer et à transmettre aux nouveaux professionnels. Leur mise en œuvre est suivie au cours des réunions suivantes. Ce temps permet de donner du sens ; il organise un espace qui facilite la compréhension de l'environnement du travail au sein de l'unité et au niveau institutionnel et réglementaire et qui indique la direction à prendre.

C'est aussi un temps qui fédère l'équipe autour de préoccupations communes, de partage de valeurs professionnelles. Des groupes de travail se constituent à l'issue de ces réunions sur d'autres projets en lien avec l'amélioration de la qualité des soins et du bien-être des patients et de leur famille.

IV – Gestion d’une forte évolution d’activité en HAD

L’activité d’une HAD double en peu de temps passant de 55 à 100 patients, s’accompagnant également d’un doublement des effectifs professionnels. Cet accroissement d’activité a entraîné une désorganisation avec des démissions de soignants et une augmentation des accidents de travail. Un diagnostic a été engagé montrant que les professionnels administratifs et l’encadrement étaient particulièrement concernés, remontant des problèmes liés à la charge de travail, à la reconnaissance, à une division du travail plus forte, à une autonomie restreinte et à des perspectives professionnelles limitées.

Les actions mises en œuvre à la suite du diagnostic visent l’organisation ou les individus.

- Les actions à visée individuelle : faire appel aux collègues ; utilisation du BlackBerry pour différer les réponses ; contrôle médical renforcé ; mesures de protection du travailleur isolé (soignant accompagné par un vigile et un chien dans les situations à risques) ; massage et bien-être ; actions de formation (gestion du stress et de l’agressivité) ; tutorat ; management à distance ; prévention routière ; hygiène.
- Les actions à visée organisationnelle : embauche d’une IDE coordinatrice supplémentaire ; parcours nouvel embauché ; réflexion et diagnostic sur les usages des outils de communication, sur le développement d’indicateurs liés à l’absentéisme plus fins, sur les accidents du travail ; organisation différente des tournées par la mise en place de roulements ; changement des règles liées à l’astreinte ; mise en place de temps d’échanges collectifs sur les problèmes organisationnels, par fonction ou encore sur les patients avec des réunions pluridisciplinaires.

ANNEXE 2

FORMATION : D.U. Management de la Qualité de vie au Travail & Santé

"Faire de la qualité de vie au travail un levier de performance pour l'entreprise"

Objectifs de la formation

Au terme du parcours de formation, les participants sont en mesure :

- d'identifier les axes de progrès à accomplir en matière de qualité de vie au travail au sein d'un établissement ou d'une entreprise
- de proposer des actions susceptibles de renforcer à la fois l'attractivité de l'entreprise et la santé des salariés notamment en matière de risques psychosociaux
- de sensibiliser les managers aux dimensions qualité de vie au travail
- de promouvoir une politique de santé au travail dans l'entreprise
- de satisfaire aux obligations légales en matière de document unique sur les risques psychosociaux
- de conduire une négociation collective, sur les sujets de la santé au travail et de la pénibilité
- d'expérimenter de nouvelles formes de dialogue social
- d'accompagner dans une posture de conseil les entreprises.

Public concerné et modalités d'accès

Publics sensibilisés aux enjeux de qualité de vie au travail et de santé au travail dans les entreprises et souhaitant améliorer les conditions d'exercice de leur activité professionnelle en étant force de propositions :

DRH et RRH, Directeurs des relations sociales,

Professionnels confirmés des ressources humaines

Préventeurs

Médecins du travail

Managers de proximité

Délégués syndicaux, représentants du personnel, secrétaires de CE ou de CHSCT

Consultants et formateurs en relations sociales.

Ce diplôme d'université s'adresse aux :

Titulaires d'un niveau BAC +3 à 4 et bénéficiant de 5 ans d'expérience professionnelle en entreprise ou en profession libérale.

CONTENU DU PROGRAMME

MODULE 1 : LE SENS DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (7H)

- Le sens philosophique ; social ; historique : parcours et évolution
- L'évolution du travail
- Les transformations des populations
- Outiller les gestionnaires
- Servir deux clients : l'individu et l'organisation
- Implanter une culture et un service crédible
- Promouvoir de saines habitudes de vie au travail
- Rôle de l'entreprise ? Donner les moyens de prendre en main sa propre santé : se responsabiliser

MODULE 2 : DROIT DE LA SANTÉ AU TRAVAIL (28H)

- Les textes européens et nationaux en matière de prévention du stress. L'obligation de sécurité de résultat en matière de RPS. L'inscription au document unique.
- Approche comparée des accords d'entreprise en France en matière de RPS et de QVT.

MODULE 3 : IMPLANTATION - CHANGEMENT- MOBILISATION AUTOUR DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (5 SÉANCES - 35H)

- Techniques d'implantation programme qualité de vie au travail
- L'approche intégrative : santé et gestion
- Impacter la culture organisationnelle
- Communiquer la santé/ qualité de vie au travail
- Conduite du changement, mise en place d'une politique SME QVT ; mobilisation ; engagement ; diffusion ; impact.

MODULE 4 : LE LIEN PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL (5 SÉANCES - 35H)

- Les RPS : Essai de définition et outils de diagnostic
- les politiques de QVT. Analyse comparée de trois entreprises
- Les démarches de prévention des RPS : Conduire un diagnostic
- la prévention des RPS : analyse de cas. Un centre social

- la prévention des RPS : analyse de cas : un établissement industriel

MODULES 5 : LES OUTILS D'AMELIORATION DE LA QVT (7 SÉANCES - 35H)

- Mettre en place le travail à distance
- Gérer l'absentéisme
- Outiller l'encadrement de proximité et animer des espaces de discussion
- Suivre et interpréter les indicateurs de santé
- Prendre en compte la QVT dans l'implantation d'un système d'information
- Concevoir des espaces de travail et proposer des services aux salariés qui améliorent la QVT
- Prendre en compte les conditions de travail en amont des changements

MODULES 6 : SUPERVISION ET ACCOMPAGNEMENT DU MEMOIRE PROFESSIONNEL (14H)

ANNEXE 3

Questionnaire électronique pour les IADES: Qualité de Vie au Travail QVT

Étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, je réalise actuellement un travail de recherche pour mon travail de fin d'étude portant sur la Qualité de vie au travail au bloc opératoire.

Ce questionnaire anonyme est un support d'enquête qui s'adresse aux Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat.

Je vous remercie pour le temps que vous consacrerez à y répondre. La date limite de réponse est le 27 Mars.

DURAND Sylvie

sylviedurand74@gmail.com

*Obligatoire

Qu'évoque pour vous la Qualité de Vie au Travail QVT ? Quelle définition pouvez-vous en donner?



Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? *

- Moins de 25 ans
- 25-34 ans
- 35-44 ans
- 45-54 ans
- 55 ans et +

Année d'obtention du diplôme d'IADE *

Dans quels champs, la Qualité de Vie au Travail vous semble-t-elle la plus importante? (plusieurs réponses possibles)

- Environnemental
- Organisationnel
- Relationnel
- Institutionnel
- Autre :

A la question précédente: En fonction des champs choisis, pouvez-vous les hiérarchiser et donner des exemples?

A rectangular text input field with a light gray border. On the right side, there are three small square buttons with upward-pointing triangles. On the bottom side, there are two small square buttons with left and right-pointing triangles, and a larger square button with a right-pointing triangle.

Pensez-vous avoir une responsabilité concernant votre QVT? Si oui, dans quel domaine? :

A rectangular text input field with a light gray border. On the right side, there are three small square buttons with upward-pointing triangles. On the bottom side, there are two small square buttons with left and right-pointing triangles, and a larger square button with a right-pointing triangle.

Selon vous, votre QVT se mesure à: (plusieurs réponses possibles)

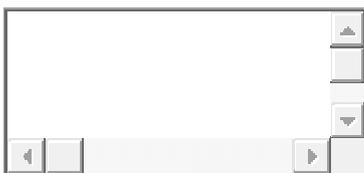
- Conciliation Vie privée/Vie professionnelle
- Degré d'implication dans le service, responsabilités
- Sentiment de valorisation, soutien hiérarchique, reconnaissance
- Sentiment de sécurité
- Intérêt pour le travail

- Satisfaction de la prise en charge du patient
- Intégration et cohésion d'équipe
- Degré d'autonomie
- Perspective d'évolution professionnelle
- Accès à la formation
- Respect de vos valeurs professionnelles
- Autre :

Selon vous, qui est le principal garant d'une certaine Qualité de Vie au Travail (QVT)? :

- DRH
- Chef de Service
- Cadre supérieur
- Cadre de proximité
- Collègues
- Médecin Anesthésiste Réanimateur
- Autre :

A la question précédente: si pour vous, plusieurs garants de la QVT, hiérarchisez vos réponses:



Quelles sont vos attentes par rapport à la DRH concernant la QVT?

A rectangular text input field with a light gray border. On the right side, there are three vertically stacked buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) peut-il améliorer votre QVT? Si oui, comment?

A rectangular text input field with a light gray border. On the right side, there are three vertically stacked buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow.

Quelles sont vos attentes concernant la Médecine du Travail en matière de QVT?

A rectangular text input field with a light gray border. On the right side, there are three vertically stacked buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow.

Avez-vous ressenti une évolution par rapport à la prise en charge de la QVT ces dernières années? Si oui, précisez:

A rectangular text input field with a light gray border. On the right side, there are three vertically stacked buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow.

La prise en charge de la QVT constitue-t-elle une priorité pour vous?

Avez-vous des suggestions par rapport à ce concept de QVT?

A rectangular text input field with a light gray border. On the right side, there are three vertically stacked buttons: a small upward-pointing triangle, a square, and a downward-pointing triangle. On the bottom left, there is a left-pointing arrow, and on the bottom right, there is a right-pointing arrow.

--	--	--

Envoyer

*N'envoyez jamais de mots de passe via
Google Forms.*

100 % : vous avez
réussi.

Fourni par [Google Forms](#)

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

[Signaler un cas d'utilisation abusive](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Clauses
additionnelles](#)

Compatibilité avec le lecteur d'écran activée.

[Modifier ce formulaire](#)

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN

Etudiante Cadre de Santé à l'Etablissement de Santé de Montsouris, il nous est demandé dans le cadre de la réalisation de notre mémoire, un travail de recherche. La méthode de recueil de données est l'entretien semi-directif, celui que nous allons mener ensemble, a pour but d'explorer votre travail en rapport avec le concept de la Qualité de Vie au Travail.

Pour faciliter la retranscription de mon entretien, m'autorisez-vous à l'enregistrer ? En parallèle, des notes seront prises, mais je vous demande de ne pas y porter attention. Le contenu de l'entretien sera anonyme et ne sera utilisé que dans le cadre de la formation. Est-ce que les principes énoncés, vous conviennent ?

Thème de l'étude : La Qualité de Vie au Travail et le management par le cadre de santé d'anesthésie

Problématique :

Dans quelle mesure, la qualité de vie professionnelle est-elle possible à mettre en œuvre pour le Cadre de Santé d'anesthésie ?

Connaître le positionnement des acteurs par rapport à la qualité de vie au travail, l'impact de la prise en charge de la QVT : entre attentes individuelles ou institutionnelles, quel rôle du CDS ?

Population interrogée : 5 IADE, 2 Cadres, 1 CHSCT, 1 DRH, 1 Médecine du Travail

Consigne initiale :

Pouvez-vous me parler de la QVT et la prise en charge de ce concept dans votre établissement ?

Temps d'entretien estimé : 30 à 45 min

Présentation :

Talon sociologique : Pouvez-vous présenter ?

Age, expérience professionnelle, profession

IADE :

Thème : QVT

- Qu'évoque pour vous la QVT ? Quelle définition donnez-vous de la QVT ?
- Quelle représentation en avez-vous au quotidien ? : déterminants/subjectivité du travail/rapport, prise en charge du patient, satisfaction
- Etes-vous satisfait de vos conditions de travail ? : rapports avec les collègues, environnement, organisation
- Pensez-vous avoir une responsabilité concernant votre QVT ?
 - dans votre service ? : collègues soignants
 - dans votre quotidien ? : rôle de la motivation, reconnaissance, investissement dans des groupes transversaux
- Constitue-t-elle une priorité dans votre vie ? : impact sur la vie personnelle

Thème : Encadrement

- Quelles sont vos attentes par rapport à l'encadrement de proximité en matière de QVT ? : Autonomie, souplesse, écoute, initiatives, subjectivité du rapport au travail, contraintes hiérarchiques, formation
- Avez-vous une marge de manœuvre dans votre travail ? : liberté d'organisation, respect des attentes par rapport au planning

Thème : Instances

- Quelles sont vos attentes par rapport à l'institution ?
- Quelles sont vos attentes concernant la DRH ? : horaires, salaires, formation,
- Quelles sont vos attentes concernant la Médecine du travail ? : problèmes de santé, prise en compte des maladies professionnelles
- Quelles sont vos attentes concernant le CHSCT ? : ergonomie
- Que pensez-vous de la mise en œuvre de la QVT ? : difficultés et actions
- Avez-vous senti une évolution par rapport à la prise en charge de la QVT ?

Cadres de santé :

Thème : QVT et Travail

- Qu'évoque pour vous la QVT ? : définition, déterminants
- Comment appliquez-vous ce concept de QVT pour vos équipes ? : moyens, interventions
- Avez-vous des objectifs institutionnels ou est-ce à votre appréciation ? : RPS, accidents du travail, sécurité
- Etes-vous satisfait des conditions de travail dans votre service ?
- Pensez-vous être responsable de la QVT dans votre service ? : marges de manœuvre, autonomie des agents, conciliation entre attentes et exigences du fonctionnement de service

Thème : Instances

- Quelles sont les moyens dont vous disposez pour mettre en avant la QVT ? : Ecoute mutuelle, prise en compte de la QVT, travail en collaboration, groupe de travail
 - concernant la DRH ?
 - concernant la Médecine du travail ? : suivi du personnel
 - concernant le CHSCT ? : ergonomie
- Que pensez-vous de la mise en œuvre de la QVT ? : difficultés et actions

Thème : Encadrement

- Connaissez-vous des moyens pour optimiser la mise en œuvre de la QVT ? : formation spécifique

Médecine du travail : Médecin des pathologies professionnelles

Thème : QVT et Travail

- En quoi, consiste votre travail ?
- Qu'évoque pour vous la QVT ?
- Etes-vous satisfait des conditions de travail des salariés et plus précisément au bloc opératoire ?
- La prise en compte de la QVT a-t-elle eu un impact sur les RPS ?
- Quelles sont vos actions sur la QVT ?
- Évaluez-vous cette QVT auprès du personnel ?
- Quel lien entretenez-vous avec la DRH ? : Collaboration réelle, alerte, conseil
- Quel lien entretenez-vous avec l'encadrement de proximité ? : collaboration, prise en compte des demandes
- Que pensez-vous de la mise en œuvre de la QVT ? : difficultés et actions
- Quel lien entretenez-vous avec le CHSCT ?

DRH :

Thème : QVT

- Qu'évoque pour vous la QVT ?
- Quelles sont les actions au niveau institutionnel par rapport à la QVT? : Formation, méthode ORSOSA
- Comment se décline-t-elle sur l'encadrement de proximité ? : actions, informations, évaluation
- La QVT est-elle facile à mettre en œuvre dans l'institution ? : Approche collective ou individuelle, entre les différents services
- La certification a-t-elle eu un impact sur cette prise en charge de la QVT ?
- Que pensez-vous de la prise en charge sociétale des entreprises ? : Pertinence de cette considération, développement durable
- Etes-vous satisfait des conditions de travail des salariés ? (plus précisément au bloc opératoire)

Thème : Encadrement

- Connaissez-vous des moyens pour mettre en œuvre, faire connaître la QVT ? : formation spécifique
- Que pensez-vous de la mise en œuvre de la QVT ? : difficultés et actions

CHSCT :

Thème : QVT

- Qu'évoque pour vous la QVT ?
- Quel lien entretenez-vous avec la DRH ? : Collaboration réelle, alerte, conseil
- Quel lien entretenez-vous avec l'encadrement de proximité ? : collaboration, prise en compte des demandes
- La prise en charge de la QVT est-elle effective dans votre institution ? : campagnes, diffusion,
- Le projet social prend-elle en compte la QVT ?
- Etes-vous satisfait des conditions de travail des salariés et plus précisément au bloc opératoire ? : ergonomie, demandes des agents
- Que pensez-vous de la mise en œuvre de la QVT ? : difficultés et actions

ANNEXE 5

Entretien Médecin des pathologies professionnelles : 26'22

Je vais juste vous demander de vous présenter

Alors oui, je suis (Prénom,Nom), professeur de médecine du travail, c'est-à-dire que je m'occupe sur le plan universitaire de la formation des futurs spécialistes médecins de santé au travail. C'est-à-dire les internes qui seront les futurs médecins du travail mais également les médecins en reconversion qui font cela comme seconde spécialisation, également les autres professionnels de santé qui ont besoin de se former, notamment les infirmières de santé au travail, de se former à l'enseignement de la santé au travail. Ca c'est l'aspect enseignement ! Sur les aspects recherche moi, mon objectif, c'est...je travaille dans une unité INSERM sur les troubles musculo squelettiques, un terme qui ne veut rien dire mais en gros qui signifie les personnes atteintes de pathologies d'origine professionnelle, potentiellement professionnelles, c'est toujours des pathologies multifactorielles. Je suis chercheur en épidémiologie la dessus. Sur le plan PH enfin hospitalier, mon objectif, c'est de développer une unité de pathologies professionnelles, c'est une unité de consultation ouverte vers l'extérieur sur toutes les maladies liées au travail et les conséquences que peuvent avoir les maladies professionnelles sur le travail. On est là pour servir de soutien aux autres professionnels de santé que ce soit d'ailleurs des médecins de santé au travail, des médecins spécialisés ou d'autres médecins donc voilà effectivement en sachant que j'ai une sur spécialisation sur les maladies liées au travail, c'est la dessus que le ministère me demande d'intervenir. A contrario, par rapport à un médecin de travail classique, je n'ai pas l'aspect terrain, je ne suis pas sur le terrain, je ne vais pas dans les entreprises, je suis soumis comme tout spécialiste au secret médical, voilà ! Est-ce que c'est plus clair ?

Qu'évoque pour vous la qualité de vie au travail?

Alors la qualité de vie au travail...C'est une vieille histoire... C'est une vieille histoire, en fait, ce sont des québécois qui ont commencés un petit peu à travailler sur ces histoires finalement la qualité de vie au travail était qqch de très large et le problème c'est que l'on est arrivé à se dire que l'on va passer un certain temps pour les gens en activité professionnelle, pour les malades la QVT C'était tout ce qui n'était pas lié à la

maladie ;;; euh et nos amis québécois on dit les gens y passent un tiers voire 2 tiers de leur vie pour certains au travail donc si on intègre pas des mesures un peu fines de l'épanouissement au sens de la santé en général, c'est pour cela que l'on est arrivé en France à une notion de bien être plus que d'atteinte de la santé euh à la notion de QVT cad que c'est devenu pour certains un indicateur euh qu'il faut définir le seul problème est ;; c'est que c'est pour cela que je suis assez dubitatif quand on parle et que certains médias s'en empare à savoir qu'est-ce qu'ils entendent derrière, ce qu'ils définissent derrière ! euh qvt moi je sais définir une qualité de vie mais une QVT c'est une donnée qui est compliquée, c'est qqc h d multifactoriel, que c'est pas qqch de unidimensionnel notre collègue de Clermont ferrant , de l'hôtel dieu avait essayé de développer des échelles de QVT euh finalement elles ne sont pas utilisables parce que ce sont des échelles multi dimensionnelles et par définition on est sur des choses multidimensionnelles difficilement mesurables et donc voilà c'est un petit peu les limites qui ont été fait sur la qualité de vie...après il y a des choses qui sont remarquables effectivement si on arrive comme certains médecins du travail de terrain et il faut vraiment leur rendre hommage, c'est-ils ont réussi à faire entériner que ce soit un indicateur utilisable même si il est mesuré de manière très grossière comme un indicateur qualité et un indicateur performance de l'entreprise et c'est la dessus que certains médecins se sont investis...après tout on est médecin mais surtout professionnels de santé et on n'est plus seulement dans le malade mais dans quelque chose de beaucoup plus complexe qu'est l'individu surtout on fait rentrer dans les indicateurs de performance ,de qualité de vie au travail de l'entreprise, le fait qu'il devrait y avoir une qualité de vie correcte au travail

D'accord, on se rend bien compte de la complexité du sujet....(rires du dr), j'ai beaucoup de mal à cerner

Comment en êtes-vous venu à la QVT ?

En ayant lu beaucoup d'article sur la certification et tout ça pour avoir été moi-même en souffrance au travail et en tant que futur manager, je me suis dit que prendre en compte la QVT , enfin le bien-être la QVT, cela pouvait avoir un impact.

Parce que c'est un petit peu la différence, on peut avoir une très bonne qualité de vie au travail et un profond mal être, c'est que les maladies au travail liées au travail et ses conséquences, on est là pour servir de soutien aux autres, c'est pourquoi il faut des choses multidimensionnelles qui sont..... C'est pourquoi il y a des choses assez

intéressantes mises en évidence la mesure du stress perçu, de tout ce que l'on a appelé les facteurs de Job Train, il y a tout ce genre qui ont été fait pour savoir comment l'individu faisait face à ces contraintes, comment l'individu se mettait un petit peu dans ça. Par exemple, pour les soignants, on a développé des échelles un peu spécifiques sur des facteurs organisationnels qui ont été démontrés en milieu hospitalier sur des cohortes français.

Oui... vous pouvez préciser ?

La cohorte ORSOSA ça vous dit quelque chose ou pas ?

Pas du tout !

C'est fait principalement pour les soignants et les médecins...euh... taper Orsosa sur internet, vous allez tomber sur un site Orsosa, c'est une cohorte de soignants, internationale, sur plusieurs milliers d'infirmières dans la France ou justement la 1ere partie a été de valider des échelles, a la fois de contraintes physiques et psycho-organisationnelles. On n'a pas voulu les appeler RPS...ect... mais qui essayait de mesurer de manière un petit peu robuste..euh..les contraintes psychosociales et managériales, y compris...euh et puis la 3^{ème} qui est chimique. Et après ce qu'ils ont fait, c'est que les médecins du travail, du terrain mais également les psychologues de travail, les ergonomes avec certains managers ont essayé de mettre en place une démarche de limitation des risques basés sur des échelles et sur une approche plus globale.

Vous pensez que cette démarche auprès des soignants, cette méthode est transférable sur le bloc opératoire ?

Tout..tout..regarder sur orsosa, ils ont fait un site, vous avez tous les éléments et vous avez notamment un article...euh... *(il se lève tout en continuant à parler, pour regarder les informations qu'il me transmet sur une thèse dont il est le directeur)*, l'échelle en question, je ne m'en souviens jamais, c'est la NBA. C'est un acronyme anglais qui a été traduit en français, rétro traduite ...ect... *(Feuillète le document)*...euh...Ca, c'est une thèse, d'une étudiante en thèse, c'est plus...elle n'a pas encore soutenu sa thèse donc je ne peux pas vous le donner. Je suis co-directeur de sa thèse *(feuillète le document)*. Vous avez tout sur orsosa.

Vous écrivez cela comment ?

ORSOSA...O R S O S A

Ok, d'accord

(feuilleter le document) Y'a tout dessus...Bon de toute façon, vous allez trouver toutes les échelles et y compris la démarche Orsosa d'évaluation, d'intervention et de réévaluation au niveau des...différentes phases. Alors le principe de la démarche orsosa, c'est...on cherche une légitimité, une rencontre avec des cadres et la passation aux questionnaires avec les validations, les diagnostics, recherches et les réévaluations.

Comme vous me le montrez sur le schéma ! J'aurais voulu savoir la collaboration qu'il peut y avoir entre les différentes instances ?

....(Rires).

Si il y en a ?

Oui, alors, c'est ça le problème en gros !

Avec la DRH, le CHSCT ?

Bon alors, je ne vais pas vous montrer les choses ! Effectivement, la..euh...*(montre le document)* Ca a été exactement son travail de thèse là-dessus et justement sur orsosa. Il y a les principaux résultats et justement, elle a été financée par la CNRACL. Et la par exemple, on avait montré que certains stages, il y avait vraiment une très bonne interaction entre les différents intervenants mais le cadre de santé, les soignants et la direction étaient complètement séparés et puis, il y en a d'autres, ça passait, c'était différent et puis le médecin chef de pôle n'était pas en interaction et puis finalement, en fonction du temps, ça évaluait !

Donc en fonction du temps et pas de la structure ?

Alors, eh bien en fait les 2 !

Les 2 ?

Là en l'occurrence, ça a été en fonction du temps, tout le travail de l'ergonome, la personne qui a fait se mobiliser les acteurs, c'était de les mettre en phase. Et effectivement au début, on était sur des choses ou les gens ne se connaissaient pas. Le but c'était de mettre tout le monde dans la boucle, vous imaginez le travail que cela a été !

Hum hum...mais qui impulse cela en fait... de mettre en place la boucle ?

Alors c'est, il faut savoir que cela ne peut être fait que si il y a une véritable volonté à tous les niveaux et pour nous, c'est évident. Il faut qu'il y ait une adhésion de la direction, pas simplement une étiquette... non parce que cela fait bien, parce qu'il faut les moyens, il faut libérer du temps...bon, du temps en ce moment dans les unités de soins, c'est catastrophique. Deux, il faut que cela ne soit pas vécu comme un projet de direction mais comme un projet pour le manager direct, c'est-à-dire le cadre de santé, qu'il soit impliqué. Moi, je vous dis cela car, vous savez, c'est les 3 entités dans les hôpitaux qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler en accord et il faut les 3 en accord. A partir du moment où vous avez une impulsion de la direction, le cadre qui est partant, le médecin, vous pouvez arriver et les aider à construire quelque chose avec des professionnels. Des professionnels, c'est soit le service de santé au travail, soit effectivement le service et quand je dis dans le service, c'est pas spécialement le médecin, c'est l'ergonome, les psychologues du travail§

Les acteurs ?

Tous les acteurs, y compris avec les représentants du personnel ou délégués du personnel....ect...donc voilà ! C'est bien pour cela que ça ne marche pas souvent

Rires conjoints

Est-ce que c'est parce quequand, après on arrive à faire des choses géniales, on arrive à augmenter la productivité vis-à-vis de la direction, qu'on améliore les conditions de travail du côté du personnel, qu'en terme de médecin, on améliore la prise en charge pour les patients finalement, on dit 3 choses différents mais on dit la même chose.

Mais est-ce que vous ne pensez pas qu'avec la certification ?

C'est une connerie... c'est une connerie...c'est une connerie !!

On en parle pourtant... ?

Oui, mais c'est devenu... on va le faire, regardez comment cela se passe dans les différents hôpitaux, que ce soit à l'imm, c'est-à-dire que c'est une catastrophe, alors oui

Interruption : On frappe à la porte. La femme de ménage vient vider la poubelle.

Reprise :

Non parce que c'est ça, c'est de la com, y a rien. Y a rien, je suis...la certification, c'est...quelle énergie, enfin moi, je suis anti-certification dans la manière dont c'est fait en France, je pense que la certification...soit la certification est faite correctement soit elle n'est pas faite....à l'anglo-saxonne, elle est remarquable...en effet, il y a certaines procédures, tout le monde l'a reconnu. Les gens sont entraînés. Nous on perd un temps monstrueux dans cette connerie. Merci de ne pas mettre connerie...voilà...(Rires) on passe un temps fou...de toute façon, on sait que l'on ne va pas fermer les hôpitaux !

Hum, d'accord

C'est pas bien, ça a coûté combien une certification ?

Je n'en ai aucune idée !

Moi non plus mais j'ai pas envie de le savoir mais regardez on est tous au garde à vous à tous les niveaux que ce soit...

Vous pensez que cela rajoute du stress ?

Evidemment, excusez-moi mais cela me fait rire beaucoup en plus avec ces histoires de pratique, d'évaluations professionnelles. C'est une chose remarquable sur le principe. A 10 ans si on n'évolue pas ses pratiques à un moment donné, on est plus à jour et si on ne fait pas cela, qu'est ce qui se passe ? Certains y passent beaucoup de temps, il y a des gens qui passent des journées à mettre en place des évaluations de pratiques professionnelles, beaucoup d'administratifs qui s'occupent de ce genre de choses et puis finalement, ça sert à rien, d'ailleurs, cela va probablement disparaître, on ne va pas fournir de médecins alors qu'on a pas assez de médecins dans les blocs, n'importe où même en médecine du travail. On n'a plus de médecins !!Attendez, vous n'allez pas à tel point de formation pour qu'on vous interdise d'exercer. Aux Etats-Unis, vous ne repassez votre CME Crédit Medical Education, votre diplôme médical, il est retiré, simplement, tout le monde le fait régulièrement, ça leur prend un petit peu

de temps mais ils le font sérieusement ...après il y a d'autres problèmes aux Etats-Unis, je ne vais pas dire que le système américain est mieux !

Il y a du bien à prendre un petit peu partout !

Tout à fait !

Vous n'êtes pas de terrain mais que pouvez-vous dire sur la QVT sur le terrain, l'application de vos collègues ici ou... ?

Alors moi, j'ai peu de lien avec mes collègues ici car quand on prend difficilement les gens quand on travaille dans la même structure, il y a une sorte de conflit d'intérêt...alors allez expliquer à mon ami chef de service qu'il faut qu'il arrête d'emmerder...euh...c'est pas possible, on y arrive pas, on préfère les envoyer ailleurs et à la rigueur ce que nous on voit, c'est tout sauf les gens d'ici, alors ce qu'on voit, ce qu'on nous rapporte nos collègues de la médecine du travail dans les hôpitaux, c'est que l'on n'est tellement en tension en terme de personnel, le bien-être au travail s'effondre, ça veut dire qu'on a une fuite dans les structures...publiques et donc qu'est-ce qu'on peut faire avec ça ? et ben on fait de la rustine, on essaie d'améliorer les choses avec le peu de moyens que l'on a et quand il y a une infirmière qui est toute seule au lieu d'en avoir 3, on a beau expliquer à la personne mais si il y en a ... de temps en temps, on essaie de jouer sur des subtilités, sur le fait que les conditions de travail sont un indicateur, qu'on essaie de leur faire comprendre que de travailler plutôt au niveau des organisations du travail car c'est ça le vrai challenge, c'est travailler sur les organisations du travail !

Avec le CHSCT ?

Alors... pour le CHSCT, il faut travailler avec lui mais il faut si vous voulez...vous allez être cadre et vous allez vous que si cela ne se passe bien entre un cadre et un agent, si l'agent passe tout de suite vers le CHSCT, ça peut pourrir une situation c'est-à-dire que l'objectif, c'est plutôt de se dire, d'essayer d'avoir une vision plus globale. En plus, le CHSCT, vous allez voir des gens très différents, des gens qui sont remarquables, qui ont une vraie formation sur les conditions de travail, il y en a ce sont malheureusement...ils n'y connaissent rien, ce sont des représentants, ils ont reçu des gens qui ne vont pas bien et leur retour est « c'est pas bien, t'as été méchant avec lui » et on a vu des situations, des cas qui ont été remarquablement géré par le CHSCT !

Justement, je vois Mme Y !

Vous allez voir le haut du panier, le très haut niveau du panier, il n'est pas représentatif mais voilà elle vous donnera...voilà des gens comme ça au CHSCT, je crois qu'elle est CFDT. Quand même on en a 2, 2 collègues, un est cgt, il est remarquable, vraiment, vraiment, vraiment avec une vraie perspective, une vraie connaissance, à la fois sur le terrain et à la fois, une vraie perspective en disant qu'aller engueuler le cadre, ça sert à rien mais proposer des solutions.

En fait, cela dépend de l'individu ?

De sa formation et puis y a des entreprises où cela se passe plutôt bien. Nous on a plutôt un très bon CHSCT. Avant d'être médecin des pathologies professionnelles, j'ai fait fonction de médecin du travail, on a été formé un peu partout, j'ai vu des CHSCT catastrophiques, les gens s'engueulaient jusqu'à pas d'heures, qui n'avançaient pas d'un iota, aucune dynamique, c'était un affrontement perpétuel parce que cela peut être ça. Au contraire avec des délégués du personnel qui représentaient leur intérêt et donc disait oui à ce que disait la direction sans aucun.. On va dire... *(Rires et mimiques)*

Finalement, le CHSCT a-t-il du pouvoir ?

Il a le pouvoir que la direction veut bien lui donner, c'est un organisme consultatif, voilà, après tout dépend des personnalités, un directeur, une direction, il y en a qui n'ont donné aucun pouvoir au CHSCT et après très honnêtement, je pense qu'il faut comme toujours, je pense, un bon pouvoir et un bon contre-pouvoir c'est-à-dire que le le...cet organisme consultatif, il peut alerter, mettre en demeure...ect mais la direction, elle, elle fait ce qu'elle veut, voilà, elle n'est pas forcée. Sur des découpages administratifs, il y a des grosses cliniques qui n'ont pas de CHSCT !

Je pensais que c'était une obligation ?

Pour les plus de salariés...oui... sauf que cela dépend de l'organisation administrative c'est-à-dire que si vous avez les services comme des entreprises séparés comme on a vu dans certaines cliniques en France. Euh ..vous avez 5-1 personnes par unité, pas de médecin du travail enfin si officiellement, officieusement il n'y en avait pas..non,non...il y a pleins de façon de contourner la loi !

J'imagine mais je suis un peu naïve de ce côté-là ! Est-ce que vous vous voudriez rajouter quelque chose concernant la QVT qui vous semble important de me transmettre en tant que future cadre ?

Alors ; .euh, je pense qu'il faut intégrer dans son management, le fait que le personnel ait de bonnes conditions de travail donc qu'il soit aussi épanoui que possible après voilà, c'est un élément multi factoriel mais cela veut dire qu'il y a certaines choses sur lesquelles il faut peut-être de temps en temps se donner un peu de mal pour essayer d'améliorer les conditions de travail sur le long terme, je suis sûre que l'on améliore la performance et l'efficacité pour parler du côté de la direction! Je pense que si on arrive à travailler, à faire comprendre que c'est pas forcément simple, y compris les agents, y compris, la direction que finalement, on n'est pas aussi antinomique que cela. Les unités qui fonctionnent, qui produisent le mieux elles ont de bonnes conditions de travail.

Comme les magnets hospitals ?

Hé Hé...ils attirent mais je pense que l'on n'est pas dans un système, un contexte très restreint, dès que l'on peut nous retirer du personnel, on nous retire du personnel...voilà, à ce moment-là, on fait moins. Je pense qu'il ne faut pas que les conditions de travail soient un facteur d'ajustement...par exemple, nous avons eu une diminution de financement dans nos unités, il était hors de question que je répartisse, j'ai dû licencier quelqu'un, il était hors de question que je répartisse la charge de travail sur les autres. On diminue l'activité sur le plan absolu, pas sur le plan relatif parce qu'il en était hors de question, parce que si je faisais pareil avec moi, un, j'étais sûr de faire fuir mon personnel et les gens sont déjà à 120-130% de leur capacité. Si ils en font plus, ils ne tiennent pas et puis voilà, l'objectif, c'est que les gens ont envie de venir. Faut savoir que les médecins qui viennent dans mon unité, ils ont réellement envie de venir, ils adorent travailler avec des conditions de travail comme on a et ils adorent travailler sur nous, nos attachés, ils sont spécialisés en souffrance au travail. On a anciennement une des premières unités cliniques, elle a plus de 15 ans sur ces aspects-là ! Et on a 5 attachés qui fonctionnent chacun avec des compétences différentes sur ces aspects-là, alors du côté clinique et pas sur le côté organisationnel.

D'accord !

Mais,mais, voilà malheureusement , on voit pas les gens, on voit les gens trop tard, dans des situations. ...mais justement nos attachés quand ils viennent là, ils sont

contents car ce n'est pas avec ce que je leur paye !! Parce qu'ils aiment cela, parce qu'ils trouvent qu'il apporte quelque chose au patient et qu'ils ont des conditions correctes de travail.

Parfait ! Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ? (*signe de tête négatif*).

Je vous remercie beaucoup



Diplôme de Cadre de Santé DCS@14-15

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

La qualité de vie professionnelle : un concept en plein essor

AUTEUR

DURAND Sylvie

MOTS CLES

Concept- Management- Bien-être- Travail-
Qualité de vie au travail

KEY WORDS

Concept- Management- Well-being- Work-
Quality of life in work

RESUME

Le concept de qualité de vie au travail fait résonance au constat persistant et alarmant des risques psychosociaux. Il s'inscrit dans une démarche Qualité et de Certification. Dans ce contexte de souffrance au travail, ce travail de recherche explore la qualité de vie professionnelle au sein d'établissements de santé, dans le milieu clos du bloc opératoire. Une enquête auprès de 4 corps de métier est réalisée afin d'évaluer la mise en œuvre de ce concept de qualité de vie au travail par le cadre de santé d'anesthésie. Des questionnaires électroniques ont été adressés, de façon aléatoire, à la population des infirmiers anesthésistes et des entretiens ont été réalisés auprès de cadres de santé, d'un représentant du CHSCT, d'un médecin des pathologies professionnelles et de membres de la direction des ressources humaines. L'impact de cette recherche est d'orienter le management du cadre de santé de proximité sur de potentiels leviers d'action pour une prise en charge optimale de la qualité de vie au travail de l'équipe.

ABSTRACT

Quality of life at work: a (growing) developing concept
The concept of quality of life at work resonates with the persistent and alarming reports of psychosocial risks. It fully belongs to the Quality and Certification Process.
In the context of work related stress, this research explores the quality of life at work in health facilities, specifically in the closed environment of the operating theater.
A survey of 4 professional categories was performed to assess the implementation of the concept of quality of life at work by the staff manager of the anesthesiology department, the operating theater.
Email questionnaires were randomly sent to anesthesiologists nurses in a public and A private institution and interviews were carried out with health managers, a CHSCT (explain) representative, a physician specialized in occupational diseases and a Human Resources Director. The purpose of this research is to provide the middle-upper nurse managers with potential leads for an optimal support of the team's quality of life at work.

NOTES
