

LES ENSEIGNEMENTS DES PREMIERS CLUSTERS SOCIAUX QVT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.

SYNTHÈSE DU RAPPORT D'ÉVALUATION

De Cathel Kornig, Christophe Massot, Christian Revest

1. Les clusters sociaux Qualité de Vie au Travail : de quoi parle-t-on ?	2
2. Les dynamiques territoriales : initier et développer un réseau autour des clusters	3
3. Les clusters inter-établissements : mobiliser, former, outiller les acteurs porteurs des établissements.....	5
1. <i>L'instruction de la demande par les Aract et ARS pour une appropriation respective.....</i>	6
2. <i>La représentativité des professionnels engagés.....</i>	6
4. Les 4 questions posées par les démarches QVT dans les établissements	7
3. <i>L'engagement de l'ensemble des acteurs du Copil et des établissements.....</i>	8
4. <i>L'exploration de nouveaux fonctionnements.....</i>	9
5. <i>Le dépassement des conflits interpersonnels ou hiérarchiques.....</i>	10
6. <i>Articuler expression et action sur le contenu du travail.....</i>	10
7. <i>L'apprentissage et la transformation des rapports de travail</i>	12

Cathel Kornig est docteur en sociologie, chercheuse associée au Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST), de l'université d'Aix-Marseille. Christophe Massot est docteur en gestion, chercheur associé au Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD) du CNAM. Christian Revest est ergonomiste conseil.

1. Les clusters sociaux Qualité de Vie au Travail : de quoi parle-t-on ?

Depuis 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) puis la Direction générale de l'offre des soins (DGOS) œuvrent ensemble pour encourager et accompagner les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux, à mettre en place des démarches Qualité de Vie au Travail (QVT). La QVT y est ainsi définie : « elle regroupe l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé. Ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels »¹. La convergence d'intérêts est soulignée entre les salariés, les patients et leur entourage, les représentants du personnel, les directions des établissements et les organismes de tutelle.

« La clé de voûte de la qualité de vie au travail réside dans le pouvoir d'agir sur son travail : elle place le travail, son organisation, sa transformation au centre du dialogue professionnel au sein des services et du dialogue social au sein des instances représentatives du personnel. Redonner le temps pour pouvoir discuter et agir sur les conditions d'exercice favorise l'engagement des personnes et permet de dégager des marges de manœuvre dans un contexte où directions comme professionnels ont souvent le sentiment de subir des injonctions venant d'ailleurs. Cela repose sur des mécanismes renouvelés de responsabilisation, d'autonomie et de prise de décisions »².

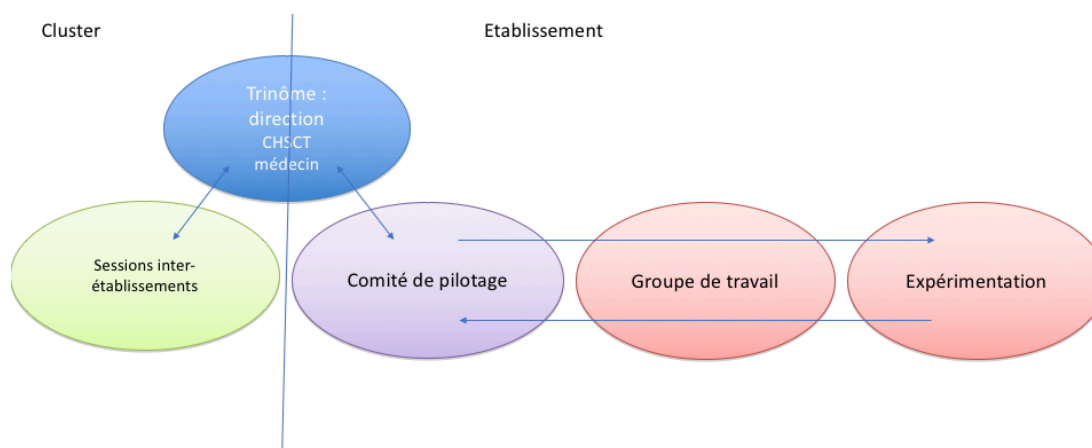
Cette définition de la QVT, portée par le comité de pilotage des clusters, s'inscrit dans la continuité de l'ANI de 2013, « Vers une politique d'amélioration de la Qualité de Vie au travail et de l'égalité professionnelle », et du projet d'accord QVT de la fonction publique du 12 janvier 2015, projet non co-signé par les partenaires sociaux.

Les Clusters sociaux sont conçus comme des dispositifs d'accompagnement d'expérimentations pratiques, menées au sein d'établissements volontaires, au plus près du travail de soin, permettant de soutenir l'articulation effective de la Qualité de vie au Travail et de la Qualité des soins. Cette méthode consiste en un accompagnement des établissements, pour prendre en compte la qualité de vie au travail et la qualité des soins ; un apport de méthodes et d'outils au service des participants pouvant être mobilisés pour initier la démarche dans leurs établissements ; le tout en vue de mener des actions concrètes sur le fond, c'est-à-dire en se saisissant d'enjeux relatifs aux organisations du travail.

Le schéma, présenté ci-dessous, rend compte de la méthodologie des démarches QVT à partir de la constitution des trinômes (représentants de la direction, du CHSCT et du corps médical) et des sessions inter-établissements animées par les intervenants des Aract :

¹ Sources : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

² Source : HAS, 2017, La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux »



Le dispositif cluster est structuré en 4 niveaux :

- National :
 - le comité de pilotage (HAS, DGOS, Anact),
 - le comité de pilotage paritaire (organisations représentatives du personnel et des employeurs),
 - le comité de pilotage opérationnel (ARS et Aract).
- Régional : le pilotage ARS/Aract
- Cluster : l'Aract anime et accompagne 7 ou 8 établissements
- Établissement : le trinôme (représentant de la direction, médecin et IRP) qui participe aux clusters et initie ensuite dans son établissement la mise en place d'une démarche QVT qui se structure autour d'un comité de pilotage et de groupe(s) de travail

Les premiers clusters sociaux QVT dans les établissements de santé ont vu le jour fin 2015. La première vague de cluster a rassemblé 79 établissements, la seconde 85.

Dans le cadre du pilotage de l'action et de son évaluation, **le comité de pilotage** de l'action national (HAS-DGOS-Anact) a souhaité disposer d'un **bilan qualitatif présentant les enseignements et les outils pour tous**. En s'appuyant sur les chargés de mission des Aract, ce comité de pilotage a proposé 10 établissements et 5 régions sur lesquels a porté l'évaluation.

Deux points d'entrée ont été retenus dans l'analyse. Une entrée territoriale où il s'agit de comprendre comment les dynamiques initiées par les clusters sociaux à l'échelle régionale, permettent de soutenir et d'accompagner l'effectivité des expérimentations QVT. Une entrée établissement où il s'agit de comprendre comment les établissements se sont organisés concrètement pour mettre en place une démarche QVT effective.

Afin de mener à bien ce travail d'évaluation portant sur le niveau établissement et sur le niveau territorial, 170 entretiens semi-directifs en face-à-face ont été réalisés par une équipe de chercheurs, dont 139 auprès des professionnels des établissements de santé et 31 auprès des acteurs régionaux engagés sur ces clusters.

2. Les dynamiques territoriales : initier et développer un réseau autour des clusters

En initiant ces clusters autour d'un découpage régional, les concepteurs des clusters sociaux QVT souhaitent **inscrire la qualité de vie au travail de façon pérenne dans les territoires**.

Afin d'anticiper la fin de l'accompagnement d'un nombre important, mais limité dans le temps, d'établissements de santé, **la mise en réseau d'acteurs territoriaux**, en charge de la dynamique QVT, a été envisagée comme un moyen de **diffusion et de pérennité**. La diffusion serait ainsi facilitée avec la multiplication d'acteurs complémentaires (fédérations, organisations syndicales, ARS, Direccte, Carsat, universitaires, etc.) et la pérennité assurée par l'engagement collectif d'un réseau d'acteurs. Cet enjeu de dynamique territoriale est explicité dans la lettre de lancement de l'appel à projet HAS/DGOS/Anact³.

La territorialisation de l'action peut permettre à l'objet Qualité de Vie au Travail de **s'institutionnaliser progressivement par son inscription dans des accords, plans d'actions ou autres dispositifs institutionnels**, co-construits par un réseau d'acteurs compétents et légitimes. Comment cela s'est-il traduit et instrumenté sur les territoires et dans les régions ? Dans quels contextes ?

Fin 2017, parmi les 5 régions étudiées, 3 régions se sont structurées autour du binôme ARS et Aract uniquement, la quatrième a associé une fédération d'établissements et la cinquième a mobilisé plusieurs partenaires en organisant des journées d'échange avec un comité de suivi sur ce qui se construit au sein de son cluster.

L'analyse, réalisée dans le cadre de cette évaluation, porte sur **la première année des clusters même s'il semble qu'à l'issue de la deuxième année, cette dynamique territoriale a commencé à émerger, qui appellerait une analyse complémentaire**. Nous revenons ici uniquement sur la première année.

Plusieurs éléments éclairent la difficile territorialisation de l'action sur cette première année.

Les premiers clusters sociaux QVT sont mis en place dans un contexte particulier : le nouveau découpage des régions administratives (de 22 à 13) devait entrer en vigueur au 31 décembre 2015. Plusieurs Aract et ARS étaient alors en pleine reconfiguration au moment du lancement des clusters.

Le lancement officiel des clusters a été réalisé sous la forme d'un appel à projet HAS/DGOS/Anact. La réponse devait être portée *a minima* par un binôme ARS/Aract. Dans les régions étudiées, ce **temps de montage a été réalisé dans un laps de temps jugé trop court** pour la première vague alors qu'une **construction de projet avec de nouveaux partenaires nécessitait un temps dédié**. Cette temporalité a donc contraint les porteurs des clusters à constituer rapidement un groupe d'établissements de santé, mobilisable conjointement autour du projet QVT.

Le contexte partenarial dans lequel les clusters sociaux QVT sont mis en place diffère fortement selon les territoires. Dans certaines régions, l'ARS et l'Aract se connaissaient et travaillaient ensemble depuis plusieurs années (sur les risques psychosociaux par exemple). Le projet de cluster s'est alors inscrit dans la continuité de ce travail. Dans d'autres régions, plus nombreuses, elles n'avaient pas de relations partenariales antérieures et il a fallu contractualiser rapidement. **Ce manque de temps n'a pas permis aux deux acteurs ARS et Aract de partager leurs intérêts et enjeux respectifs à piloter ces clusters, et d'embarquer d'autres partenaires, malgré plusieurs tentatives.**

Nous faisons l'hypothèse que **la mise en discussion et la traduction des enjeux locaux autour des clusters sociaux QVT entre les différentes parties prenantes peut permettre un intérêt et un engagement des acteurs**. Par exemple, avec les organisations syndicales, pour

³ Appel à projet « clusters d'établissements de santé pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail » en date du 20 novembre 2015.

qui la question de la QVT doit trouver une articulation avec les enjeux existants aux niveaux régionaux et nationaux, notamment avec les conflits portant sur la tarification à l'activité, les plans de retours à l'équilibre, le virage ambulatoire, les GHT, les conditions de travail, etc. Il semble nécessaire de dédier du temps à ce travail préalable autour des enjeux locaux, afin que les IRP puissent articuler ces objets « classiques » avec cet objet émergent qu'est la QVT.

Par ailleurs, **l'objet QVT étant polysémique** et objet de controverses vives (de la salle de sport aux plantes vertes bien souvent décriées), la mise en discussion des intérêts et enjeux locaux des clusters QVT peut permettre de **trouver un intérêt commun à agir qui fasse sens** pour les différents partenaires concernés.

Au niveau national, au sein du comité de pilotage national paritaire des clusters, où siègent les organisations syndicales et les fédérations d'établissements, les organisations syndicales soulignent combien l'objet QVT a pu être discuté, interrogé, ses représentations ont pu être partagées et alors un intérêt commun autour des démarches QVT a pu naître, co-construit, alors même que la plupart des organisations syndicales dans la fonction publique ont refusé de signer le protocole d'Accord de 2015 sur la QVT.

Le temps est trop court ici pour comprendre la teneur des dynamiques partenariales territoriales qui exige une temporalité plus longue que celle des premiers clusters. Il semble que l'enjeu de territorialisation de l'action a été discuté dans différentes réunions de préparation du lancement des clusters mais il n'a pas été repris explicitement comme un élément à part entière du projet de dispositif à initier. Lors de la première vague des clusters, la démarche territoriale est naissante, aussi cette dynamique n'a pas été immédiate, dans la mesure où elle réunissait des acteurs qui ne se connaissaient pas et qui n'étaient pas habitués à travailler ensemble.

Cet ancrage territorial a été alors peu appréhendé par les professionnels des Aract et des ARS. De ce fait, cela n'a pas été travaillé collectivement et explique pour partie la relative faiblesse des dynamiques territoriales au démarrage des clusters. Cela étant, ces éléments seront à confirmer aujourd'hui puisque la présente analyse porte uniquement sur la première année des clusters (2016) et, au moment des restitutions aux différentes ARS et Aract, courant 2018, des initiatives partenariales ont été présentées, comme en train d'émerger dans différents territoires.

3. Les clusters inter-établissements : mobiliser, former, outiller les acteurs porteurs des établissements

Fin 2015, **les Aract et les ARS ont pour mission de constituer dans chaque région un cluster, regroupant 7 ou 8 établissements, à qui elles proposent un accompagnement pour mettre en place une démarche QVT.** Celui-ci se formalise autour de l'alternance de **5 séances collectives** (pendant lesquelles les établissements se forment et échangent sur leurs avancées respectives) et de **3 journées d'accompagnement individuelles** (pendant lesquelles l'Aract accompagne en interne les professionnels dans la mise en œuvre de leur démarche).

Le choix des établissements participant aux clusters est réalisé conjointement par l'Aract et l'ARS, cette dernière ayant une connaissance fine des établissements sur leurs territoires. L'animation des séances individuelles et collectives est réalisée par les Aract, les ARS participant aux premières et dernières séances afin de permettre une liberté de parole aux participants. Si les Aract sont autonomes pour construire leur accompagnement de façon *ad hoc* afin de s'adapter aux établissements et aux territoires, **ces séances collectives** ont eu pour objet de **favoriser les échanges** entre les trinômes (représentants direction, médecin et IRP) des différents établissements, en particulier des représentants des directions, de **former ces trinômes aux concepts et principes de la QVT**, de déployer, dans certaines régions, un **outil de diagnostic** et, enfin, de **soutenir la mise en place, par les établissements,**

d'expérimentations opérationnelles. L'enjeu essentiel de ces séances inter-établissements a été, *in fine*, l'initiation d'une action concrète portée par le personnel des établissements. Les trinômes des établissements ont trouvé, par ces séances, un espace d'échange, de formation à la QVT et de soutien à l'organisation de leur action.

Au total, 12 clusters ont été mis en place en 2016 et 14 en 2017. L'équipe de recherche mandatée par le comité de pilotage national a cherché à comprendre comment ce travail en cluster a pu permettre d'initier ou de soutenir les professionnels dans leur expérimentation de démarches QVT.

Sont ici retenus en substance deux leviers déterminants: l'instruction de la demande et la représentativité des professionnels représentant l'établissement au cluster.

❖ *L'instruction de la demande par les Aract et ARS pour une appropriation respective*

Dans certaines régions, les pilotes des clusters (ARS et Aract) ont fait le choix de **rencontrer les établissements volontaires en amont du lancement**. Cela a permis d'une part aux professionnels des ARS mobilisés sur les clusters, non spécialistes de ces démarches QVT, de **s'approprier leurs objectifs et méthodologies dans un temps relativement court**, ou dit autrement, de s'acculturer à la démarche.

D'autre part, cela a permis aux chargés de mission des Aract de **s'appuyer sur les problématiques propres des établissements** pour lancer les clusters. Ce temps d'échange en amont a permis d'ancrer le projet et sa présentation dans les problématiques réelles des établissements, de traduire en quelques sortes le projet localement. Lorsque les attentes et les objets portés par les établissements sont pris en compte dès le démarrage du cluster, cela peut avoir un effet puissant sur l'engagement des acteurs et la suite de la démarche QVT.

Dans les régions où ce travail préalable n'a pas pu être fait, les professionnels ont parfois peiné à s'approprier au départ les objectifs présentés. Ce travail **d'appropriations respectives par l'instruction de la demande nécessite une temporalité plus longue**.

❖ *La représentativité des professionnels engagés*

Le deuxième levier concerne la représentativité des professionnels engagés au cluster, leurs **rôles de porte-parole**. La méthodologie implique que les acteurs présents devaient représenter la direction, les personnels et le corps médical. Le cluster reposant sur le principe du paritarisme.

Dans les établissements dans lesquels les acteurs des trinômes sont de véritables porte-paroles, les représentants du personnel sont actifs dans leur CHSCT et **soutenus par leurs CHSCT, les représentants du corps médical** ont une légitimité professionnelle et les représentants de la direction disposent d'une autorité opérationnelle ou d'un **mandat effectif**. Dans d'autres établissements, cela peut être parfois plus complexe. Des représentants du personnel ont pu ne pas avoir de mandat, mais être un membre invité permanent des CHSCT, d'autres ont pu être élus mais participer à titre plus individuel, sans mandat du CHSCT. Des représentants de la direction ont pu ne pas avoir de réel mandat opérationnel. En quoi cela peut-il être un frein à l'efficacité et à la pérennité de la démarche ?

Le porte-parole est le relais des controverses et de la définition du problème commun. **Convaincu par le projet, le porte-parole doit transmettre le discours à son groupe de pairs**. Cette étape est indispensable pour permettre l'engagement des acteurs au moment de la mise en œuvre du plan d'expérimentation et du recueil d'informations nécessaires à la controverse. Ces professionnels doivent pouvoir faire des **allers-retours entre leurs services et les temps de travail sur la démarche QVT afin, par exemple, que le choix du premier chantier à**

travailler soit véritablement prioritaire aux yeux des 3 parties prenantes et des professionnels qu'ils représentent.

Et au sein de ce trinôme, **le porte-parole de la direction doit notamment avoir un réel pouvoir décisionnaire pour permettre de soutenir la démarche jusqu'à son terme.** Sans cela, si la démarche se met en place sans appui réel de la direction, la démarche peut se mettre en place mais avec un risque. Les professionnels peuvent se mettre au travail, s'engager réellement et proposer d'expérimenter une autre façon de faire, l'évaluer puis proposer un plan d'action. Sans le soutien de la direction, les propositions pourront rester lettre morte et avoir des effets néfastes dans l'établissement en termes de reconnaissance et d'implication des professionnels. Cela a été observé dans un établissement pourtant moteur dans le cluster au départ.

La capacité de représentation et d'action du trinôme est fondamentale dans la dynamique initiée en cluster. Notre hypothèse serait que, pour que cette mission de porte-parole soit bien appropriée par les professionnels concernés, il faudrait qu'elle soit mise en discussion au moment des rencontres avec les établissements en amont du projet et/ou travaillés lors des premières séances collectives.

Enfin, nous noterons sur ce point précis combien les attentes sont grandes dans les établissements engagés dans les clusters, à la mesure des difficultés qu'ils rencontrent aujourd'hui. Le travail réalisé en séance collective a été riche et source d'apprentissage pour de nombreux professionnels interviewés, qui ont bien souvent souhaité une poursuite de ces moments. Dans plusieurs établissements, des contacts entre les trinômes des différents établissements ont été pris afin de pouvoir continuer à échanger au-delà du temps du cluster.

4. Les 4 questions posées par les démarches QVT dans les établissements

Pour répondre à la **question de l'effectivité des dispositifs Cluster QVT**, nous avons posé le problème des **moyens et actions** que les démarches QVT, **dans les établissements de santé**, appuyées par le dispositif cluster, ont utilisé, mobilisé et développé pour parvenir à soutenir l'expression et l'action des personnels sur le contenu de leur activité.

Dans les établissements dans lesquels nous nous sommes rendus, nous avons cherché à réaliser les tableaux, les plus complets possibles, des actions et des dispositifs mis en place, des discussions menées et des décisions prises. Nous avons cherché à comprendre comment les différents acteurs de ces établissements avaient trouvé les moyens d'assurer la continuité d'une démarche QVT de la mise en place d'un trinôme participant aux clusters jusqu'à l'action effective sur le contenu du travail.

En ce sens, notre attention s'est portée sur **l'inventivité pratique de ces acteurs** comme sur les problèmes qu'ils n'étaient pas parvenus à résoudre et qui avaient pu, à un moment ou un autre, interrompre, ce processus. Dit autrement, nous n'avons pas cherché à évaluer la « bonne » application d'un processus par des acteurs mais à comprendre l'utilisation inventive d'un processus par des acteurs pour résoudre les problèmes d'action posés.

Nous avons identifié **4 questions centrales** auxquelles les établissements de santé ont cherché à répondre pour déployer une démarche QVT capable de soutenir effectivement l'expression et l'action des personnels de santé sur le contenu du travail, au nom de la sécurité et de la qualité des soins :

- 1 - l'engagement de l'ensemble des acteurs du Copil local, des établissements ou des services concernées,
- 2 - l'exploration d'innovations et d'autres fonctionnements par les expérimentations,
- 3 - le dépassement des conflits interpersonnels ou hiérarchiques et
- 4 - la dissociation de « l'expression et de l'action sur le contenu du travail », selon la définition de la QVT portée par la HAS et l'ANACT⁴.

Notre travail a donc consisté à suivre l'initiative et l'inventivité de l'ensemble des acteurs des établissements, impliqués dans une démarche QVT et accompagnés par les intervenants des Aract, pour parvenir à mener les démarches QVT et répondre aux enjeux qu'elles posent.

❖ *L'engagement de l'ensemble des acteurs du Copil et des établissements*

Le **premier enjeu** d'une démarche QVT est celui de **l'engagement des différents acteurs du trinôme et du Copil** : représentant de la direction, du personnel et du corps médical ou du personnel de soin. Les établissements, parvenus à mener effectivement une démarche QVT, sont ceux qui ont cherché à définir **un problème commun intéressant l'ensemble des acteurs du Copil**.

L'élaboration d'un objet commun par le Copil, implique que l'ensemble de ses acteurs puissent faire valoir leurs **attentes spécifiques** et ceux des mondes professionnels ou des groupes auxquels ils appartiennent. Si ces acteurs ne peuvent **exprimer** leurs problèmes spécifiques, leur **engagement, comme celui de leurs groupes professionnels** dans le dispositif QVT, sera nécessairement compromis, ou réduit à une figuration faussement participative, selon l'expression de la sociologie de la traduction. Le Copil ne peut être un espace de construction de l'engagement de ses différents acteurs qu'à la condition qu'ils puissent, chacun, y faire valoir ce qui, pour eux, est important et pose problème.

Dans les établissements, dans lesquels des acteurs n'ont pu exprimer leur point de vue, ces derniers n'ont pas activement participé à la démarche QVT. Et certains ont volontairement refusé d'y participer, considérant que leurs problèmes et demandes étaient ignorés ou que des sujets leur étaient imposés. Ce principe est clairement exprimé par ce personnel de soin, un infirmier, siégeant dans un Copil QVT : « *Je pense... Non, je peux vous dire que tant qu'on ne sera pas écoutés, ça n'avancera pas et l'ensemble des collègues ne viendront pas dans ces histoires !* ».

L'enjeu, pour le Copil est, par la discussion et la confrontation des points de vue, de **définir un enjeu, un problème ou un objet commun pouvant convenir à l'ensemble des acteurs**.

Nous ne pouvons dégager un principe général soutenant cette construction. Par exemple, dans le cas d'une clinique psychiatrique, cette construction s'est faite en plusieurs étapes : le directeur a exprimé son besoin que la question du déménagement du site soit travaillée, les cadres médicaux ont ensuite orienté la démarche vers la question du 6/9h et les personnels de soin ont enfin posé le problème de l'attente trop longue des résidents avant la prise de leur médicament. Ces trois problèmes étant tout à la fois distincts et articulés, ces différents acteurs ont été, de ce fait, tous intéressés à leur résolution.

La discussion collective est le moyen d'exposer, pour ces acteurs, leurs attentes, problèmes et enjeux respectifs. Lorsque les points de vue peuvent être exposés et discutés, ils permettent l'irruption de nouvelles idées. La sociologie de la traduction utilise le terme de controverse pour

⁴ HAS, ANACT/ARACT (2017), *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux*, document validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en 2017, septembre, p.7.

souligner la nécessité de l'explicitation des idées de chacun dans la construction d'une problématique commune.

Cette élaboration collective ne peut être effective qu'à la condition que les acteurs du trinôme ou du Copil soient **légitimes**, c'est-à-dire que les problèmes, qu'ils expriment, portent et discutent, soient reconnus comme telles par les acteurs de leur milieu. Leur légitimité réside dans leur capacité à se faire les **porte-paroles de problèmes partagés**. A défaut, les problèmes discutés et élaborés ne seront pas reconnus et jugés légitimes par les autres acteurs de l'établissement.

❖ *L'exploration de nouveaux fonctionnements*

Le **second enjeu**, posé par les démarches QVT, est celui de **l'exploration, par les personnels des établissements de santé, de leur propre travail pour imaginer d'autres fonctionnements possibles**. Une démarche QVT ne consiste pas à soutenir seulement l'expression, par le personnel de soin, mais aussi l'action sur le contenu de leur travail, et donc la **recherche de nouvelles manières de travailler**. Les établissements, parvenus à mener une démarche QVT effective, sont ceux qui ont donné un cadre, sous différentes formes, à la controverse entre personnels sur ce qui est fait et ce qui pourrait être fait pour chercher d'autres manières de faire.

Par exemple, les infirmiers de la clinique psychiatrique n'ont pas trouvé d'accord concernant les modalités de résolution du problème de la trop longue attente des résidents pour la prise de leurs médicaments. Ces désaccords, entre infirmiers, dans le groupe de travail, sur les manières de faire le travail leur ont permis d'explorer et de saisir ce qu'ils faisaient, mais aussi ce qu'ils ne faisaient pas ou plus, ou bien de manière insatisfaisante. Cette première exploration ouvre la possibilité d'une recherche de nouvelles manières de faire. Ils ont alors fait le choix non pas de refermer la discussion face à ce désaccord mais, au contraire, d'expérimenter, *in situ*, pendant deux semaines, les deux solutions proposées.

Dans cette clinique, un outil, le relevé d'activité réalisé par un acteur extérieur au service, non infirmier, mais salarié de l'établissement, a permis d'initier les discussions. Cette description minutieuse de l'activité du service a été l'objet de vives discussions, entre infirmiers, sur ce qui posait problème dans le service et ce qui pourrait être fait. Dans d'autres établissements, le *safari photo*, par exemple, a été utilisé pour initier et soutenir ces échanges dans un espace de discussion dédié. Cet outil propose à chacun des professionnels de prendre en photo *a minima* deux situations de travail, l'une considérée comme une bonne manière de travailler, l'autre comme une mauvaise manière de travailler. D'autres établissements encore ont déployé des « espaces de discussion » (EDD), espaces dédiés tout à la fois à l'examen collectif de problèmes spécifiques de travail et d'organisation et à la recherche de propositions alternatives. A titre d'exemple, un EDD, composé de différents types de personnel soignant, a choisi d'articuler les questions d'absentéisme, des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des gestes professionnels, notamment des gestes nécessaires au déplacement de certains patients, et de proposer la mise en place d'une « chambre du dos » qui vise à former régulièrement les soignants afin de prévenir les TMS et les problématiques d'absences afférentes.

L'enjeu de ces différents types d'outil est de permettre aux membres du personnel de parvenir à **prendre leur propre activité comme objet d'analyse pour chercher à la transformer**. Sans objet intermédiaire, les personnels de soin peuvent éprouver des difficultés à prendre pour objet d'analyse leur activité et à initier, par la mise en discussion de leurs différences, la recherche d'autres manières de faire. L'enjeu est ici, dans les groupes de travail, de parvenir à mettre en débat le travail pour mobiliser la créativité des personnels de soin et donner forme à leur inventivité pratique.

❖ *Le dépassement des conflits interpersonnels ou hiérarchiques*

Le troisième enjeu est le dépassement des conflits interpersonnels ou hiérarchiques dans des établissements où, justement, ces problèmes rendent essentiel le déploiement d'une démarche QVT, ces conflits empoisonnant la vie au travail des salariés. Certains établissements sont entrés dans les dispositifs QVT avec spécifiquement la volonté de traiter ces problèmes. Mais la difficulté est alors de déterminer comment ces salariés peuvent participer collectivement à une démarche QVT alors même que la dégradation de leurs relations les empêche de travailler, de discuter, ou d'agir ensemble. Tout se passe comme si, paradoxalement, la finalité de la démarche QVT était aussi sa condition ou son prérequis.

Pour contourner cette difficulté, certains établissements ont choisi de **faire un pas de côté** pour ne pas directement traiter la question des tensions interpersonnelles. L'action des intervenants des Aract a permis, malgré la demande de certains établissements, que la démarche QVT reste d'abord orientée par les questions du travail et de qualité des soins.

Un établissement, siège d'importantes tensions interpersonnelles et hiérarchiques, dont avait rendu compte une expertise pour risque grave et une alerte de la médecine du travail, a constitué un groupe de travail, réunissant des professionnels de différents métiers d'un même service en difficulté. **Ce groupe de travail a pris pour objet, non pas les dérèglements relationnels, mais ce qui dans le travail empêchait un travail de qualité, pour produire des propositions.** Ce « cahier de proposition », et non de doléances, a ensuite été transmis à l'encadrement. Dans ce contexte de tensions, l'encadrement était inquiet : *« On avait très très peur. Des choses allaient se dire, par rapport aux cadres, aux médecins pas très positives. Donc des personnes étaient anxieuses, donc on a dit C'est secret, ça reste dans le groupe »*. C'est presque avec stupéfaction que l'encadrement a découvert la prudence des propositions construites par les personnels de soin : les questions interpersonnelles ont été évacuées au profit des problèmes de travail comme ceux de la cohérence des discours à adresser aux familles ou de l'organisation des séances individuelles ou collectives de kinésithérapie. De leur côté, les personnels de soin ont redécouvert la possibilité d'être écouté et de pouvoir mettre en discussion les problèmes de travail avec leur hiérarchie : *« Ce qui m'a un peu perturbé, c'est que je ne pensais pas qu'on allait être écouté à ce point. Les directeurs de soin sont, dès le lendemain, allés dans le service pour faire une grosse réunion. On n'a pas été juste écoutés... ça a commencé un peu à réfléchir à ce qui peut être fait ou pas »* juge un membre du service concerné.

L'hypothèse, éprouvée pratiquement par cet établissement, est que **les relations interpersonnelles et hiérarchiques ne peuvent être transformées qu'en travaillant les problèmes de travail dégradant la qualité des soins**. Tout semble se passer comme si, plus un établissement était pris dans un mouvement de dégradation de ses relations interpersonnelles ou hiérarchiques, plus une démarche QVT devait descendre au plus près des détails de l'activité pour que les personnels et l'encadrement redécouvrent leur capacité à traiter des problèmes de travail et fassent l'expérience d'autres rapports.

Ce problème est articulé au premier : dans un établissement, plus les relations hiérarchiques se sont dégradées, plus l'engagement des personnels dans une démarche QVT est dépendant de la reprise de leurs problèmes pratiques et quotidiens.

❖ *Articuler expression et action sur le contenu du travail*

Mais cette mobilisation de détails de l'activité participe également de la résolution **d'un quatrième enjeu : la nécessaire articulation de l'expression et de l'action sur le contenu du travail.**

Une difficulté d'une démarche QVT est de solliciter et d'organiser l'expression des salariés sur les problèmes de travail et de qualité de travail sans, ensuite, déployer des moyens d'action. Il y a là le **risque d'un effet pervers** : lorsque les salariés se sont engagés dans la formulation des dysfonctionnements ayant des effets sur la qualité des soins, si aucune action de transformation n'est prise, cette absence d'action expose l'incapacité collective à traiter ces questions. C'est alors le **danger de la parole inutile, renvoyant les salariés et l'organisation à leur impuissance**. Elle est non seulement inutile, mais génératrice d'effets néfastes, car risquant d'accroître le sentiment de mal-être, le désengagement des salariés et la dégradation des relations au travail. Un enjeu essentiel est qu'une **démarche QVT parvienne au bout de son cycle**, en ne s'arrêtant pas à **l'expression mais en allant jusqu'à l'action sur le contenu du travail**.

Deux types d'actions interdépendantes, nous semblent pouvoir permettre d'éviter le risque de la parole inutile : **l'orientation des démarches QVT vers les problèmes d'activité et la formulation explicite d'une demande à l'adresse du groupe de travail par les responsables de l'organisation**.

L'orientation des démarches QVT vers les problèmes de travail permet de mobiliser l'engagement des personnels, nous l'avons vu, mais aussi leur inventivité et créativité. Par leur connaissance des pratiques de soins, les personnels de soin ont des propositions, concernant leur activité, à faire valoir. Ils ne seront donc forces de proposition d'action sur le contenu du travail qu'à la condition que les démarches QVT posent des questions de travail. Ensuite, il ne peut s'agir, dans le cadre d'une première démarche QVT, d'engager des questions de transformation générale de l'organisation. Plus le problème posé est précis, circonscrit, ancré dans l'activité pratique, plus il peut y avoir de chances que les propositions formulées par les personnels de soin soient applicables, sans modification d'autres éléments de l'organisation du travail. **La précision de l'objet traitée est gage de la possibilité d'une transformation effective**.

Lorsque le Copil, de certains établissements, a formulé collectivement une demande explicite au groupe de travail, elle a été le moyen, pour ce dernier de **disposer d'un cadre à son action**. Le mandat adressé ne consistait plus seulement à soutenir l'expression pour faire part d'un mal-être mais de débattre, entre professionnels du soin, pour élaborer des propositions répondant à la demande de l'organisation. **Cette demande des représentants de la direction constitue un cadre** permettant aux personnels de soin, dans les groupes de travail, d'orienter leur discussion **vers la recherche de propositions d'action** : *« Mais on avait cet objectif : c'était pour travailler pour la future organisation. C'était positif. C'est ça qui nous a aidé à ne pas partir dans tous les sens. Parce qu'il y avait un enjeu (...) : comment faire ? Qu'on soit sur des choses concrètes : c'était ça la question. Je pense que c'est pour ça qu'on a avancé »* (membre d'un groupe de travail). Comme nous l'avons constaté dans différents établissements, cette demande a pour effet le développement d'une certaine prudence de la part des membres des groupes de travail.

Cette demande a pour **corollaire, pour les représentants de la direction du comité de pilotage, la nécessité de répondre aux propositions formulées par les membres des groupes de travail**. Il ne s'agit pas de valider l'ensemble des propositions mais d'y répondre, positivement et négativement, par leur mise en discussion. Dit autrement, les représentants de la direction, en comité de pilotage, doivent rendre compte de leur propre demande, adressée aux groupes de professionnels, par une discussion argumentée. Ici, **l'évaluation de la démarche** comme des propositions des groupes de travail est un moyen efficace pour structurer et anticiper cette réponse.

❖ *L'apprentissage et la transformation des rapports de travail*

Les établissements, dans lesquels nous nous sommes rendus, ont cherché, par ces moyens de répondre, avec l'appui des intervenants des Aract, aux problèmes qui leur était posés pour déployer une démarche QVT capable de soutenir effectivement l'expression et l'action des personnels de santé sur le contenu du travail, au nom de la sécurité et de la qualité des soins.

Mais il nous faut ici exprimer une remarque générale : **le résultat et les effets d'une démarche QVT ne résident pas seulement dans l'élaboration d'une solution au problème soulevé.** L'apprentissage de la démarche, ayant permis cette élaboration, a une importance tout autant essentielle : **l'élaboration d'une solution effective, par une démarche QVT efficace, est le moyen d'un apprentissage collectif d'autres manières de fonctionner** et d'organiser les rapports sociaux, professionnels ou hiérarchiques qui pourront être déployés vers d'autres questions.

A l'occasion d'une démarche QVT sur un objet précis, les personnels d'un service, l'encadrement intermédiaire et la direction peuvent faire l'expérience qu'ils peuvent fonctionner différemment, en tenant compte des intérêts et des problèmes de chacun des acteurs. L'encadrement découvre que les personnels, dès lors qu'ils disposent d'un espace pour s'exprimer et agir sur le contenu du travail, peuvent être une ressource pour la qualité des soins et l'efficacité de l'organisation. Le personnel découvre que l'encadrement peut les entendre, discuter ses propositions et être une ressource pour soutenir l'organisation efficace de leur activité, au nom de la qualité du travail.

L'objet de la démarche QVT est tout autant la résolution de problèmes, empêchant le bon fonctionnement d'un service ou un travail de qualité, que **l'expérimentation et l'apprentissage des modalités possibles de résolution de ces problèmes.** Cet apprentissage pourra ensuite, par un processus itératif, être utilisé et transféré à d'autres objets, peut-être alors plus importants tant « toutes les histoires d'innovation sont des histoires de progressives transformations⁵ ». Ici, **l'évaluation de la démarche** comme des propositions des groupes de travail, par l'ensemble des acteurs, du Copil jusqu'aux patients ou résidents en passant par les professionnels, est un moyen de soutenir et structurer cet apprentissage collectif.

Nous trouvons là, sans doute, une condition de **pérennité**, à moyen terme, des démarches QVT dans les établissements. Mais, dans le cadre de notre étude, circonscrite dans le temps et le nombre d'établissements visités, nous ne pouvons qu'émettre cette hypothèse, sans l'appuyer par le recensement d'un nombre suffisant d'expériences concrètes. La question de la pérennité de ces transformations et des dynamiques nécessiterait une analyse de données de moyen ou long terme, différentes de celle traitées par cette étude.

⁵ Akrich M., Callon M., Latour B. (1988), « A qui tient le succès des innovations ? », *Gérer et comprendre*, n°11, p.114.