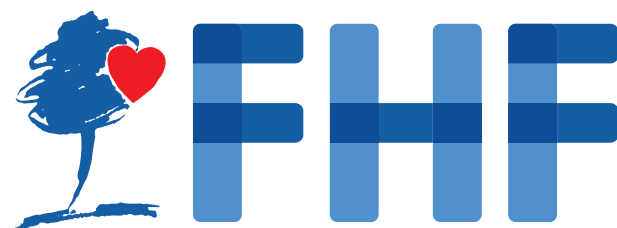


QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

LES ACTIONS À PARTAGER,
LES ENGAGEMENTS ATTENDUS



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

SOMMAIRE

1

PRÉAMBULE	3
UNE DÉFINITION PARTAGÉE DE LA QVT.....	4
LES CARACTÉRISTIQUES DE NOTRE SECTEUR.....	5
LE GROUPE DE TRAVAIL DE LA FHF.....	6

2

VINGT PRÉCONISATIONS POUR RENFORCER LA QVT	8
AU NIVEAU MICRO – Autonomiser les équipes et les rendre actrices de leur environnement.....	10
AU NIVEAU MESO – Faire de la QVT une priorité de la politique RH des établissements.....	15
AU NIVEAU MACRO – Faire de la QVT une priorité et un enjeu de cohérence avec la politique nationale.....	20

ANNEXES	26
01 Les principaux concepts mobilisés.....	27
02 L'état de la littérature scientifique.....	32
03 Les pratiques inspirantes.....	34
04 Les outils mis en ligne.....	34
05 Tenants et aboutissants de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé : une revue de littérature.....	35

3

1 PRÉAMBULE

Ayant la ferme conviction que les professionnels de santé sont notre plus grande richesse et étant persuadé que la qualité de vie au travail (QVT) permet une plus grande qualité des prises en charge, j'ai souhaité, avec le conseil d'administration de la FHF, qu'un groupe de travail pluriprofessionnel puisse partager les bonnes pratiques déployées en matière de qualité de vie au travail, faire un état des lieux sur la recherche et, surtout, recenser les attentes des établissements et des professionnels.

Depuis 2010, la Fédération Hospitalière de France a été très active dans les travaux menés par la Haute Autorité de Santé en partenariat avec l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail et plus particulièrement dans le déploiement des « clusters » QVT⁽¹⁾. Ainsi, en 2017, selon le second baromètre FHF - Obea des enjeux RH⁽²⁾, près de trois établissements sur quatre avaient initié une politique de qualité de vie au travail.

Si les managers sont donc engagés, il nous faut aujourd'hui aller ensemble plus loin.

L'impératif d'une bonne qualité de vie au travail doit être un engagement collectif, au niveau des établissements comme au niveau national. Les hôpitaux, les EHPAD, les établissements médico-sociaux publics sont un bien commun précieux. Dans un contexte de contrainte budgétaire toujours plus forte, nous appelons à une réflexion partagée sur l'équilibre entre la réponse aux enjeux de santé publique, l'assurance de bonnes conditions de travail et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et ainsi à la cohérence des politiques publiques.

Ce rapport de la FHF souligne ainsi le besoin d'une meilleure visibilité – à moyen et long terme – sur les objectifs fixés au système de santé et par conséquent sur les politiques publiques en matière de ressources humaines.

Je tiens à remercier les membres du groupe de travail pour leur implication dans ces travaux. ■

Frédéric Valletoux
Président de la FHF

⁽¹⁾ <https://www.anact.fr/des-clusters-qualite-de-vie-au-travail-qvt-pour-les-etablissements-de-sante>

⁽²⁾ <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/2nde-edition-du-barometre-FHF-Obea-des-enjeux-RH>

UNE DÉFINITION PARTAGÉE DE LA QVT

▶ **La QVT est le résultat de stratégies et de procédures définies par une organisation dans le cadre de sa politique RH.**

Il importe donc d'apporter des éléments de clarification et d'éviter l'amalgame entre les situations. Le burnout est un cas très spécifique au sein du paysage des risques psycho-sociaux (RPS). Sans le considérer comme un épiphénomène distinct contre lequel l'employeur ne pourrait rien, il s'agit de le repérer et d'agir sur les facteurs de RPS pour prévenir le burnout. Les discriminations sont moralement répréhensibles, contraires aux valeurs du service public et aux obligations des fonctionnaires. Le harcèlement correspond lui à une définition précise, et est puni par la loi. Les suicides sont enfin des événements dramatiques dont les causes doivent être examinées avec précaution.

La QVT – elle – peut être évaluée en fonction de deux ensembles :

- ▶ **des indicateurs objectifs, quantitatifs et qualitatifs, en matière de conditions de travail ;**
- ▶ **les perceptions subjectives des professionnels quant à l'organisation de leur environnement de travail** – autrement dit, la somme de leurs évaluations individuelles des conditions de travail.

Elle est donc à la fois un objectif à atteindre dans le champ politique et, sur le terrain, un processus continu dont les conséquences sur la qualité des prises en charge et la performance économique sont déterminées par les relations entre les deux ensembles qui la constituent. ■

LES CARACTÉRISTIQUES DE NOTRE SECTEUR

▶ **S**elon une note récente du CEVIPOF^[1], la proportion d'agents de la fonction publique hospitalière se considérant comme satisfaits de leur travail serait inférieure à celle des autres fonctions publiques et du secteur privé. La même enquête souligne une très forte quête de « sens au travail » et de « reconnaissance ». Répondre à cette quête de sens et de reconnaissance aurait donc un impact important sur la qualité de vie au travail (QVT).

L'enjeu est ici de définir ce qui motive les professionnels hospitaliers. En effet, c'est à partir de postulats sur la motivation que les politiques publiques sont développées. Par exemple, les modèles d'organisation et de gestion inspirés du Nouveau Management Public (NPM), basés sur l'hypothèse que les agents sont essentiellement mus par des motifs égoïstes, peu importe le secteur dans lequel ils s'engagent, ont invité à transposer au secteur public les modes de management du secteur privé. Est-ce un postulat réaliste pour les professionnels des services publics ?

LA MOTIVATION DE SERVICE PUBLIC

Les recherches sur la Motivation de Service Public (MSP) se sont développées en réaction à ces approches et politiques mises en place à partir des années 1970 qui tendaient à effacer les différences entre secteur privé et secteur public^[2]. La MSP peut être définie comme « *une prédisposition individuelle à agir en réponse à des mobiles portés en premier lieu, sinon uniquement, par des institutions et organisations publiques* »^[3]. Cette prédisposition attirerait un certain type de personnes vers les services publics et générerait un type de satisfaction particulier, plus altruiste et porté vers l'intérêt général.

Le premier outil de mesure empirique de la MSP a été développé par Perry (1996) et portait sur quatre dimensions : l'attraction pour les politiques publiques, l'engagement pour l'intérêt public, la compassion et le sacrifice personnel. Plusieurs études ont depuis démontré l'existence de ce type de motivation particulière^[4] et que les individus qui s'engagent dans les secteurs publics et privés ne sont pas interchangeables.

L'un des moyens les plus efficaces d'augmenter la motivation de service public est de générer des occasions de servir directement les usagers. Cette hypothèse a été confirmée par une étude portant sur les dimensions de la motivation de service public en fonction du rang hiérarchique^[5]. Chez les agents d'exécution, ce sont les dimensions affectives qui priment, la compassion (« *l'attention portée aux souffrances*

[1] ROUBAN, L., (2017), « L'enquête électorale française : comprendre 2017 », La Note, #46/Vague 16, octobre 2017, Sciences Po CEVIPOF
[2] Bullock, J.B., Stritch, J.M., Rainey, H.G., (2015), "International Comparison of Public and Private Employee's Work Motives, Attitudes, and Perceived Rewards", Public Administration Review, Vol.75, N.3, p.479-489

[3] Desmarais, C., Gamassou, C.E. (2012), « La motivation de service public à l'aune du service public « à la française », Politique et Management public, Vol.29, n°3, p.393-411

[4] Bullock, Stritch et Rainey (2015) ont mis en lumière des différences significatives entre motivations et attentes des employés des secteurs publics et privés dans une trentaine de pays. Par rapport à la moyenne de la population, les individus s'engageant dans le service public n'attendraient pas la même chose du travail : ils accorderaient moins d'importance à la rémunération que les homologues du secteur privé, et davantage d'importance à l'impact social de leur travail.

[5] Desmarais, C., Edey Gamassou, C., (2014), « Tous motivés par le service public ? Les liens entre position hiérarchique et motivation de service public », Revue Internationale des Sciences Administratives, Vol. 80, p. 133-152

1 PRÉAMBULE

d'autrui et à la prise en compte de la situation des plus faibles tient une place centrale dans cette dimension »]. Les cadres, en revanche, sont davantage attachés aux valeurs du service public, à ses dimensions rationnelles et abstraites.

Concernant les médecins, une étude danoise a quant à elle démontré la forte prévalence des motivations de service public, et l'efficacité des incitations financières uniquement en l'absence de normes professionnelles solides^[6].

EN FRANCE

Les constats faits à l'étranger sont-ils valables en France ? Les quelques travaux empiriques que nous avons pu trouver tendent à démontrer l'existence d'une motivation de service public « à la française ». L'étude du CEVIPOF préalablement citée montre que l'utilité sociale est le premier facteur de motivation pour 20% des agents du secteur public, pour 23% des agents de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) et pour 9% des salariés du privé. La rémunération n'est, pour sa part, citée comme première motivation que par 7% des agents de la FPH contre 16% en moyenne dans le privé^[7].

L'ensemble de ces travaux convergent donc pour indiquer que le moyen le plus sûr d'améliorer la qualité de vie au travail est de « travailler sur le travail ».

Il s'agit donc de construire des politiques publiques, des stratégies d'établissement et des actions au niveau des équipes qui favorisent l'autonomie, le sentiment de compétence et le sentiment d'appartenir à une communauté. C'est le sens des propositions contenues dans ce rapport. ■

[6] Andersen, L.-B., (2009), « What determines the behavior and performance of health professionals? Public Service Motivation, professional norms and/or economic incentives », International Review of Administrative Sciences, Vol.75(1), p.79-97
[7] Desmarais, C., Edey Gamassou, C., (2012), « La motivation de service public à l'aune du service public « à la française » », Politique et management public, vol.29/3, p. 393-411

LE GROUPE DE TRAVAIL DE LA FHF

Le groupe de travail FHF réunissant les représentants des conférences et des personnalités qualifiées s'est interrogé sur les pratiques favorables à l'accomplissement des motivations de service public et sur les modes de management qui permettent de répondre à ces motivations spécifiques.

LE GROUPE DE TRAVAIL AVAIT POUR OBJECTIFS :

- De faire l'état de la recherche sur la QVT et de favoriser l'interaction avec des spécialistes en la matière ;
- De partager les expériences en matière de QVT ;
- Et de définir des préconisations.

LES PRÉCONISATIONS

Les travaux du groupe ne pouvaient pas se limiter à un seul niveau d'actions. Il n'y a pas une formule magique ou une action prise à elle seule qui améliorerait la QVT. Pour autant, il existe un consensus sur le niveau de mise en œuvre des démarches de QVT, qui doit être prioritairement l'équipe au contact du patient. Le groupe de travail a ainsi cherché à identifier « au niveau micro » les pratiques qui favorisent la QVT des équipes de terrain.

Pour que ces pratiques soient efficaces, voire envisageables, elles doivent s'insérer dans une politique globale et volontariste de l'établissement. « Au niveau méso », le groupe a cherché à définir les conditions du déploiement de stratégies de QVT.

Enfin, pour qu'une politique d'établissement favorable à la QVT soit possible, elle doit être facilitée par les orientations nationales. Il s'agissait donc de déterminer ce qui devrait être fait « au niveau macro » pour favoriser de telles politiques.



Il en ressort un ensemble cohérent de mesures qui, mis en œuvre, serait susceptible d'améliorer significativement non seulement la qualité de vie au travail dans les établissements mais aussi les résultats cliniques, et à terme leurs résultats financiers.

Le déploiement de cette démarche sera évalué à l'occasion du baromètre FHF-OBEA des enjeux RH. ■

2 VINGT PRÉCONISATIONS POUR RENFORCER LA QVT

AUTONOMISER LES ÉQUIPES ET LES RENDRE ACTRICES DE LEUR ENVIRONNEMENT

Niveau
MICRO

PRÉREQUIS 1	Rendre les équipes autonomes	10
▶ Préconisation 1	Promouvoir les espaces de discussion sur le travail.....	10
▶ Préconisation 2	Favoriser les démarches participatives de résolution de problème et d'amélioration de la qualité par les équipes.....	12
PRÉREQUIS 2	Faire du manager de proximité le support d'équipes autonomisées	13
▶ Préconisation 3	Encourager les modes de management agile.....	13
▶ Préconisation 4	Institutionnaliser un temps d'échange annuel individuel pour l'ensemble des professionnels.....	13
PRÉREQUIS 3	Valoriser les compétences	14
▶ Préconisation 5	Développer une politique de formation en interne portée par les professionnels.....	14

FAIRE DE LA QVT UNE PRIORITÉ DE LA POLITIQUE RH DES ÉTABLISSEMENTS

Niveau
MESO

PRÉREQUIS 4	Partager les objectifs de l'institution	15
▶ Préconisation 6	Mener une réflexion éthique.....	15
PRÉREQUIS 5	Formaliser la politique de QVT	17
▶ Préconisation 7	Rendre lisible l'engagement des établissements et des Groupements Hospitaliers de Territoire en faveur de la QVT.....	17
▶ Préconisation 8	Associer l'ensemble des acteurs à cet engagement.....	17
▶ Préconisation 9	Décliner cet engagement dans la politique RH.....	18
▶ Préconisation 10	Prévenir, identifier, et prendre en charge les risques psycho-sociaux.....	18
PRÉREQUIS 6	Promouvoir au niveau institutionnel les modes de management favorables à la QVT	19
▶ Préconisation 11	Favoriser le « servant leadership ».....	19
▶ Préconisation 12	Reconnaître et accompagner le management médical.....	19

FAIRE DE LA QVT UNE PRIORITÉ ET UN ENJEU DE COHÉRENCE AVEC LA POLITIQUE NATIONALE

Niveau
MACRO

PRÉREQUIS 7	Parvenir à un consensus national sur le nécessaire équilibre entre qualité des soins, qualité de vie au travail et efficience économique	20
▶ Préconisation 13	Clarifier la « feuille de route » assignée aux établissements et à leurs responsables.....	21
▶ Préconisation 14	Réaliser une étude d'impact sur la QVT de toutes les mesures législatives.....	21
PRÉREQUIS 8	Développer la culture managériale	22
▶ Préconisation 15	Décloisonner les formations.....	22
▶ Préconisation 16	Développer la recherche-action en matière de QVT.....	22
PRÉREQUIS 9	Garantir la confiance des pouvoirs publics	23
▶ Préconisation 17	Positionner les Agences Régionales de Santé en accompagnement.....	23
▶ Préconisation 18	Conforter les stratégies locales de conciliation et ne recourir à la médiation que sous réserve de l'accord des parties et dans le respect des principes de neutralité et de confidentialité.....	23
PRÉREQUIS 10	Donner une visibilité sur l'évolution du système de santé et de son environnement réglementaire et tarifaire	24
▶ Préconisation 19	S'engager dans l'élaboration d'un livre blanc sur l'évolution à cinq ans de notre système de santé.....	24
▶ Préconisation 20	Simplifier pour redonner du temps et de la capacité d'initiative aux professionnels.....	24

NIVEAU MICRO

AUTONOMISER LES ÉQUIPES ET LES RENDRE ACTRICES DE LEUR ENVIRONNEMENT

Selon la revue de la littérature scientifique (voir en annexe), les organisations favorisant la QVT ont en commun de considérer l'équipe comme la clé de voûte de leur fonctionnement. Une certaine latitude organisationnelle doit par conséquent leur être garantie, latitude permise par un management venant soutenir et faciliter la coopération entre professionnels.

PRÉREQUIS 1

Rendre les équipes autonomes

L'autonomie des équipes s'appuie sur des espaces de discussion pluriprofessionnels sur le travail et sur le déploiement de démarches participatives.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 1

Promouvoir les espaces de discussion sur le travail

Si le temps de réunion semble intuitivement faire « perdre du temps » de soin, les réunions d'équipe sont en réalité un investissement car les professionnels sont en demande de parole et de collégialité dans le travail.

Deux types de rencontres sont ainsi à favoriser :

- D'une part, des réunions hebdomadaires concernant l'ensemble des prises en charge (**réunions cliniques hebdomadaires**, staffs), qui permettent de répartir le travail, de mieux programmer les prises en charge et d'assurer une plus forte cohérence de l'équipe, les décisions médicales étant éclairées par les points de vue de tous.
- D'autre part, des réunions plus ponctuelles de debriefing et d'élaboration collective sur des événements émotionnellement difficiles (**groupes de parole traitant de la charge affective liée au travail**, revue de mortalité et de morbidité, retours d'expériences) :

prises en charge complexes, décès de patients... qui peuvent faire l'objet, si l'équipe en ressent le besoin, de la présence d'un psychologue.

Dans un environnement hospitalier mouvant et complexe, donner aux équipes la possibilité de se rassembler et d'élaborer une ligne commune est une priorité pour la qualité de vie des professionnels. **Les temps de réunion doivent être sanctuarisés dans les plannings** et être formalisés (avec une heure de début, de fin, un ordre du jour, ...).

Le cas échéant, il peut être intéressant de former l'encadrement, médical et non-médical, à la conduite de réunions.

Cette dimension doit également faire l'objet d'une **réflexion architecturale** lors de la construction de bâtiments ou de la réorganisation de services, afin que des espaces puissent être dédiés à la détente et aux discussions informelles, mais aussi à ces réunions régulières. ■

Frédéric Khidichian, Président de CME des Hôpitaux de Saint Maurice



L'EXEMPLE DES RÉUNIONS PLURI PROFESSIONNELLES EN PSYCHIATRIE

Les réunions pluri professionnelles, à distinguer des réunions pluri disciplinaires où se retrouvent des professionnels de différentes disciplines, concernent les professionnels travaillant tous dans le même service et a fortiori dans la même discipline.

En milieu hospitalier, les réunions des professionnels peuvent prendre différentes formes et différents noms : « staff », « réunions », « conseil », « comité »... Elles sont formelles ou informelles mais sont rapidement connues des nouveaux agents qui intègrent un service comme un espace temporel et géographique où ils vont rencontrer et découvrir leurs nouveaux collègues et plus globalement la culture du service, l'ambiance... C'est le moment aussi où ils seront présentés, moment important pour l'agent qui va percevoir la qualité de l'accueil qui lui est fait.

Le modèle des réunions en psychiatrie s'inspire du mouvement de la psychothérapie institutionnelle développé après la Seconde Guerre Mondiale avec la grande transformation des hôpitaux psychiatriques devenus lieux d'enfermement et dont la dimension de soins devait être retrouvée. Ce mouvement a posé les bases d'une part de la réflexion sur le rôle des professionnels dans le soin et d'autre part a construit les outils pour aider la vie institutionnelle des services hospitaliers.

Un grand principe en psychiatrie est de différencier les réunions cliniques et institutionnelles et de leur conférer un aspect formalisé. On n'est pas dans la même position s'il s'agit d'évoquer un malade et sa clinique que d'exprimer des points de vue sur le fonctionnement d'un service.

La réunion clinique a plusieurs finalités même si l'objectif principal reste le meilleur soin au patient. Ce type de réunion est assez proche de celles de tous les services hospitaliers où il est question d'un ou plusieurs patients. On décrit sa clinique et on étudie les meilleures propositions thérapeutiques mais en psychiatrie elles prennent une autre dimension en laissant la place à l'expression du ressenti de chacun vis-à-vis du patient. Cet aspect est fondamental pour laisser à l'agent la possibilité de partager ses difficultés voire ses émotions pour tenter de s'en distancier, améliorant de surcroît la qualité du soin au patient par une meilleure gestion de la relation soignant-soigné et un mieux-être dans sa fonction.

La réunion institutionnelle est un temps tout aussi fondamental, mais parfois mal compris et pouvant être perçu comme une perte de temps au moment où l'hôpital est sous pression, raison pour laquelle il doit être d'autant plus défendu car il participe à éviter l'émergence de conflit ou de « burn-out ». Ces temps où les questions institutionnelles sont évoquées permettent à chacun de considérer l'importance de sa place au sein de l'ensemble des acteurs du soin. Les questions traitées et débattues ensemble sont celles ayant trait à l'organisation du service, ses projets, ses partenaires, sa politique de ressources humaines. Même si les décisions arbitrées seront ensuite prises par un(e) supérieur(e) hiérarchique, elles ont été évoquées, discutées avec toutes celles et tous ceux qui en seront impacté(e)s, positionnant chaque agent dans une place de sujet, lui attribuant une place dans l'équipe à laquelle il appartient.

Il va de soi que ces réunions n'ont un sens pluri professionnel que si elles permettent la participation de tous les agents formant l'équipe en charge du patient. En effet, le dernier point fondamental des réunions en psychiatrie est de ne pas considérer ces réunions comme une confrontation ...



Suite page 12



Suite de la page 11



Frédéric Khidichian

Président de CME des Hôpitaux de Saint Maurice

- collégiale (réunions entre médecins, entre infirmiers, etc) mais d'insister pour que les discussions cliniques et institutionnelles se partagent avec toutes les catégories professionnelles du service concourant à la prise en charge du patient. Je dis bien prise en charge et non soins, ce qui implique par exemple les ASH, les secrétaires. La difficulté et en même temps l'intérêt de la diversité des professionnels est de nous obliger à employer un langage compréhensif de tous, ce qui demande un peu d'exercice au bénéfice d'une meilleure circulation de la parole dans le service, meilleur remède au conflit institutionnel ou inter personnel.

En dernier point, il faut ajouter que la valeur de la réunion tiendra aussi à la liberté de parole qui sera permise. L'évocation assez librement de tous les sujets nécessite d'énoncer ce principe régulièrement et parfois même de manière implicite en encourageant par exemple une prise de parole plus timide ou en ne hiérarchisant pas la valeur des propos tenus. Le principe rappellera aussi la non évocation de situations personnelles non liées au travail, mais ceci arrive rarement.

Pour aller plus loin, certains services ont développé des temps d'échanges et de rencontres dont les appellations varient mais toujours en suivant les principes énoncés plus haut : participation de tous les acteurs concernés quand il s'agit d'une réunion pour un patient ou de l'institution et liberté de parole. Par exemple « constellation autour d'un cas de patient », « Journée de réflexion du Pôle » ...

En conclusion, les réunions en milieu hospitalier sont un élément fondamental pour une meilleure organisation et une meilleure qualité des soins. Elles ont également un rôle central pour la prévention des conflits institutionnels ou inter personnels tout en apportant aux professionnels une perception subjective plus valorisée, concourant à une amélioration de la QVT. ■

► PRÉCONISATION 2

Favoriser les démarches participatives de résolution de problème et d'amélioration de la qualité par les équipes

Les démarches participatives utilisent l'intelligence collective, l'expérience pratique, la créativité et la motivation de l'ensemble des professionnels d'une équipe. Elles s'appuient sur quatre piliers pour favoriser la contribution des professionnels : les réunions (« staffs ») pluri-professionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la réflexion par projet. Ces démarches sont caractéristiques des organisations apprenantes (voir en annexe) et les valeurs d'équipe qu'elles promeuvent - reconnaissance, confiance, coopération, concertation - sont proches du modèle des Magnet Hospitals développé plus loin (voir en annexe).

L'engagement de ce type de démarches suppose l'acceptation d'une expression directe des participants avec autant de liberté que possible, entraînant une responsabilisation des acteurs et par conséquent l'implication

de l'ensemble de la chaîne managériale. Ce fonctionnement, qui augmente l'engagement et le sentiment d'appartenance des professionnels, nécessite d'instaurer un état d'esprit donnant à tous l'envie de participer à la remontée d'informations. Ceci peut impliquer de revoir les outils et méthodes de gestion de projet, souvent adaptés à une approche descendante, voire d'organiser un team-building pour apprendre à communiquer et oser dire.

Toute démarche participative est délégative, puisqu'elle repose sur la confiance en une équipe intrinsèquement motivée par son activité, qui respecte les règles et les objectifs fixés par un management conçu comme une fonction support. Comme nous le verrons plus loin, une phase préalable de partage des objectifs de l'établissement est donc essentielle. ■

PRÉREQUIS 2

Faire du manager de proximité le support d'équipes autonomisées

Il s'agit de promouvoir le rôle du manager, médical et non médical, qui a pour mission de soutenir d'une part **les équipes** dans leur exercice et d'autre part **les individus** dans leur projet professionnel.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 3

Encourager les modes de management agile

Pour permettre le déploiement de ces démarches participatives, il importe de former les professionnels et tout particulièrement les professionnels en responsabilité d'équipe - médicale et non médicale - aux principes de l'agilité.

L'agilité recouvre un ensemble de principes qui priorisent l'expertise des professionnels, leur créativité et leur capacité d'autogestion et d'adaptation pour assurer un résultat au plus proche des attentes de l'usager (voir en annexe). Ce type d'organisation favorise la QVT dans la mesure où elle prend en compte :

- Une hiérarchie des compétences et des

savoir-faire, en complément de la hiérarchie formelle.

- Une certaine interconnaissance des professions.

Si le fonctionnement des équipes cliniques à l'hôpital s'apparente à ce système, leur degré d'autonomie au quotidien peut être variable. Il importe donc de **positionner les managers** non plus dans une fonction de direction ou d'autorité mais **en soutien d'équipes** qui seraient en contrepartie plus autonomes, afin de stimuler la créativité des professionnels dans la résolution de leurs problèmes cliniques et organisationnels. ■

► PRÉCONISATION 4

Institutionnaliser un temps d'échange annuel individuel pour l'ensemble des professionnels

S'il doit soutenir les équipes, l'encadrement au sens large doit également soutenir les professionnels, individuellement. Il ressort d'une enquête réalisée en 2017^[8] que les médecins hospitaliers souhaitaient être plus accompagnés dans leur parcours professionnel (67,9% des répondants). Au-delà des procédures annuelles d'évaluation qui existent pour certaines professions, il apparaît donc pertinent d'organiser un entretien annuel individuel pour chaque professionnel. Ces entretiens doivent permettre de s'exprimer sur l'activité au sein de l'hôpital, les besoins en formation, les dysfonctionnements éventuels existants

au sein du service et du pôle... Ce moment d'échanges est aussi l'occasion d'évoquer les projets professionnels et d'envisager les axes d'amélioration tant au niveau du service que de l'institution.

En appui à ces démarches, le MOOC « Attractivité » de la FHF permet de partager les bonnes pratiques développées dans les établissements en la matière. ■

Pour en savoir plus :
<http://mooc-attractivite.fhf.fr>
Retrouvez l'interview du Dr OUI,
Président du CME du CH Bayonne
sur le déploiement de la pratique
de l'entretien annuel



[8] L'enquête FHF- Arthur Hunt, réalisée en 2017, avait pour objectif d'identifier les besoins et attentes des médecins hospitaliers et des étudiants en médecine en matière de management et de Gestion des Ressources Humaines médicales. 1619 étudiants en médecine et 4003 médecins hospitaliers se sont exprimés à cette occasion. <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Dossiers-de-presse/Attractivite-medicale-les-medecins-expriment-leurs-besoins-la-FHF-se-mobilise-en-lancant-un-mooc>

PRÉREQUIS 3

Valoriser les compétences

Ce fonctionnement d'équipes autonomes, participantes, soutenues par les managers médicaux et non-médicaux, suppose enfin une culture institutionnelle de valorisation des compétences.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 5

Développer une politique de formation en interne portée par les professionnels

La reconnaissance par les établissements de santé de l'expertise de leurs équipes est un facteur important de la qualité de vie des professionnels.

➤ Voir des colloques sur l'ensemble d'un établissement au cours desquels pourront être présentées des expérimentations organisationnelles et cliniques.

Ceci implique de partager les ressources précieuses que sont ces savoirs cliniques et organisationnels grâce à des formations en interne, que ce soit à l'intérieur d'une même équipe, entre équipes ou entre pôles. Une politique de formation interne portée par les professionnels peut prendre plusieurs formes :

- Des réunions thématiques (type résolution de cas complexes) destinées à faire le point et élaborer collectivement des parcours de prise en charge plus cohérents ;
- Des journées de pôle durant lesquelles différentes équipes présentent des prises en charge emblématiques de leur façon de travailler ensemble ;

La formation des cliniciens par leurs collègues permet, à tous les niveaux, de mélanger les professions, de valoriser les expériences, d'instaurer une dynamique de réflexivité sur les pratiques et de propager les bonnes idées. ■

NIVEAU MESO

FAIRE DE LA QVT UNE PRIORITÉ DE LA POLITIQUE RH DES ÉTABLISSEMENTS

Les meilleurs systèmes de santé au monde présentent à la fois les meilleurs résultats cliniques, les meilleurs résultats en termes de qualité de vie au travail et les meilleurs résultats financiers⁽⁹⁾. Elles ont compris que les équipes au contact du terrain n'étaient pas des facteurs de dépense, mais bien de performance.

Pour pleinement réaliser le potentiel de ces équipes, une réflexion au niveau méso, c'est à dire au niveau de l'établissement, doit être menée sur ses **valeurs** et sur ses **principes d'organisation**. L'exemple des « Magnet Hospitals », déclinaison du modèle des organisations apprenantes dans le monde hospitalier, invite ainsi à formaliser l'engagement des établissements en faveur de la QVT, engagement qui doit se traduire dans sa politique managériale. ■

(9) Denis, J.-L., Malone, A., (à venir), "Les systèmes de santé hautement performants : caractéristiques et enseignements pour la France"

PRÉREQUIS 4

Partager les objectifs de l'institution

L'autonomie des équipes suppose le partage des objectifs de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire, et donc que soit partagée une réflexion éthique sur l'équilibre, le plus juste possible au regard des conditions de financement, entre les exigences du soin et l'assurance de bonnes conditions de travail.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 6

Mener une réflexion éthique



Voir page suivante l'interview de **Éric Guyader**, Directeur du CH de Beauvais

Le choix d'une définition multi dimensionnelle de la performance sociale

Conduire une réflexion éthique partagée au niveau de chaque établissement

Éric Guyader, Directeur du CH de Beauvais



LE CHOIX D'UNE DÉFINITION MULTI DIMENSIONNELLE DE LA PERFORMANCE SOCIALE

Conduire une réflexion éthique partagée au niveau de chaque établissement

La volonté de concilier qualité des prises en charge, efficacité économique et QVT définit une ligne de crête sur laquelle il est devenu difficile de progresser. C'est pourtant notre capacité à tenir d'un même élan ces trois dimensions qui signe la définition même de la performance d'un établissement public de santé.

Pour y parvenir, il est impératif d'accepter la tension, tout à fait naturelle, qui existe entre ces trois objectifs et d'y faire face **avec humanisme, lucidité et volontarisme**. Deux démarches peuvent nous y aider : une réflexion éthique partagée et un accompagnement opérationnel des cadres.

UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE PARTAGÉE

Lorsque qu'il essaie de concilier, de manière tout à fait pragmatique la qualité du soin, la qualité de vie au travail et l'efficacité économique, le responsable hospitalier est confronté à l'impossibilité de répondre parfaitement à chacune de ces trois exigences.

C'est pourquoi il doit rechercher l'équilibre, le plus juste possible, au regard des conditions de financement, des exigences du soin et la volonté de préserver les conditions de travail. Cette recherche ne peut être le fruit d'une réflexion, menée seule, mais doit relever d'un travail collectif associant l'ensemble des forces vives de l'établissement.

C'est quand on refuse cette légitime confrontation que l'on crée un fossé entre direction et médecins, entre cadres et personnels et que progressivement nos structures perdent le sens même de ce qui est attendu et de ce qui est légitimement possible dans un contexte donné.

UN ACCOMPAGNEMENT OPÉRATIONNEL

Il serait facile pour un manager de fonctionner par des directives qui s'additionnent et s'ignorent : « vous devez veiller au respect des bonnes pratiques », « vous devez éviter les tensions et les risques psycho-sociaux », « vous devez maîtriser les heures supplémentaires sans recourir aux mensuralités de remplacement », etc.

Prises isolément, ces directives sont toutes légitimes. Mais, sur le terrain, elles se traduisent par une tension à laquelle les cadres ne peuvent faire face si on les abandonne à la responsabilité de concilier, seuls, l'impossible équation entre ces injonctions.

Il est donc nécessaire d'apprendre à gérer la tension entre qualité des soins, efficacité économique et qualité de vie au travail sans négliger aucune de ces trois dimensions mais en acceptant de ne pas être à 100 % dans la poursuite et la réalisation de l'un ou l'autre de ces objectifs.

Aucun paramètre n'étant définitivement figé, il est important d'inscrire notre management dans le temps. C'est dans le renoncement provisoire et conscient à l'excellence dans l'une ou l'autre de ces trois dimensions que l'on pourra retrouver des marges de manœuvre et desserrer l'étau qui nous étire pour nous inscrire intelligemment dans une démarche continue d'amélioration. En acceptant cet idiome, nous ne ferons pas 100% bien, mais nous ferons 100% mieux !

PRÉREQUIS 5

Formaliser la politique de QVT

Il s'agit ensuite de formaliser un engagement en faveur de la QVT, de le traduire dans la politique RH, en veillant à associer les équipes et instances tout au long de la démarche.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 7

Rendre lisible l'engagement des établissements et des groupements hospitaliers de territoire en faveur de la QVT

De très nombreuses expériences, en France et à l'étranger, montrent que **les démarches d'amélioration de la qualité de vie au travail doivent faire l'objet d'un engagement clair et explicite de l'établissement**, au travers de la rédaction - par exemple - d'une « charte QVT » et de la formalisation des valeurs managériales dans le cadre du projet social.

À titre d'exemples, les démarches d'accréditation de type « Magnet Hospital » (voir en annexe) ou « Hôpital en santé », non seulement structurent les actions de l'institution, mais aussi envoient un signal clair que la QVT est une priorité pour l'hôpital, ou le cas échéant pour le groupement hospitalier de territoire. ■

► PRÉCONISATION 8

Associer l'ensemble des acteurs à cet engagement

Afin que l'amélioration de la QVT soit une réalité, il est nécessaire **d'associer le plus possible l'ensemble des équipes, des professionnels et des représentants du personnel** à cette démarche.

Cela peut passer par une phase d'écoute, par exemple au moyen d'un baromètre social. En écoutant ses collaborateurs, un établissement s'écoute lui-même, il se crée un véritable patrimoine informationnel sur ce qui se sait et se dit en son sein.

Toutefois cette phase n'a de sens que si elle est comprise comme un levier pour définir ensuite les axes d'amélioration de la QVT.

Il est également impératif d'impliquer les acteurs qui joueront un rôle clé dans la mise en œuvre de l'engagement pour une meilleure QVT, à savoir les cadres et responsables médicaux, et de consulter les instances représentatives du personnel tout au long de la démarche. ■

► PRÉCONISATION 9

Décliner cet engagement dans la politique RH

Cet engagement doit se traduire dans l'ensemble de la politique de ressources humaines de l'établissement, de l'accueil à l'accompagnement dans toutes les étapes clés de la carrière des professionnels, tout en veillant à l'amélioration des conditions de travail.

Le renforcement de l'action sociale, au travers de prestations individuelles (aide au logement, prestation études...) mais aussi de prestations collectives (restauration, crèche, conciergerie...) participe aussi de l'accompagnement global des professionnels dans leur activité et ainsi à un meilleur équilibre vie privée - vie professionnelle.

Cette dimension doit être renforcée pour les professionnels médicaux, le cas échéant dans le cadre d'un projet social médical. Conformément aux résultats de l'enquête

FHF- Arthur Hunt réalisée en 2017, les médecins hospitaliers adhèrent à la formalisation d'une politique d'accueil et d'intégration. À ce titre, les procédures d'accueil au niveau du service, le déploiement de démarches de compagnonnage, la mise à disposition d'annuaires ou encore l'organisation d'entretiens avec le directeur des affaires médicales et le président de CME sont des pratiques jugées importantes pour plus des trois quarts des répondants. Par la suite, la formalisation des processus et critères de recrutement, de nomination sur les postes à responsabilités et les outils tels que la fiche de poste, le plan de carrière, ou les entretiens annuels rencontrent l'approbation de la majorité des médecins ayant participé à cette enquête. ■

► PRÉCONISATION 10

Prévenir, identifier et prendre en charge les risques psycho-sociaux

Au-delà des préconisations précédentes qui visent à prévenir les risques psycho-sociaux (RPS), il s'agit pour l'établissement de les identifier et de les prendre en charge.

Les cadres et responsables médicaux doivent être systématiquement formés et sensibilisés à la prévention des risques psycho-sociaux, et la mise en place de groupes de parole favorisée. Les démarches de mise à jour des Documents Uniques d'évaluation des risques professionnels doivent associer tous les professionnels, médicaux et non-médicaux, intégrer leurs particularités et permettre d'établir une cartographie des risques psycho sociaux partagée en commission médicale d'établissement et en comité d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.

Les signalements de situations de souffrance peuvent par ailleurs émaner de tous les acteurs de la communauté hospitalière. Concernant les personnels médicaux,

la détection des situations de souffrance au travail doit faire l'objet d'une réunion périodique entre le Président de CME, le doyen dans les CHU, le médecin du travail et le directeur en charge des affaires médicales.

En appui à ces démarches, le MOOC « Attractivité » de la FHF permet le partage des bonnes pratiques développées dans les établissements en la matière.

Enfin, si l'ensemble des professionnels, y compris les médecins, doivent bénéficier d'un suivi régulier en médecine du travail, il peut être également pertinent de proposer un suivi avec un psychologue du travail aux professionnels exerçant dans les unités identifiées dans l'établissement comme les plus exposées de par leur activité (soins palliatifs...). ■

Pour en savoir plus : retrouvez l'interview du Dr Muller, président de la conférence des CME de CHS <http://mooc-attractivite.fhf.fr/module-2-projet-social-medical/qualite-de-vie-au-travail/>



PRÉREQUIS 6

Promouvoir au niveau institutionnel les modes de management favorables à la QVT

L'organisation hospitalière est complexe, marquée par des motivations spécifiques de service public, un haut niveau de professionnalisme et une grande importance des savoirs propres à chaque groupe professionnel. Une réflexion sur le mode de management attendu doit donc être menée au niveau de l'établissement.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 11

Favoriser le « servant leadership »

Compte tenu des spécificités des motivations de service public, Petit et al. (2017) proposent cinq comportements de leadership qui sont à la fois les plus attendus et les plus efficaces pour permettre à ces motivations de s'épanouir :

1. Proposer une vision claire et motivante de l'avenir
2. Favoriser l'esprit et le travail d'équipe
3. Avoir des valeurs et s'y conformer
4. Nourrir le sens du collectif
5. Faire preuve d'intégrité.

Ces comportements, qui placent le manager en position de support et de soutien de ses

équipes, constituent la base du « servant leadership » (voir en annexe).

De la même façon, la FHF a proposé dans son mooc Attractivité (<http://mooc-attractivite.fhf.fr/wp-content/uploads/2017/06/fhf-postures-managerialles.pdf>) cinq postures managériales portant sur la coresponsabilité, le sens, la collaboration, l'équité et le soutien.

Autant de propositions sur lesquelles s'appuyer pour expliciter la ligne managériale que souhaite adopter et partager un établissement. ■

► PRÉCONISATION 11

Reconnaître et accompagner le management médical

Il s'agit ensuite de favoriser l'émergence des capacités managériales des futurs responsables médicaux par une démarche institutionnelle de repérage et de formation spécifique :

- La nomination des responsables médicaux doit s'appuyer sur un projet médical, mais aussi managérial.
- Les formations au management d'équipe doivent être délivrées en amont de leur prise de responsabilité ou au début de leur mandat. Elles doivent être inscrites dans le plan de développement professionnel continu.

Ces formations au management, et plus particulièrement au servant leadership, doivent à terme être portées par la faculté afin de pouvoir être déployées dès la formation initiale, mais aussi pour pouvoir répondre aux attentes spécifiques des médecins dans le cadre de leur formation professionnelle continue.

Enfin, l'établissement peut proposer des outils d'appui au management, comme des temps d'échanges entre pairs ou encore du co-développement managérial. ■

NIVEAU MACRO

FAIRE DE LA QVT UNE PRIORITÉ ET UN ENJEU DE COHÉRENCE AVEC LA POLITIQUE NATIONALE

Faire de la QVT une priorité au niveau national, la QVT étant facteur d'amélioration de la qualité des prises en charge, mais également à plus long terme facteur de meilleure performance économique.

PRÉREQUIS 7

Parvenir à un consensus national
sur le nécessaire équilibre entre qualité
des soins, qualité de vie au travail
et efficience économique

La priorité donnée ces dernières années à l'objectif d'équilibre des comptes de la Sécurité sociale a pu faire perdre de vue aux tutelles les missions des établissements et l'engagement des professionnels.

Pour la FHF, il doit être clairement réaffirmé que notre système et nos établissements doivent viser, simultanément et de façon intégrée, un triple objectif⁽¹⁰⁾ d'une meilleure expérience pour le patient, d'une meilleure santé pour la population, au meilleur coût pour la société. Aucun de ces objectifs ne doit primer sur les autres, ni être poursuivi au détriment des deux autres. Ils doivent au contraire être poursuivis simultanément. Des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour affirmer qu'à ces trois objectifs doit être ajouté un quatrième, celui de la qualité de vie au travail des professionnels. La FHF souscrit à cette approche. L'affirmation explicite de ces quatre objectifs permettra de remettre au cœur des préoccupations ce pourquoi tous se sont engagés : l'excellence clinique. Les professionnels de santé ne sont pas des facteurs de coût, mais au contraire une richesse : ils permettent aux usagers d'être bien soignés, mais aussi, par l'excellence de leur travail, d'avoir un système soutenable.

(10) Le Triple Objectif a été défini par Dr. Donald Berwick

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 13

Clarifier la « feuille de route » assignée
aux établissements et à leurs responsables

Comme au niveau de l'établissement, la clarification au niveau national de la feuille de route des établissements est un prérequis indispensable à la définition d'une ligne managériale claire. Concrètement, il s'agit de donner du sens aux acteurs et d'intégrer, en sus des objectifs économiques assignés aux établissements, des objectifs qualitatifs notamment d'organisation de travail.

Les politiques d'accompagnement du changement supposent que les managers aient de la visibilité sur les évolutions de leur

environnement, les politiques de QVT s'inscrivant dans un calendrier de long terme, incompatible avec des objectifs court-termistes de retour à l'équilibre par la simple réduction de leur masse salariale.

L'outillage des projets et leur évaluation (à l'échelle nationale au travers du COPER-MO par exemple) doit donc intégrer des indicateurs relatifs à la QVT (du type taux d'absentéisme et turn-over), mais également acter de calendriers d'évaluation sur le long terme. ■

► PRÉCONISATION 14

Réaliser une étude d'impact sur la QVT
de toutes les mesures législatives

Nous proposons ici de rendre obligatoire avant tout arbitrage, conformément à l'esprit de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 exigeant une évaluation prévi-

sionnelle pour chaque exercice du coût des mesures catégorielles, une étude des mesures législatives sur la qualité de vie au travail. ■

PRÉREQUIS 8

Développer la culture managériale

La feuille de route préalablement définie au niveau national, la culture managériale doit ensuite être partagée à tous les niveaux.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 15 Décloisonner les formations

A lors que la pluri-professionnalité et la coopération sont de règle à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux, la persistance des barrières interprofessionnelles est un frein à la pratique collaborative.

Les formations professionnelles organisées en silos peuvent en effet contribuer à instiller des conflits d'intérêts entre corps de métiers différents et cacher l'interdépendance de leurs actions et des problèmes qu'ils auront à résoudre.

Il est donc essentiel, d'une part, de **décloisonner les formations** entre les différentes professions, et avec les patients, et, d'autre part, de **renforcer la formation au management dans les formations initiales**, médicales et administratives : créer des modules de formation initiale partagés dédiés à l'organisation de la prise en charge et

au management permettrait une meilleure connaissance du rôle de chaque professionnel dans une équipe et une vision plus globale du soin apporté au patient. Des cours ayant trait à l'éthique, à la déontologie, aux compétences communicationnelles et à la réflexivité sur les normes et les valeurs dans le soin pourraient ainsi rassembler de multiples métiers, mais aussi les patients, autour de la transmission d'une même conception de la prise en charge à l'hôpital.

Dans le cadre de la formation professionnelle continue et du déploiement des plans de formation au management des responsables médicaux, certaines formations sur le fonctionnement des établissements de santé pourraient être partagées entre managers (médical, paramédical et administratif), afin d'assurer une meilleure collaboration dans la gestion des pôles. ■

► PRÉCONISATION 16 Développer la recherche-action en matière de qvt

L'un des principaux constats du groupe de travail FHF est le manque de recherches portant sur les questions de motivation de service public, les mécanismes de la QVT en milieu hospitalier, les modes de management favorables à la QVT, et, en définitive, le manque de solutions pratiques validées scientifiquement.

Pour le moment, nous ne disposons que de très peu d'études en contexte français, alors que ce matériau est indispensable à la fois pour construire une stratégie nationale

et pour mettre en œuvre des actions au niveau des établissements. Ainsi, le groupe de travail FHF préconise deux actions en la matière :

- Promouvoir la recherche pluridisciplinaire – longitudinale avec une focale sur le point de vue des acteurs, et appliquée afin de faire évoluer les pratiques en matière de QVT.
- Faciliter l'accès aux données probantes en matière de QVT. ■

PRÉREQUIS 9

Garantir la confiance des pouvoirs publics

Les établissements de santé sont confrontés à de profondes mutations, qui provoquent des changements rapides, dans les organisations et dans les métiers. Les hôpitaux et les EHPAD sont soumis à des fortes contraintes économiques. Toutefois, la dimension sociale et l'attention portée aux professionnels de santé demeurent au cœur des préoccupations des directeurs et présidents de CME.

Dans ce contexte, il est fondamental de ne pas accréditer l'idée que des restrictions budgétaires impliqueraient systématiquement un management critiquable, générateur de souffrance au travail, mais au contraire de mieux accompagner les établissements.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 17 Positionner les Agences Régionales de Santé en accompagnement

L e rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) doit être celui d'un appui et d'une facilitation, notamment dans le déploiement dans des politiques QVT.

Les objectifs qu'elles co-construisent avec les établissements doivent être cohérents avec les quatre objectifs définis précédemment : une meilleure qualité des prises en charge, une meilleure santé de la population

sur un territoire, une plus grande efficacité et la QVT. Le suivi de ces objectifs doit être réalisé au moyen d'indicateurs ad hoc et selon un calendrier de moyen à long termes.

L'ARS doit enfin garantir l'autonomie des établissements et des équipes et ne pas se substituer aux initiatives des acteurs de terrain. ■

► PRÉCONISATION 18 Conforter les stratégies locales de conciliation et ne recourir à la médiation que sous réserve de l'accord des parties et dans le respect des principes de neutralité et de confidentialité

L a proposition de dispositifs de conciliation lors de l'apparition de conflits entre professionnels d'un même établissement participe du maintien de bonnes relations au travail.

De nombreux établissements ont d'ores et déjà formalisé de telles solutions (http://mooc-attractivite.fhf.fr/module-2-projet-social-medical/qualite-de-vie-au-travail/module_2_lang/) qui sont à encourager.

Des médiations peuvent être également proposées.

Pour la réussite de ces dispositifs, il est important de garantir l'indépendance et la neutralité des médiateurs et leur formation à la médiation, mais aussi protéger le bon déroulement des médiations par une charte de déontologie. ■

PRÉREQUIS 10

Donner une visibilité sur l'évolution du système de santé et de son environnement réglementaire et tarifaire

Enfin, l'ensemble de ces préconisations suppose que les responsables disposent de suffisamment de marges de manœuvre, c'est à dire de visibilité sur l'évolution de leur environnement mais aussi de maîtrise des outils juridiques et statutaires.

LES MOYENS POUR Y PARVENIR

► PRÉCONISATION 19

S'engager dans l'élaboration d'un livre blanc sur l'évolution à cinq ans de notre système de santé

Revue générale des politiques publiques, modernisation de l'action publique, action publique 2022...

Stratégie nationale de santé, Stratégie de transformation du système de santé...

Autant de réformes d'envergure sur lesquelles les professionnels s'engagent et dans le cadre desquels ils acceptent

d'interroger leurs pratiques, leurs cadres d'exercice.

Toutefois, mobiliser les équipes pour un meilleur service au patient dans un contexte de réforme permanente conjugué à une contrainte économique toujours croissante est un exercice impossible si le cap n'est pas connu et partagé. ■

► PRÉCONISATION 20

Simplifier pour redonner du temps et de la capacité d'initiative aux professionnels

Il s'agit d'engager un vaste mouvement de simplification pour redonner du temps et de la capacité d'initiative aux professionnels.

Il faut parier sur l'intelligence collective des équipes, des établissements qui sont des acteurs responsables, pour pouvoir mettre en œuvre les projets de réorganisation dans une perspective de plus grande efficacité à

terme et de meilleure qualité. Pour ce faire, il est impératif d'éviter la multiplication des textes. Une mission doit être engagée pour lutter contre le poids des réglementations pesant sur l'hôpital et le secteur médico-social et ainsi libérer de l'énergie et du temps qui pourrait être consacré aux prises en charge et à l'accompagnement des équipes. ■

NOTES

3

ANNEXES

01	Les principaux concepts mobilisés	27
02	L'état de la littérature scientifique	32
03	Les pratiques inspirantes	34
04	Les outils mis en ligne	34
05	Tenants et aboutissants de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé : une revue de littérature	35

01

Les principaux concepts mobilisés



LE LEAN MANAGEMENT

Le « Lean » est une démarche d'amélioration des processus, s'appuyant sur des outils de mesure et cherchant à éliminer les redondances et à améliorer l'efficacité⁽¹¹⁾. Des organisations de santé citées en exemple pour leur niveau de QVT ont adopté des démarches inspirées du Lean. Pour autant le recours au Lean management à l'hôpital a fait l'objet de nombreuses critiques en ce qu'il conduirait à une intensification du travail voire à une augmentation des risques psycho-sociaux. En effet, ce mode d'organisation permet d'améliorer l'efficacité productive mais souvent au détriment d'une intensification du travail. Deux questions doivent donc être posées : celle de l'objectif de la démarche et celle de son contexte.



L'OBJECTIF DE LA DÉMARCHE : PERFORMANCE MULTIDIMENSIONNELLE OU BUDGÉTAIRE ?

La question est celle de la « performance globale » comme équilibre entre les meilleurs services possibles pour les patients et un haut niveau de qualité de vie au travail. À titre d'exemple, Kaiser Permanente, l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, utilise un « compas des valeurs » pour guider ses actions et ses décisions⁽¹²⁾, qui lie efficacité, qualité des prises en charge et services et qualité de vie au travail, le tout au service du patient. Ainsi, les démarches d'amélioration continue de la qualité, qui sont l'une des constantes de ce système et qui peuvent être rapprochées du Lean dans leurs

méthodes, visent en fait à améliorer une performance multidimensionnelle. À l'inverse, les démarches d'efficacité à visée uniquement budgétaire peuvent remettre en cause des pratiques dont la pertinence est difficilement mesurable d'un point de vue économique, mais qui n'en ont pas moins de valeur pour la cohésion des équipes et donc pour le patient : temps d'échanges professionnels, avec le patient, etc. Mal conduites, les approches Lean peuvent donc amener à une perte d'autonomie des équipes et à une intensification du travail.

LE CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

Une des conditions de la réussite des démarches d'amélioration continue est leur appropriation par les équipes et leur participation à l'élaboration des objectifs à atteindre. Cela implique que les établissements forment leurs cadres pour qu'ils soient en mesure d'aider les équipes à mobiliser ces outils, à les comprendre au regard des objectifs fixés et partagés par toutes les parties prenantes. Externaliser cette démarche auprès de prestataires externes, a fortiori dans une approche uniquement budgétaire, peut conduire à des difficultés. En effet, pris dans son sens le plus strict, le Lean se focalise sur sept types de gaspillages⁽¹³⁾ dont les tâches inutiles. Or, selon le point de vue (externe ou interne à l'organisation) et l'objectif (performance budgétaire ou globale), certaines tâches qui peuvent être essentielles pour les professionnels peuvent paraître inutiles. ●●●

...

Le CH de Beauvais a par exemple déployé des approches Lean avec succès : le ploiement de ces approches s'est fait à partir des demandes des équipes, en se focalisant sur la création de valeur pour le patient. Ce succès a conduit les équipes « non-Lean » à demander à s'engager elles aussi dans la démarche. Cette expérience conforte une

conclusion fréquente dans les études sur ce type d'approche : une démarche réussie se construit sur la lisibilité des objectifs car ce n'est pas l'outil en lui-même qui pose problème, mais bien son utilisation lorsque celle-ci n'est pas guidée par une définition multidimensionnelle de la performance. ■

(11) Charles R. Gowen III, Kathleen L. McFadden, Sriranjita Settalur, (2012), « Contrasting continuous quality improvement, Six Sigma, and lean management for enhanced outcomes in US hospitals », American Journal of Business, Vol. 27 Iss: 2, pp. 133 - 153
(12) http://mitsloan.mit.edu/uploadedFilesV9/Academic_Groups/Work_and_Organization_Studies/Media/FINAL-KPreport130947
(13) Haller, G., Quenon, J.-L., (2014), « Démarches qualité à l'hôpital : laquelle choisir ? », Revue Médicale Suisse, Vol. 10, 1143-1147

L'AGILITÉ

Le courant de l'agilité est né dans le secteur du développement de logiciels informatiques. De façon plus globale, les stratégies agiles sont considérées comme efficaces dans des environnements où la variabilité des demandes est forte et le critère de compétitivité sur le marché est celui de la qualité du service rendu. L'agilité apparaît donc comme un modèle pertinent au niveau micro pour les organisations de santé qui évoluent en fonction de contraintes externes instables. Cette méthode, assez proche des modes d'organisations actuels des équipes de santé, amène les professionnels à travailler par boucles temporelles (démarche projet-réalisation-demande de feedback-adaptation).

TROIS ÉQUILIBRES DOIVENT ÊTRE RECHERCHÉS :

1. L'équilibre entre liberté d'organisation octroyée aux équipes et responsabilité de la qualité du service rendu ;
2. L'équilibre entre l'excellence technique recherchée par les équipes et une vue d'ensemble des projets et contraintes ;
3. L'équilibre entre apprentissage continu (double-loop learning) et les contraintes de temps. Les professionnels s'évaluent en permanence en vue de s'améliorer (feedback).

La notion d'agilité vise à favoriser un modèle soutenable dans un contexte incertain. Ainsi, des organisations qui font de l'impératif de transformation et d'adaptation aux changements environnementaux un processus continu et non plus un dispositif de régulation des crises peuvent être dites « agiles ». Leur design organisationnel est fluide, horizontal, centré sur un fonctionnement en petites sous-unités et équipes, et faisant intervenir le minimum d'autorité formelle et de standardisation des procédures. Cette standardisation ne doit intervenir que lorsqu'elle est nécessaire, pour laisser les professionnels réguler leur propre autonomie. Autrement dit, l'organisation agile doit être pilotée en fonction d'une fin (obtention d'un résultat donné) plutôt qu'en fonction des moyens (contrôle des processus de conception du service). Ce modèle est très proche de celui des organisations apprenantes, étant entendu que le processus d'instauration de l'apprentissage au cœur d'une organisation peut s'échelonner sur plusieurs années. ■

Dr. Salima Benhamou

Économiste au département Travail-Emploi-Compétences, France Stratégie



LES ORGANISATIONS APPRENANTES ET LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Les travaux empiriques ont classé l'organisation apprenante comme celle qui assure une meilleure qualité de vie au travail et une meilleure performance en matière d'innovation et de productivité pour les organisations⁽¹⁴⁾.

L'ORGANISATION APPRENANTE PAR RAPPORT AUX AUTRES FORMES D'ORGANISATION DU TRAVAIL ?

➤ Les organisations apprenantes se caractérisent principalement par une forte autonomie des salariés, par une dynamique d'apprentissage élevée et un fort contenu cognitif des tâches. Les salariés sont peu soumis à des contraintes de rythme et leurs tâches sont peu répétitives. Dans ces organisations, les salariés sont dans leur grande majorité polyvalents, travaillent en équipe, souvent en groupe de projet interdisciplinaire, participent activement à l'élaboration des objectifs avec la hiérarchie, contrôlent eux-mêmes la qualité de leur travail et utilisent la technologie comme un outil d'amélioration du contenu du travail et des processus de production.

DES PRINCIPES MANAGÉRIAUX TOURNÉS VERS LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS D'APPRENTISSAGE

➤ L'organisation du travail « apprenante » est appréhendée, non pas comme un simple organigramme mais avant tout comme un lieu d'expérimentation et d'exploration, de diffusion et de gestion des connaissances et de transformation continue des connaissances⁽¹⁵⁾. En « apprenant à apprendre » de leurs expériences (bonnes ou mauvaises), les organisations exploitent mieux leurs ressources internes (humaine, technologique, financière). La gestion du savoir (diffusion, transfert, partage...), l'encouragement à la créativité, le développement participatif à la prise de décision, des méthodes de travail basées sur un fonctionnement de type essai-erreur ou encore le dépassement des représentations mentales préétablies et des normes routinières sont ainsi les principaux mécanismes de la dynamique d'apprentissage organisationnel.

L'ÉVALUATION DES EFFETS DE L'ORGANISATION APPRENANTE SUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

➤ Les évaluations menées auprès des salariés en Europe à partir de l'exploitation statistique des données de l'enquête ECWS⁽¹⁶⁾ ont montré que l'organisation apprenante assure une meilleure QVT et notamment de meilleures relations entre les collègues et avec le management, une plus grande confiance entre les salariés et dans l'organisation, une responsabilisation de tous les membres de l'organisation, un accès plus élevé à la formation ...

LES ORGANISATIONS APPRENANTES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

➤ Le modèle d'organisation apprenante a été adapté au secteur de la santé, notamment via le concept de « système de santé apprenant » développé par l'Académie de Médecine américaine⁽¹⁷⁾ qui a par exemple inspiré le système de santé du comté de Jonkoping en Suède, ou Intermountain Healthcare en Utah (USA)⁽¹⁸⁾, avec pour principales caractéristiques :

- Des processus d'apprentissages continu et de diffusion rapide des meilleures pratiques au sein d'équipes multidisciplinaires ;
- Un travail en équipe multidisciplinaire ;
- Des structures intégrées conduisant les acteurs à construire collectivement leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leurs tâches ;
- Une forte utilisation des outils numériques ;
- Une culture organisationnelle basée sur des valeurs partagées et une forte identification aux valeurs et aux objectifs de la structure ;
- Une participation de tous les membres de l'organisation – cadres administratifs, personnel médical et soignant – à des formations communes. L'objectif de ces formations est de faire partager une culture commune, basée sur l'idée que chacun des membres de l'organisation a un rôle important à y jouer et que la performance de l'organisation repose sur l'interdépendance de chacun des métiers.

(14) Pour une présentation détaillée, se reporter à Benhamou Salima (2017) : Imaginer le travail en 2030 ? : Quatre types d'organisation du travail à l'Horizon 2030, Etude de France stratégie, Avril 2017

(15) March, J. G (1991): "Exploration and Exploitation in Organizational Learning", Organization Sciences, 71-87.

(16) European Commission (2015), Employment and Social Developments in Europe 2015, Report, Chapter 3.

(17) IOM, (2013), "BEST CARE AT LOWER COST: The Path to Continuously Learning Health Care in America", 437 pages.

(18) Savitz L.A., James B. C., Briot P. et Barlow S. (2014), « International trend in healthcare and health in insurance reform: The Intermountain way », Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, n°1.

LES « MAGNET HOSPITALS »⁽¹⁹⁾

Elaboré par l'*American Nurses Credentialing Center*, le concept d'«hôpital magnétique» est la seule des organisations étudiées qui émane directement du monde de la santé. Si les contextes étasunien et français ne sont pas identiques, empêchant une transposabilité totale du label Magnet, ce modèle est toutefois un vecteur efficace de bonnes pratiques managériales adaptable aux établissements de santé en France.

IL REPOSE EN EFFET SUR 5 PILIERS :

1. Un leadership transformationnel faisant preuve de bienveillance (*care*) vis-à-vis des patients comme du personnel ;
2. Des pratiques professionnelles exemplaires favorisées par ;
3. L'*empowerment* des équipes cliniques dans un cadre organisé par des normes professionnelles et ;
4. La valorisation et l'approfondissement

de leurs compétences par la formation continue, qui à son tour favorise ;

5. Un état d'esprit propice à la recherche et à l'innovation.

Le Magnet Hospital pourrait donc aider à une traduction *ad hoc* des organisations apprenantes et agiles dans le secteur hospitalier, sous plusieurs conditions : que les politiques de recrutement sélectionnent des professionnels qualifiés et motivés en nombre suffisant ; que les politiques de formation soutiennent les besoins de qualification notamment de l'encadrement de proximité en mettant en avant l'importance du collectif et des espaces de discussion ; que les politiques de rémunération encouragent l'innovation et que les politiques sociales des établissements prennent en compte le nécessaire équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle des agents. ■

LES MODES DE MANAGEMENT ADAPTÉS À LA MOTIVATION DE SERVICE PUBLIC, LE *SERVANT LEADERSHIP*

Compte tenu des spécificités de la motivation de service public (MSP), il est raisonnable de s'interroger sur les modes de management les plus adaptés à ce contexte et à ces motivations particulières. En effet, « *le leadership est un phénomène éminemment contingent ; c'est-à-dire qu'il ne peut être réduit aux qualités du leader : le leadership n'apparaît qu'à la condition que ces qualités fassent échos positivement premièrement aux attentes des parties prenantes (...) et deuxièmement, aux exigences de la situation* » (Petit et al. 2017, p. 7). Autrement dit, **le mode de leadership doit être adapté aux motivations des agents qui s'engagent dans l'organisation, il doit exister une forte cohérence entre les deux**⁽²⁰⁾.

Mis en lumière par Robert Greenleaf dans les années 1970, le « *servant leadership* » peut être défini comme une « *approche holistique et altruiste du leadership qui se caractérise par le fait que le leader place au cœur de son action les aspirations et besoins de ses subordonnées* ». (Schwartz et al. 2016, p. 1026). Ainsi, le « *servant leadership* » n'est pas « *une quête personnelle du pouvoir, du prestige ou des récompenses visant essentiellement à satisfaire l'ego (...)*. Il procède d'une **motivation intrinsèque du responsable hiérarchique pour aider, enrichir et élever les autres vers de nouvelles possibilités et de nouveaux niveaux d'accomplissements professionnels, à la fois comme individus et comme équi-** » (Bellet, 2013, p. 21). ■

Belet 2013



QUELQUES PRINCIPES D'ACTION PHARES DU «*SERVANT LEADERSHIP*»

- **Fournir les informations essentielles** pour une compréhension complète de la mission de l'organisation par tous les collaborateurs ;
- **Construire une réelle vision partagée** avec le plus grand nombre de collaborateurs quant au projet stratégique de l'organisation et à ses implications opérationnelles ;
- **S'autocontrôler** quelles que soient les circonstances afin d'agir de manière éthique ;
- **Encourager les relations de coopération** entre les différents acteurs de l'organisation en soulignant leur interdépendance selon une vue systémique ;
- **Apprendre des erreurs** et développer une culture managériale d'apprentissage à tous les niveaux ;
- **Avoir lui-même un rôle exemplaire** au niveau de ses attitudes et de ses comportements professionnels ;
- **Adopter une attitude d'humilité**, de simplicité et de services envers toutes les personnes de l'organisation afin de faciliter leur tâche.

- Le « *servant leadership* » a fait l'objet de nombreuses études, qui ont montré un impact positif de ce type de leadership sur la motivation des employés et les résultats organisationnels, dans un grand nombre de pays et de cultures. Les « *servant leaders* » seraient particulièrement appropriés dans les organisations complexes et bureaucratiques (Schwartz et al. 2016). Une étude sur l'impact du « *servant leadership* » au sein d'hôpitaux ruraux aux États-Unis a montré une augmentation du niveau de motivation et de satisfaction au des travail employés et une augmentation du niveau de satisfaction des patients (McCann et al, 2014).

(19) Sibé, M., & Alis, D. (2016). L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. In *Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif* (Dunod, pp. 133-143). Paris.

(20) Petit, V., et al. (2017), op.cit.

L'état de la littérature scientifique

En France, la qualité de vie au travail (QVT) a fait l'objet d'un intérêt grandissant dans les établissements de santé sous l'impulsion de la stratégie « Prendre soin de ceux qui nous soignent », lancée par la précédente Ministre de la Santé en décembre 2016. Dans un contexte de difficultés connues et nommées par les professionnels du soin de nombreux pays occidentaux – souffrance au travail, burnout, dépressions voire suicides –, cette volonté nationale a fait écho à un mouvement international dans la littérature en sciences humaines et sociales qui investit, depuis plusieurs années, les déterminants d'une meilleure QVT dans les organisations et notamment à l'hôpital.

Force est cependant de constater que la notion de QVT peine à trouver toute sa place dans le monde de la santé tant elle semble étendue et floue, et tant les préconisations destinées à la favoriser sont parfois jugées trop éloignées des réalités cliniques, économiques et humaines du quotidien des hôpitaux. Notre revue de la littérature, rassemblant des travaux en sociologie, anthropologie, psychologie, sciences de gestion et du management, montre au contraire que l'attention portée à l'environnement dans lequel évoluent les travailleurs est fortement corrélée à une meilleure qualité des soins et, à terme, à une amélioration des performances économique et sociale des organisations de santé.

La QVT est en effet un processus à long terme qui ne se laisse définir que par la conjugaison de deux ensembles distincts et parfois divergents : d'un côté, l'ensemble des perceptions subjectives des professionnels d'une organisation donnée sur leur environnement de travail – autrement dit une somme d'évaluations individuelles mais socialement situées de leurs conditions de travail ; de l'autre, l'ensemble des stratégies et des procédures définies par

cette même organisation dans le cadre de sa politique institutionnelle d'amélioration des conditions de travail. Elle est donc à la fois un principe et un objectif à atteindre dans le champ politique et, sur le terrain, un ordre négocié entre des paramètres cliniques, humains et économiques pourtant réputés inconciliables.

Pour saisir toute la complexité de ce processus, le groupe de travail FHF a demandé à ce que soient étudiés et décrits les effets de la QVT sur la performance des organisations, les valeurs et méthodes organisationnelles les mieux à même d'offrir aux professionnels de santé un environnement où il fait bon travailler, et enfin l'impact des réformes conduites dans le monde de la santé français sur la QVT des professionnels soignants, avec un focus sur les étudiants infirmiers et internes en médecine.

La littérature disponible s'accorde tout d'abord à dire que la QVT est un déterminant fort de la qualité des soins, et qu'elle a des conséquences à moyen et long terme sur la performance économique et sociale des organisations. Les démarches d'amélioration de la QVT ont en effet un impact positif sur les performances individuelles des professionnels en terme d'efficacité et de réduction des erreurs médicales, mais aussi sur la performance sociale de l'organisation par la promotion d'une GRH attentive à la santé mentale des travailleurs. Ces stratégies permettent par ailleurs de réduire les surcoûts liés à l'absentéisme et au turnover et, à terme, d'enclencher le cercle vertueux de la performance économique grâce à des équipes cliniques vectrices d'innovations organisationnelles. Une bonne QVT apparaîtrait ainsi sinon comme la cause, au moins comme une garantie efficace de durabilité et de soutenabilité des établissements de soins, remplaçant la gestion des ressources humaines au cœur du fonctionnement des hôpitaux.

Lorsque l'on aborde les modalités organisationnelles à même de favoriser l'épanouissement au travail des professionnels de santé, reconnus par la littérature comme étant intrinsèquement plus motivés par leurs missions que les salariés du privé, de nombreux termes reviennent comme autant de besoins fondamentaux des individus au travail : reconnaissance, soutien de l'équipe, autonomie, sens et utilité du travail, équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Les études recensées proposent divers paradigmes à même d'aider les organisations de santé à s'adapter à ces besoins : le Lean santé, les organisations apprenantes, l'agilité, les hôpitaux magnétiques..., qui impliquent de replacer les hôpitaux au carrefour de trois niveaux organisationnels : celui, macroscopique, des politiques de santé et de la volonté des gouvernements, celui, dit « méso », des hôpitaux comme organisations ayant à élaborer des politiques institutionnelles volontaristes et enfin celui, dont l'appellation « micro » ne doit pas minimiser son importance capitale, de l'organisation coopérative et décloisonnée des équipes cliniques.

Tous les mouvements organisationnels évoqués ci-dessus ont précisément en commun de considérer l'équipe comme la clé de voûte d'une organisation durable. Ils préconisent ainsi la confiance des échelons hiérarchiques envers ces équipes de terrains considérées comme des expertes dans leur art, et à qui doit par conséquent être garantie une certaine latitude organisationnelle. Cette autonomie, aussi satisfaisante pour les individus qu'elle est efficace du point de vue de la qualité des soins, s'appuie toujours sur des formations initiales décloisonnées, des espaces de discussion pluriprofessionnels sur le travail et un management « transformationnel » venant soutenir et faciliter la coopération dans les équipes. L'idée d'un épanouissement de chacun dans son travail pousse également tous ces courants à promouvoir des temps de formation et un apprentissage en continu ainsi que des politiques d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels : l'éthique du care doit en somme imprégner les échanges patients-soignants, mais aussi

les relations des soignants entre eux.

Face à la tentation d'appliquer des méthodes prêtes à l'emploi comme des panacées, les résultats de la littérature concernant les conséquences des réformes dans le monde de la santé français sur la QVT des soignants font toutefois office de mise en garde. Les études françaises ont en effet de façon unanime pointé la contradiction entre l'intérêt des réformes et leur mise en place toujours descendante, au prix de l'ignorance des points de vue et besoins des soignants eux-mêmes. Au-delà d'un problème de contenu des réformes, les échecs sont en réalité souvent liés à leurs phases d'élaboration et d'implémentation dans les services : ainsi, à la souffrance éthique rapportée par les soignants de constater que la T2A valorisait les pratiques efficaces et productives au détriment des « bonnes pratiques » a répondu le malaise de l'encadrement de proximité, trop peu informé, sollicité et soutenu, tandis que l'arrivée de l'informatisation dans les services a donné lieu à des reconfigurations du travail et des transferts de tâche sans pour autant qu'elles aient été accompagnées, en amont et en aval, d'un travail de concertation et de discussion avec les professionnels. ■

C'est ce travail de concertation entre tous les acteurs qu'il s'agit aujourd'hui de restaurer aux multiples niveaux décisionnels impliqués dans l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Les pratiques inspirantes

- Charte pour la QVT des stagiaires paramédicaux
<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communique-de-presse/La-FHF-s-engage-durablement-pour-la-QVT-au-travail-des-stagiaires-paramedicaux>
- Charte d'accueil des externes
<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communique-de-presse/Signature-de-la-Charte-d-accueil-des-etudiants-hospitaliers-de-second-cycle-dans-les-etablissements-publics-de-sante>
- Charte d'accueil des internes
<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communique-de-presse/Signature-de-la-charte-d-accueil-et-de-formation-des-internes-dans-les-etablissements-hospitaliers-publics>
- Témoignages du Mooc FHF sur l'attractivité médicale
<http://mooc-attractivite.fhf.fr>
- Charte QVT des CHU

Les outils mis en ligne

- QVT : 10 questions sur la qualité de vie au travail
<https://www.fhf.fr/Developpement-durable/Actualites/QVT-10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail>
- Haute Autorité de Santé
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2786495/fr/construire-une-demarche-qualite-de-vie-au-travail
- Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique
<https://www.fonction-publique.gouv.fr/protocole-daccord-relatif-a-la-prevention-des-risques-psychosociaux-dans-la-fonction-publique>
- Guide DGOS « Prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants »
<https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gestion-du-personnel-medical/Prevention-des-RPS-chez-les-internes-assistants-et-chefs-de-clinique-publication-du-guide-DGOS>
- Mooc FHF
<http://mooc-attractivite.fhf.fr>

TENANTS ET ABOUTISSANTS DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : UNE REVUE DE LITTÉRATURE

HÉLOÏSE HALIDAY

Doctorante en psychologie, Université Paris Diderot

► **Avant-propos** 37

► **Introduction** 38

► **Quel impact de la QVT sur la performance des établissements ?** 40

- Ce que recouvre « la » performance des établissements 40
- Performance individuelle : implication des professionnels et réduction des coûts négatifs 40
- Performance des organisations : de nombreux facteurs à prendre en compte 41
- Amener le changement dans les organisations 42
- Perspective critique 42

► **Quelle organisation pour l'hôpital ?** 43

- Transposabilité des innovations du privé vers le public : le cas du lean management 43
- L'organisation apprenante : un préalable à l'agilité 44
- Opérationnaliser les organisations apprenantes : la méthode agile 45
 - Principes de l'agilité 45
 - Une organisation agile 46
 - Agilité collective : le rôle du management 46
 - L'agilité et son implémentation 47
 - Agilité et performance 48
 - Focus sur... la recherche-action 48
 - Le magnet hospital, un hôpital agile et apprenant 48

► **Le besoin de collaboration en santé. Comprendre les équipes de soins, outiller les encadrants** 50

- Focus sur... la QVT chez les dirigeants et les cadres 50
- **Le travail d'équipe, clé de voûte d'une organisation durable** 51
 - Les raisons du travail d'équipe 51
 - Ce qui fait équipe 51
 - Qu'est-ce qu'une « bonne » équipe ? 52
 - Lutter contre les barrières interprofessionnelles et la surspécialisation 52
 - La formation interprofessionnelle pour des équipes apprenantes 52
 - La réunion, outil fondamental du travail collectif 53
 - Focus sur... les étudiants en santé 54
- **Management en santé : quels spécificités et quels outils ?** 55
 - Un modèle de management ad hoc : la démarche participative 55
 - Une éthique spécifique : le care 55
 - Un aspect central de toute amélioration de la QVT : le leadership transformationnel 56

► **Quel impact des réformes récentes dans le monde de la santé sur la QVT ?** 58

- **T2A : mesures et démesure d'un outil de gestion** 58
 - Effets économiques : la tentation productiviste ? 58
 - Effets managériaux : défiance à l'hôpital 59
- **L'informatisation : reconfigurations matérielles et relationnelles dans les services** 60
 - La technologie... et son implémentation 60
 - Reconfigurations professionnelles 60
- **Réformer : un problème de démarche** 61

► **Conclusion** 62

► **Bibliographie** 63

► **Méthodologie de recherche**

- Après lecture de la revue de littérature réalisée début 2016 par la HAS sur les rapports entre qualité de vie au travail et qualité des soins (124), le groupe de travail « Qualité de vie au travail » de la FHF a plus particulièrement souhaité être éclairée sur les déterminants psychologiques, managériaux et organisationnels de la QVT, ses effets sur la performance globale des établissements de santé et l'impact des réformes du monde de la santé français sur la QVT des hospitaliers.
- Pour ce faire, les bases de données suivantes ont été interrogées : Google scholar (références généralistes), Emerald Insight (administration/gestion/management), Cairn.info (travaux français, notamment sur les questions des réformes dans le monde de la santé), PubMed (santé), ScienceDirect (santé, administration), ainsi que la plate-forme ResearchGate, dédiée à la communauté universitaire.
- Les mots-clés suivants ont été utilisés dans des recherches booléennes : agile/agilité, cadres, dé-

marche participative, directeurs, healthcare, hôpital/hospital, infirmiers, lean, médecins, performance, performance économique/economic performance, quality of work life/quality of working life/QWoL/QWL/qualité de vie au travail/QVT, risques psychosociaux/RPS, santé, system dynamics, teams, teamwork.

► Du fait de l'ampleur des résultats, les recherches raisonnées ont dans un second temps laissé la place à l'effet boule de neige afin de privilégier l'utilisation de références souvent citées et consensuelles à l'accumulation d'études.

► Les sites de la Haute Autorité de Santé et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ont aussi été consultés afin d'y trouver des rapports ad hoc ; la rédactrice remercie également Salima Benhamou pour l'envoi de travaux du Centre d'Analyse Stratégique. ■

► **Limites des études considérées**

L'orientation des questions et des mots-clés ayant fait remonter des études provenant presque exclusivement des sciences humaines et sociales au sens large (sociologie, psychologie, mais surtout sciences du management et de la gestion), quelques commentaires sont nécessaires en introduction de ce document.

1. La majeure partie des travaux étudiés proviennent de pays anglo-saxons ou à tout le moins anglophones, dont le fonctionnement du système de santé et la définition des métiers peuvent ne pas correspondre exactement à la situation française. Les consensus internationaux seront donc toujours à remettre en perspective avec le contexte français.

2. La vaste majorité des références scientifiques étudiées repose sur l'étude de questionnaires et d'échelles auto-administrés. Outre les interrogations soulevées par les qualités variables de ces questionnaires et l'impossibilité d'homogénéiser leurs situations d'administration, une simple approche quantitative donnant lieu à une production statistique massive ne peut rendre que partiellement compte de la réalité complexe des situations hospitalières et de la variabilité des états mentaux des professionnels. Ces études ne sont par ailleurs pas exemptes de biais liés à la désirabilité sociale des réponses, ou encore à des problèmes de « méthode

commune », générant des variances statistiques en fonction des instruments de mesure utilisés plutôt que des phénomènes eux-mêmes.

3. Si la mesure de la qualité de vie au travail peut reposer sur des données objectivables (taux d'absentéisme, de turnover ou d'erreurs médicales), une partie de son évaluation fait intervenir des critères éminemment subjectifs : ceux de la perception de soi et des autres. Or si plusieurs études ont utilisé des entretiens semi-directifs, très peu s'appuient sur une observation directe du travail dans les hôpitaux. Ce décalage pose la question de la concordance entre les discours et les pratiques : les acteurs font-ils ce qu'ils disent faire, et disent-ils tout ce qu'ils font ?

4. Ces difficultés méthodologiques sont partiellement expliquées par la nature des contributions étudiées : les sciences de la gestion et du management ont par essence une finalité prescriptive que n'ont pas les autres sciences humaines et sociales. Leurs productions scientifiques, notamment lorsqu'elles proviennent du monde anglo-saxon, s'attachent ainsi plus souvent à trouver des corrélations, des causalités voire des solutions opérationnelles qu'à décrire puis expliquer des phénomènes rencontrés sur le terrain. ■

La qualité de vie au travail (QVT) dans les hôpitaux n'est pas un enjeu nouveau en France. L'ANACT et la HAS, entre autres, se sont engagées depuis plusieurs années dans des démarches exploratoires de promotion de la QVT, utilisant le mouvement du bien-être au travail comme moyen d'interroger les organisations actuelles de ces structures particulières.

Leurs démarches ont trouvé un élan supplémentaire dans la Stratégie Nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels, lancée par Marisol Touraine en décembre 2016 suite à la réception d'un rapport de l'IGAS consacré aux risques psychosociaux des personnels médicaux des établissements de santé. La volonté de « prendre soin des soignants » a cependant risqué de se réduire à la seule résolution des situations de conflit dans les établissements de santé, afin d'éviter que celles-ci n'aggravent les risques psychosociaux auxquels sont exposés les professionnels du fait de la nature de leur travail de soin.

La forte prévalence du stress, de l'anxiété et de la dépression chez les médecins français par rapport à la population générale (caractéristiques qui se retrouvent à l'international), les difficultés dans le recrutement des soignants, les multiples contraintes budgétaires et organisationnelles des hôpitaux ainsi que les récents cas de suicides de personnels hospitaliers ont bien conféré aux questions de QVT à l'hôpital un caractère d'urgence, mais l'approche par les risques psychosociaux et le mouvement de la qualité de vie au travail ne

sont pas des corpus théorico-pratiques équivalents. Ils gagnent donc à être distingués afin de souligner leur complémentarité, car une approche du travail par le risque n'est pas suffisante pour faire face aux situations de crises et de remaniements que traverse régulièrement le monde hospitalier français.

Le problème de toute démarche RPS est en effet de ne considérer que les capacités ou les difficultés d'adaptation de l'individu au système dans lequel il travaille. La logique de prévention et réparation des RPS s'est donc heurtée à une impasse (206) : en ne proposant que des actions destinées à soigner les symptômes du mal-être (94, 192), elle laissait de côté une approche systémique nécessairement plus critique vis-à-vis des organisations traditionnelles du travail.

Les réflexions sur la QVT sont caractérisées par ce point de vue résolument systémique, et par l'impératif de transformation des organisations afin de répondre au contexte changeant du monde de la santé avec des modèles adaptés et innovants (27, 138) : les travaux sur la QVT s'intéressent donc avant tout à la préservation des ressources humaines et à la responsabilité sociétale des organisations (4). L'approche QVT pourrait être comparée à une démarche clinique : partant du principe que ce ne sont pas nécessairement les individus qui sont malades, mais l'organisation et le travail eux-mêmes (84, 124), le seul traitement des symptômes visibles des professionnels - mal-être psychologique, absentéisme, suicide... -, ne suffit pas : ce sont directement les organisations qu'il s'agit de soigner. Les points d'action des dispositifs RPS et QVT sont résumés dans le schéma ci-contre.

La QVT ne possède pour autant pas de définition propre, tant elle est dépendante de l'environnement de travail où les démarches sont implantées que des perceptions des travailleurs(4). Afin cependant de lui offrir un cadre conceptuel, l'on peut tout de même avancer que l'évaluation de la qualité de vie au travail dans une organisation donnée croise l'ensemble des perceptions que ses salariés ont de la qualité de leur environnement de travail et l'ensemble correspondant de stratégies et procédures que cette organisation met en place afin d'améliorer leurs conditions de travail.

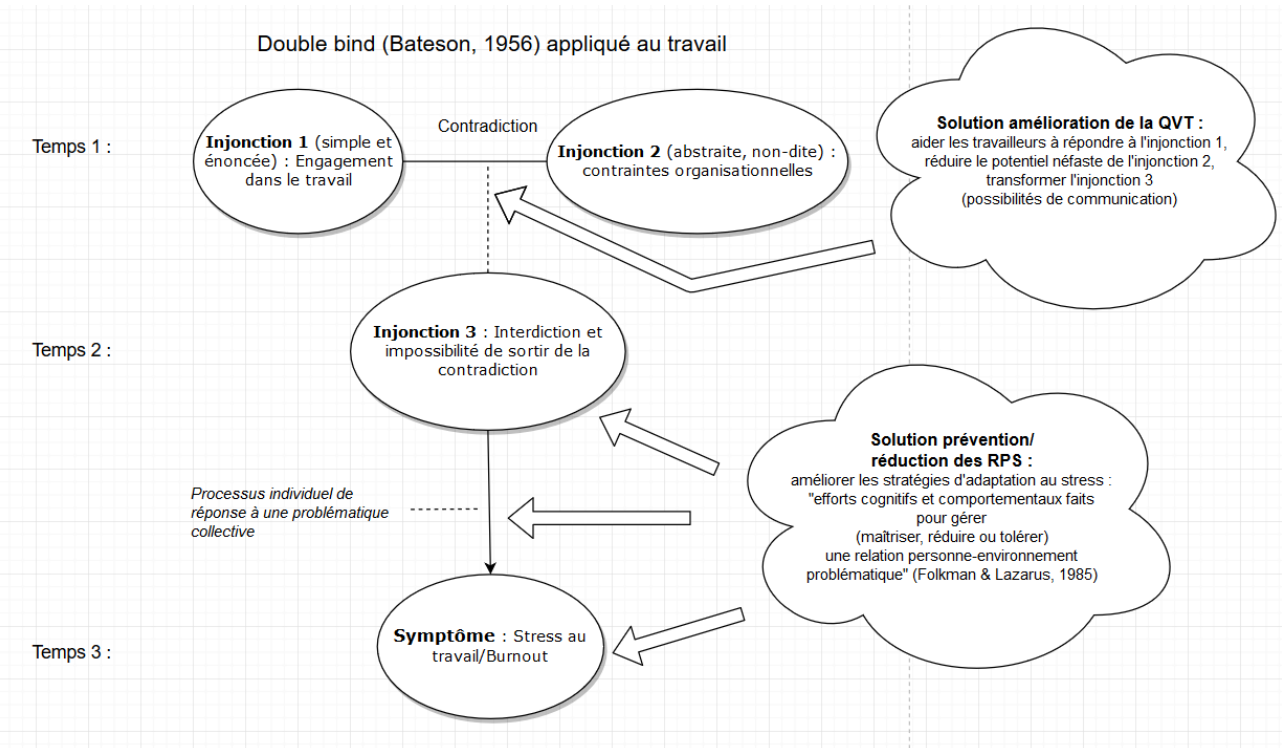
Cette notion est donc éminemment dynamique, car elle se réfère avant tout aux ressentis positifs des professionnels dans leur travail, par rapport à leur travail et par rapport à leur organisation, ressentis qui eux-mêmes dépendent de la place que ces professionnels occupent dans la hiérarchie ou du secteur dans lequel ils exercent, mais surtout du degré auquel l'organisation arrive à satisfaire leurs besoins de développement personnel (115). Un certain nombre de ces besoins revient régulièrement dans la littérature lorsqu'il s'agit de définir les facteurs sur lesquels les organisations doivent jouer afin d'avoir un impact positif sur le bien-être de leurs employés : reconnaissance et valorisation (passant par le salaire et les compensations matérielles, mais pas seulement), relations aux autres et communication, soutien social et sentiment

de sécurité, autonomie de chacun dans son domaine de compétence, variété des tâches, sens du travail à accomplir, contribution à l'obtention d'un résultat tangible et utilité sociale, sentiment d'intégration dans un système cohérent sans être trop normatif, fierté du travail bien fait, équité, apprentissage et développement personnel, équilibre avec la vie privée, créativité et innovation (1, 15, 28, 29, 76, 115, 166, 170).

L'ensemble des réponses données à ces besoins, qui constitue le cœur d'une démarche QVT, permet de renforcer l'engagement dans le travail, l'attachement envers l'organisation, et donc d'améliorer la performance des établissements. Cette dynamique est résumée par Estelle Morin dans son rapport sur le sens du travail et l'engagement organisationnel : « les employés travaillant dans un environnement de qualité présentent moins de problèmes de santé mentale ou physique, sont généralement assidus à leur travail et engagés dans ce qu'ils font. Également, ils sont encouragés à prendre des responsabilités dans l'exercice de leur fonction, à se perfectionner pour mieux accomplir leur travail et à faire preuve de créativité lorsqu'ils font face à des situations inhabituelles, ajoutant ainsi de la valeur à ce qu'ils font. Or, le concept même de rentabilité repose sur la notion de valeur ajoutée, d'où vraisemblablement une meilleure performance financière » (150).

Si la QVT est souvent présentée comme un impératif moral et éthique des établissements de santé vis-à-vis de leurs salariés, son impact sur la performance des organisations a aussi été étudié par les sciences de la gestion, de l'administration et du management, et mérite d'être d'emblée mis en avant tant la durabilité de la performance des établissements de santé est aujourd'hui dépendante d'une gestion juste et qualitative de ses ressources humaines. ■

La première question de recherche à traiter sera donc la suivante : quels sont les effets d'une meilleure qualité de vie au travail sur la performance des organisations, et plus particulièrement des établissements de santé ?



QUEL IMPACT DE LA QVT SUR LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS ?

► Ce que recouvre « la » performance des établissements

❖ La notion même de performance est plurivoque, et la littérature scientifique en distingue plusieurs types : économique, sociale et organisationnelle, respectivement appréhendées par les concepts de bénéfice et d'équilibre budgétaire, le degré de satisfaction des acteurs au travail (105) et l'utilisation optimale des ressources (11) ; s'y ajoute, dans le cadre spécifique des établissements de santé, une performance au travail individuelle et collective qui prend la forme de la qualité des soins (124, 125). L'objectif d'une performance globale et durable (12, 28, 103) engage ainsi la responsabilité sociale des organisations, qui sont appelées à prendre en compte, dans leur calcul économique, les effets externes négatifs qu'elles peuvent engendrer pour la société dans son ensemble, notamment en termes de santé publique et de santé mentale (22) : cette performance globale ne peut donc exister pleinement sans une implication forte sur les questions de qualité de vie au travail.

❖ Le volet social de la performance des organisations, reposant sur des pratiques de GRH dites « douces » (103), dépend notamment de la confiance instaurée dans les rapports hiérarchiques, de la participation des salariés et de la latitude qui leur est donnée dans l'organisation de leur activité (28), de la fréquence des occasions qui leur sont données d'interagir directement et informellement avec la direction - le dialogue social n'étant pas suffisant à lui seul (46, 174) -, et d'une répartition du travail par objectifs à atteindre plutôt que par tâches à réaliser, augmentant ainsi leur autonomie et diminuant de

moitié les problèmes liés à l'absentéisme (21, 158) ou au turnover (131). Une performance économique sans performance sociale génère toujours des déperditions de ressources et des coûts cachés liés au mal-être des professionnels au travail, qui s'avèrent parfois plus difficilement décelables que par la seule mesure de ces indicateurs (105) ; au contraire, une forte activité de coopération serait en mesure de générer des gains économiques spécifiques (61). Certains auteurs affirment ainsi que ce qui est désigné comme « performance » serait en réalité bien mieux décrit, que ce soit dans le domaine industriel (61) ou des soins (125), en fonction des interactions humaines et de la gestion des conflits que de l'activité mesurable. En effet, une gestion transformationnelle des conflits, qui les reconnaît comme résultant de divergences dans les intérêts des acteurs et non comme des échecs managériaux, légitimant ainsi leur existence inévitable (63) tout en insistant sur des résolutions coopératives, permettrait à toute organisation de gagner en performance.

❖ À l'opposé, les schémas de management plus traditionnels et hiérarchiques (persistant à l'hôpital comme en entreprise), qui conçoivent les professionnels de terrain et l'encadrement comme des camps adverses et clivés, sont corrélés à des coûts plus élevés, des heures de travail perdues, des erreurs plus nombreuses, une variabilité de la qualité du produit ou du service rendu plus grande, en somme une productivité plus faible (61). ■

► Performance individuelle : implication des professionnels et réduction des coûts négatifs

❖ Dans les pays anglo-saxons, les organisations des secteurs public et privé s'appuient déjà sur des démarches QVT pour motiver et retenir leurs salariés (105, 153), l'engagement et l'implication des employés ayant prouvé son efficacité sur la compétitivité des entreprises (29) ; aux États-Unis, le modèle des hôpitaux magnétiques est basé sur le même principe. La plupart des études se focalisent cependant plutôt sur la réduction des coûts liés à l'absentéisme et au turnover (2, 31, 87), considérés comme les symptômes d'un climat délétère, grâce à des démarches visant à augmenter la satisfaction des professionnels au travail. Cette approche par

la réduction des coûts négatifs s'explique par une difficulté repérable dans les études disponibles : pour que la responsabilité des organisations, privées comme publiques, puisse être considérée comme une source effective de compétitivité, il est nécessaire d'évaluer et de quantifier, outre les coûts associés à une défaillance en termes de responsabilité, les bénéfices économiques de la responsabilité environnementale et sociale des entreprises, mais ces bénéfices ne font pas consensus dans la littérature économique (22) car la causalité positive entre amélioration de la qualité de vie au travail et performance est difficile à chiffrer (29, 105).

❖ Si les démarches QVT améliorent concomitamment la performance individuelle des professionnels (28, 174) en termes de productivité, d'efficacité mais aussi de réduction des erreurs (18), pour aboutir à une meilleure qualité des soins (124), seule la recherche de relations de corrélation entre performance sociale et performance économique paraît plausible, car il est probable que les effets de la

première sur la seconde soient majoritairement indirects. Ils peuvent par exemple être engendrés par une amélioration de l'efficacité organisationnelle ou par l'attraction de salariés « intrinsèquement » motivés (22) : ainsi les organisations doivent-elles considérer l'amélioration de la qualité de vie au travail comme un investissement à long terme (103). ■

► Performance des organisations : de nombreux facteurs à prendre en compte

❖ Les organisations d'aujourd'hui, et l'hôpital n'y échappe pas, doivent trouver des solutions à de multiples dilemmes : création d'une culture forte ou sensibilité à la diversité ; amélioration des processus existants ou innovations radicales, selon des modalités de mise en place variées ; inégalités entre petites et grandes organisations ; style managérial plutôt égalitaire ou hiérarchique ; orientation directive du travail ou incitation à la créativité ; valorisation de la performance individuelle ou du travail en équipe ; perspective à long ou court terme (171). Face à ces dilemmes organisationnels, certains facteurs sont reconnus comme ayant une influence sur l'implémentation réussie d'une réforme : un besoin de changement clairement établi, l'implication des managers, mais surtout l'engagement, la motivation, l'autonomie au travail et l'expérience des personnels (28, 175).

❖ L'impact de la qualité de vie au travail sur la performance des organisations semble donc faire consensus dans la littérature de gestion et de management (28, 120, 125), mais cet effet est toujours médié par des pratiques managériales spécifiques à même d'actionner les leviers psychologiques de l'engagement dans le travail, à savoir la satisfaction des besoins fondamentaux des individus au travail (28) : don de sens, reconnaissance, fierté du travail bien fait, équité, équilibre avec la vie privée (29). Ainsi, derrière bon nombre de techniques managériales se retrouvent toujours les mêmes conditions primordiales d'une démarche QVT : possibilités d'interagir librement avec sa direction, importance donnée à la parole, aux espaces et aux modalités de communication (29, 174), promotion de valeurs comme l'ouverture, confiance, compréhension et soutien apporté par les collègues, mais aussi sentiment d'autonomie et de maîtrise de son travail et motivation de service au public (Public-Service Motivation) (18, 19, 38).

❖ Les chiffres disponibles montrent que les entreprises qui mettent en œuvre un ensemble de pratiques de gestion des ressources humaines associées à des outils de gestion technologique et organisationnelle (certification sur la qualité, actions de formation, outils de travail collaboratifs, etc.) affichent une performance économique d'environ 20 % supérieure à celle de leurs concurrentes (22), autrement dit qu'un développement « compréhensif » des orga-

nisations, axé sur le potentiel RH et caractérisé par une implémentation des changements basée sur la participation et la collaboration des employés durant tout le processus, est fortement associé à l'amélioration concomitante de la performance et de la qualité de vie au travail en ce qu'il favorise l'innovation organisationnelle (158, 175). Ces résultats vont dans le sens d'un point de vue universaliste, qui postule qu'un certain nombre de principes et de bonnes pratiques - travail d'équipe, délégation d'autorité (173), structures organisationnelles plates portées par un entraînement régulier des équipes destiné à renforcer leurs compétences (dans le sillage des organisations apprenantes) - sont toujours liés à des effets positifs, et qu'ils sont transférables d'un environnement de travail à un autre (175).

❖ Il reste cependant difficile de distinguer nettement ce qui à l'intérieur des bonnes pratiques de GRH contribue le plus ou le moins à l'amélioration de la performance organisationnelle, car les facteurs influençant l'implémentation du changement sont fortement interdépendants (171, 175). Le paradigme universaliste est ainsi toujours à remettre en tension avec une conception plus localiste du changement, du fait des spécificités de chaque organisation (171) et de l'hétérogénéité des contextes au sein d'un même hôpital (72) : les corrélations entre certaines pratiques de GRH, la qualité de vie au travail et la performance ne peuvent être admises comme des relations causales (187).

❖ Le travail d'équipe, par exemple, peut améliorer la flexibilité des processus de production et la performance organisationnelle (106) grâce à la décentralisation des prises de décisions, qui s'effectuent au niveau opérationnel (58, 103, 173), pour peu que l'équipe partage des valeurs et une forte implication au travail, ce qui est le cas à l'hôpital. Cette affirmation est cependant toujours nuancée par le constat que le concept d'équipe est équivoque et que les pratiques de travail en équipe varient fortement d'une organisation à une autre (103) : contribuer au développement du travail d'équipe n'améliore donc pas mécaniquement la productivité ni la satisfaction au travail (171), notamment si ce développement n'est pas soutenu par une transformation du style managérial et un système d'incitations au changement (175). ■

► Amener le changement dans les organisations

① Dans une interview, Pascale Levet, directrice scientifique de l'ANACT, pointait que l'importance cruciale des leviers psychologiques pour la satisfaction au travail n'était pas soluble dans des améliorations strictement matérielles : « *toute démarche de Qualité de Vie au Travail qui serait très généreuse sur tout ce qui touche la périphérie du travail – les possibilités d'aménagement, le télétravail,... – mais qui ne porterait pas une attention soutenue aux enjeux de qualité du travail – du sentiment du travail bien fait à la hauteur des performances attendues ne marchera pas* » (105). C'est donc bien l'organisation, tant en termes de répartition des tâches (taskwork) que de modalités de travail d'équipe (teamwork), qu'il s'agit de transformer.

② L'implémentation d'une innovation en matière de GRH peut être analysée selon plusieurs dimensions : ses initiateurs, la participation, la collaboration interne, les compétences déployées en terme de gestion de projet, la contribution d'experts et la création d'un réseau (175). En fonction de ces critères, de nombreuses études montrent que les projets

de changement les plus réussis, qui améliorent qualité de vie au travail et performance de façon concomitante, sont ceux où les travailleurs ont pu être pleinement acteurs du changement, voire ses initiateurs (logique bottom-up) (158) ; l'organisation favorise alors le développement permanent de leur compétences par une formation continue et ouverte à tous (37, 119) qui nourrit leur autonomie et leur capacité à résoudre les problèmes à un niveau opérationnel (58, 103, 158), autrement dit leur pouvoir d'agir (empowerment) ; la collaboration interne y est meilleure et les professionnels plus satisfaits des interventions des experts et des méthodes adoptées ; les objectifs sont ainsi mieux réalisés dans le temps imparti (175). Une étude réalisée dans plusieurs pays d'Europe (Finlande, Allemagne, Irlande et Pays-Bas) arrivait à la même conclusion : le premier piège à éviter dans la mise en place des projets de changement est d'adopter une approche descendante et non-participative (171). ■

► Perspective critique

Face au consensus fort sur la nécessité de pratiques gestionnaires et managériales transversales et participatives, certaines études soulèvent le problème de l'écart entre théorie et pratique dans le champ de la conduite du changement en GRH (63, 171, 175). Cet écart serait lié à la variabilité des contextes d'application des différents modèles, dont l'idéalisation ferait par ailleurs obstacle à une interrogation scientifique de l'hypothèse d'un lien causal entre amélioration de la QVT et augmentation de la performance des organisations (63, 108, 172). De nombreux auteurs argumentent que la littérature sur le management de la connaissance et les organisations apprenantes, particulièrement en provenance des pays anglo-saxons, fait parfois preuve d'un certain mépris tant théorique qu'empirique pour le point de vue des travailleurs ; certaines pratiques visant une « haute performance » seraient surtout corrélées à une intensification de la charge de travail (63), entamant de façon contre-productive la durabilité des ressources humaines de l'organisation du fait de l'augmentation du stress des employés (103). Plusieurs auteurs mettent ainsi en garde contre la mythification d'une GRH douce (soft) basée sur la participation, l'implication des professionnels, la communication, l'apprentissage en continu, car toute recette prêt-à-porter masquerait les divergences inévitables des attentes entre employés et direction (63), occulterait les effets parfois négatifs de la recherche de performance organisationnelle sur les conditions de travail des professionnels, et risquerait de se transformer en mécanisme de contrôle rationaliste de leur activité (103) - particulièrement lorsque la solution adoptée par l'organisation revient en dernière analyse à pousser les professionnels à se conformer à un modèle imposé par la direction (63, 172).

Ce risque existe bel et bien, puisqu'en 2010 l'enquête European Working Conditions Survey constatait que seuls 47% des travailleurs européens étaient impliqués dans l'amélioration de l'organisation de leur travail ou consultés avant la définition de leurs objectifs de travail, et que seuls 40% rapportaient avoir une influence sur les décisions importantes concernant leur travail (158). Ce chiffre tombait à 11% dans des organisations structurées de façon traditionnelle et hiérarchique (20). Les études françaises montrent que les salariés de la FPH se déclarent moins satisfaits quant aux possibilités de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle que ceux des deux autres versants de la fonction publique ; dans le secteur hospitalier public par exemple, une enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation menée 2006 indiquait que les horaires des salariés étaient souvent déterminés par l'employeur, sans possibilité d'aménagement (62, 76). Dans la mesure où les hôpitaux sont toujours organisés de façon particulièrement hiérarchique alors même que l'autonomie ressentie dans le travail est le facteur qui influence le plus fortement le bien-être des individus au travail (150), il apparaît que les questions de qualité de vie au travail constituent en réalité le point de départ d'une nécessaire interrogation sur les transformations des structures organisationnelles des établissements de santé (97). ■

QUELLE ORGANISATION POUR L'HOPITAL ?

Les recherches disponibles s'accordent à dire que l'hôpital est encore aujourd'hui organisé de façon bureaucratique (167) : l'autorité y est hiérarchique, la division du travail stricte et certaines professions sont réglementées par des décrets qui définissent précisément les tâches à accomplir (83). La question de la santé des travailleurs dans un tel environnement pose le problème de l'ajustement réciproque entre les agents et le contexte dans lequel ils travaillent.

Cette activité d'ajustement comprend, pour les individus, la construction de soi, la décision d'engager sa subjectivité, d'investir ses compétences et d'impliquer ses réseaux (94), et pour les hôpitaux, la capacité de créer des liens inter-organisationnels transparents, la sensibilité au marché et la concentration sur les besoins du patient, un management en position de soutien par rapport à des employés auto-organisés, des structures internes élastiques et sensibles aux évolutions du secteur, et des ressources humaines

flexibles aptes à gérer la production en « juste-à-temps » (200).

Plusieurs méthodes, modèles ou paradigmes sont aujourd'hui disponibles en sciences de gestion et du management pour mener à bien la transformation des organisations hospitalières : le *lean*, les organisations apprenantes, l'agilité, les *magnet hospitals*... Ces paradigmes ont en commun de considérer toute organisation comme un écosystème vivant qui apprend et s'adapte afin d'être durable – cette durabilité passant nécessairement par les questions de qualité de vie au travail (4, 109, 138). Ils ont toutefois des implications organisationnelles quelque peu différentes qui nécessitent de les expliciter et de les comparer, afin de déterminer la proximité et la cohérence de leurs valeurs sous-jacentes avec les principes repérés dans la littérature comme les clés de la QVT des équipes cliniques.

► Transposabilité des innovations du privé vers le public : le cas du *lean management*.

Les stratégies organisationnelles et managériales dites *lean*, introduites au cours des années 1970 dans les usines du constructeur automobile Toyota, sont des modes de rationalisation des processus de production consistant avant tout à éviter le gaspillage (20, 50) des ressources budgétaires, temporelles ou humaines. L'amélioration continue des processus de production repose, dans ce modèle, sur un ajout de valeur aux produits ou services proposés ou sur l'éradication des activités sans valeur ajoutée pour le client, des variations inutiles dans le travail et des conditions de travail délétères. L'intérêt théorique de l'application du *lean* en santé serait ainsi, par exemple, d'empêcher les processus en doublon et les procédures inutiles, comme l'enregistrement des données de santé en plusieurs endroits, les professionnels s'attendant entre eux, ou encore la mauvaise coordination des parcours de soins (173), afin de gagner du temps dédié au patient (58).

Certaines études questionnent la transposabilité des méthodes de management privé dans le secteur public compte tenu de l'attachement aux valeurs du service public, de l'intensité du stress lié à l'activité de soins, de la complexité organisationnelle des hôpitaux ou de l'influence de certains groupes professionnels (7, 24, 109, 173). Trois problèmes principaux semblent en effet faire obstacle à une application directe du *lean*, pourtant très plébiscité dans le privé, au monde de la santé.

① Premièrement, toute méthode *lean* requiert une définition standardisée et explicitée de la valeur ajoutée, qui dans le cas de la santé et des parcours de soins des patients pourrait être source de conflits entre les différentes parties prenantes (personnel clinique, patients et administrateurs) (173). En effet, la « valeur » est difficile à définir uniquement en fonction de coût opérationnels et de ratios de personnel sans prendre en compte la qualité de vie au travail des professionnels ou la qualité des soins délivrés au patient (58, 86) : si dans le privé le client et le commanditaire des produits sont confondus, ce qui permet plus facilement de définir la « valeur » ajoutée souhaitée en fonction de laquelle il faut améliorer le processus de production (50, 173), le secteur public doit contenter tant ses usagers que l'Etat.

② Deuxièmement, la santé est un champ dans lequel il est difficile d'influencer la demande ou de trouver une utilité supplémentaire aux « ressources », notamment humaines, qui seraient considérées comme insuffisamment utilisées (173). Ainsi, une pratique tronquée du *lean* qui se concentrerait sur la réduction du gaspillage en ignorant la nécessité de stabiliser la demande, de flexibiliser les professionnels et d'améliorer les conditions de travail n'aurait aucun sens, puisque la flexibilité et l'adaptabilité des professionnels est une caractéristique fondamentale de la qualité des soins (181). L'implémentation

systematique du *lean* peut par ailleurs se heurter à la difficulté de distinguer, en santé, le gaspillage de la valeur ajoutée : une réduction de coût ou de temps nécessaire à l'exécution d'un tâche peut apparaître comme une amélioration du processus de production du soin, mais ne représente pas nécessairement une valeur ajoutée du point de vue du patient (173).

➤ Troisièmement, dans la majorité des cas l'implémentation des méthodes *lean* ne touche que des aspects très spécifiques et disjoints des processus de soins. Cette mise en place projet par projet mène à des changements isolés et apparemment indépendants (181) ; il en résulte ainsi un impact très localisé et des difficultés à maintenir ces changements dans le temps (51, 173) lorsque l'organisation ne soutient pas globalement ce type de démarche.

Plusieurs recherches en arrivent ainsi à la conclusion que les multiples méthodes d'amélioration des processus de travail, et plus particulièrement le *lean*, sont insuffisantes dans le contexte hospitalier du fait de sa complexité et des nombreuses contraintes extérieures qu'il subit (86, 181, 200), car ce modèle ne fonctionne pas efficacement dans des systèmes caractérisés par une haute variabilité et une grande incertitude de la demande (182).

En matière de pratiques managériales, les salariés travaillant sous un modèle apprenant ou en *lean* production sont plus de la moitié à être consultés par leur hiérarchie pour la fixation de leurs objectifs ou à être inclus dans les décisions importantes concernant leur travail, contre un quart dans les organisations traditionnelles. Cependant, si le *lean* promeut l'apprentissage, la résolution de problèmes, l'interdépendance des tâches et le travail en équipe polyvalente et multidisciplinaire, il ne donne qu'une faible autonomie aux salariés (méthodes, rythme, contrôle de la qualité) du fait de la rationalisation des procédures et de l'impératif de haute performance (20). Comme toute stratégie de réforme des organisations, la méthode *lean* peut être utilisée non pas pour accroître la participation des

travailleurs dans l'organisation mais pour contrôler les processus de production grâce à la fragmentation du travail. Ce type d'organisation modifie en effet la façon dont les professionnels travaillent plus encore que le contenu des tâches qu'ils réalisent (139) : il n'est ainsi pas étonnant que les salariés en *lean* production soient ceux qui déclarent le plus souvent des conditions de travail stressantes – intensification du travail, manque de temps, faible marge de manœuvre – en raison notamment d'une accumulation des contraintes liée à la combinaison entre flexibilité des processus de production et intensité des rythmes (20). Dans ces situations dites de « haute performance » mais où le mode de gestion est accompagné d'une forte soumission hiérarchique, les employés peuvent se sentir infantilisés et perdre leur motivation ; la dégradation de leur conditions de travail prive conséquemment le système d'un fort potentiel d'innovation (58).

Si certains auteurs admettent que les processus d'implémentation des outils sont plus importants dans la réussite d'un changement que les outils en eux-mêmes (58), il n'en reste pas moins que la production de soins et les caractéristiques de la demande en contexte hospitalier semblent mieux se prêter à une redéfinition en termes d'agilité. Là où le *lean* se concentre sur l'élimination du gaspillage et l'amélioration de l'efficacité au risque de supprimer des éléments apparemment insignifiants car informels, et pourtant utiles au soin, l'agilité tourne ses efforts vers un design et une implémentation collective de processus nécessitant une forte coopération pour être réalisés au mieux (181). Une organisation agile permet de gérer les imprévus grâce aux relations formelles et informelles qui s'y développent, à une connaissance précise de l'environnement de travail, un principe d'auto-organisation et de décentralisation des moyens financiers et humains et du pouvoir décisionnel (58), en faisant confiance à des travailleurs motivés, compétents, indépendants, flexibles et créatifs (173). ■

► L'organisation apprenante : un préalable à l'agilité

L'intérêt pour les organisations apprenantes aux Etats-Unis date des années 1990 et des désillusions vis-à-vis des approches managériales et gestionnaires basées sur la rationalité instrumentale et la planification excessive. L'argument principal du tournant vers les organisations apprenantes a consisté à dire que l'apprentissage deviendrait à terme la seule source durable de compétitivité pour les organisations (103).

Les paramètres suivants ont ainsi été érigés en principes de toute organisation apprenante :

➤ Elle est orientée vers le travailleur et s'appuie sur une approche du travail volontariste, d'où découlent des pratiques organisationnelles et managériales participatives (décentralisation des décisions et autonomie, travail en équipe) (20). La culture organisationnelle promeut la créativité, l'ouverture

et l'expérimentation (96, 102 153).

➤ Elle utilise un management de la connaissance et une approche transformationnelle du changement (109), en favorisant l'acquisition de nouvelles compétences, la réflexivité (103) et le partage d'informations. Une organisation apprenante est basée sur un système de reconnaissance et de récompense ; la performance est évaluée sur le long-terme (153) et les ressources humaines considérées comme un investissement et non un coût (103).

➤ Elle se caractérise par une forte autonomie des salariés, aussi bien dans les méthodes que dans le rythme de travail. Leur activité est riche (apprentissage au travail, résolution de problèmes, complexité) et leurs tâches moins répétitives. Les salariés sont polyvalents et participent activement

à l'élaboration des objectifs avec la hiérarchie ; ils sont peu soumis à des contraintes de rythme (20).

➤ Les hiérarchies managériales sont plates, afin de stimuler l'engagement des salariés dans l'organisation et de gagner en performance organisationnelle (96, 109). L'*empowerment* structurel des salariés travaillant en équipe leur permet de prendre des décisions opérationnelles ; le contrôle de l'activité se fait par les valeurs communes et la compréhension inter-équipes plutôt que par la planification descendante (103) ; les relations tant à l'intérieur de l'organisation qu'avec des partenaires extérieurs sont donc encouragées (153).

➤ Le leadership est toutefois crucial, car les dirigeants incarnent l'ouverture, la prise de risque et la confiance envers leurs employés (109). Ils communiquent une vision claire de l'organisation

et soutiennent les travailleurs dans leur travail et l'adaptation au changement (153).

L'axiome fondamental des processus d'apprentissage des employés comme première source de compétitivité ne suffit cependant pas à faire de la notion d'organisations apprenantes un concept unifié (103), d'autant que les valeurs énoncées demandent à être précisées et opérationnalisées. Nous ferons l'hypothèse que le paradigme des organisations apprenantes et celui de l'agilité dans le travail sont deux déclinaisons très similaires de ces valeurs, en ce qu'elles mettent en avant l'importance de la flexibilité, de l'adaptabilité et de la réflexivité des travailleurs. L'abondante littérature sur l'agilité des équipes à l'hôpital va dans le sens de l'hypothèse d'une complémentarité entre ces deux courants du changement organisationnel, qui agissent à des niveaux différents (méso pour les OA, micro pour l'agilité). ■

► Opérationnaliser les organisations apprenantes : la méthode agile

De nombreux articles en sciences de la gestion et du management des organisations se sont récemment intéressés aux pratiques agiles (57 81, 155) comme moyens de fluidifier l'internalisation du changement dans les organisations (128) sans risquer de dégrader la qualité du travail.

➤ L'agilité a été formalisée et popularisée en 2001 par le Manifeste Agile (*Agile Manifesto*), dans lequel des développeurs de logiciels tentaient de trouver une solution aux frustrations générées par des processus de travail perçus comme bureaucratiques et inflexibles. Plusieurs études affirment qu'en réalité, nombre de ces idées ne sont pas spécifiques au développement de logiciel (81, 181), mais à tout environnement de travail changeant et complexe (102, 173, 200). Les stratégies agiles sont globalement plus efficaces dans des environnements où la varia-

bilité des demandes est forte, les volumes produits faibles et le critère de compétitivité sur le marché celui de la qualité du service rendu, contrairement aux méthodes *lean* qui conviennent mieux lorsque la demande est prévisible, le volume de production élevé, et que le critère de compétitivité est le coût du produit ou du service délivré (181). En théorie, l'agilité apparaît donc comme un modèle pertinent pour redéfinir les organisations de santé, dans la mesure où les réformes affectant le secteur de la santé le poussent à fréquemment évoluer en fonction de contraintes externes instables (66, 173, 200). Si ce type de redéfinition des organisations prend de l'ampleur dans le champ des soins primaires aux Etats-Unis (181), la question de son adaptation au monde hiérarchisé et éminemment réglementé de l'hôpital français se pose. ■

► Principes de l'agilité

Initialement définis en des termes propres au développement de logiciel, les lignes directrices de la méthode agile ont fait l'objet d'une reprise par Laurie Williams (209), que nous traduisons et reproduisons ci-après. Sa typologie finale, proche des recommandations historiques, a été obtenue grâce à une étude qualitative portant sur les représentations des principes de l'agilité chez les professionnels travaillant au quotidien avec cette méthode. Elle décline ainsi onze points fondateurs de toute équipe agile :

1. Satisfaire le client grâce à des rendus rapides et fonctionnels ;
2. Accueillir les demandes de modification au début de chaque itération, même tard dans le développement du projet ;
3. L'équipe entière doit communiquer et travailler de façon collaborative tout au long du projet ;

4. Construire des projets articulés autour d'individus motivés et auxquels est donné du pouvoir d'agir (*empowerment*), avec une vision commune de la réussite du projet ; leur donner l'environnement et le soutien dont ils ont besoin, éliminer leurs obstacles externes, et leur faire confiance pour mener à bien leurs tâches ;
5. La méthode la plus efficace pour transmettre de l'information à et dans une équipe est la communication synchronisée, idéalement en face-à-face. Les décisions importantes sont documentées afin de n'être pas oubliées ;
6. La mesure principale des progrès d'un projet à la fin de chaque étape itérative est l'utilité et la bonne qualité du produit/service rendu ;
7. L'agilité promeut le développement durable dans le champ des ressources humaines. L'équipe doit

QUELLE ORGANISATION POUR L'HOPITAL ?

- maintenir un rythme de travail raisonnable, qui inclut du temps dédié à l'exploration et à l'analyse du feedback des usagers ;
- 8. Une attention continue donnée à l'excellence technique et au design renforce l'agilité ;
- 9. La simplicité – ou l'art de minimiser la quantité de travail inutile – est essentielle ;
- 10. Les meilleures structures et designs proviennent

- d'équipes auto-organisées possédant une vision claire du produit/service à rendre ;
- 11. A chaque étape itérative, l'équipe réfléchit à des améliorations et demande des feedbacks afin de réajuster sa trajectoire de travail et son comportement. ■■

► Une organisation agile

Certaines études proposent d'appeler agiles des organisations qui font de l'impératif de transformation et d'adaptation aux changements environnementaux un processus continu et non plus un dispositif de régulation des crises ; elles accéléreraient ainsi les prises de décision en instillant parmi leur membres un même état d'esprit et en promouvant leur participation (155). L'infrastructure organisationnelle typique de ces établissements est volontairement légère : le design organisationnel doit être fluide, horizontal, centré sur un fonctionnement en petites sous-unités et équipes, et faisant intervenir le minimum d'autorité formelle et de standardisation des procédures. Cette standardisation ne doit intervenir que lorsqu'elle est absolument nécessaire, l'idée étant de laisser les professionnels réguler leur propre autonomie et se coordonner de façon informelle. Autrement dit, l'organisation agile doit être pilotée en fonction d'une fin (obtention d'un résultat donné) plutôt qu'en fonction des moyens (contrôle des processus de conception du service) (155) : pour fonctionner en laissant libre la créativité de ses employés, celle-ci doit nécessairement être adhocratique (166).

Les organisations agiles sont sensiblement proches des organisations apprenantes, car le principe mé-

thodologique fondamental de l'agilité se situe dans les boucles itératives favorisant l'apprentissage collectif ; l'apparente facilité de tels changements se heurte cependant aux données des études démontrant que ce processus d'instauration de l'apprentissage au cœur de l'organisation peut s'échelonner sur près de dix ans (128).

L'idée d'une agilité organisationnelle a donc intérêt à se muer en pensée de l'« agilité collective » (166), car c'est en dernière analyse grâce à leurs employés que les organisations sont agiles (128). Si un établissement dont la culture est agile peut agir et maîtriser rapidement un changement grâce à sa capacité d'adaptation, d'innovation et d'apprentissage, c'est en effet avant tout parce que les professionnels deviennent des apprenants agiles et motivés, capables de s'adapter rapidement aux changements et ouverts aux idées nouvelles (102). La notion d'agilité vise à favoriser un modèle soutenable en contexte incertain ; ainsi, organisations publiques comme privées ont intérêt à gagner en agilité pour garantir leur survie et leur développement durable (166). ■■

► Agilité collective : le rôle du management

L'agilité n'est pas le seul nom donné à ces pratiques de flexibilisation des équipes dans des contextes de travail changeants. La figure des « équipes hautement fiables » apparaît aussi dans la littérature, celles-ci étant décrites comme capables de s'auto-organiser et d'utiliser une hiérarchie des compétences en complément de leur hiérarchie formelle. Cette deuxième hiérarchie, plus fonctionnelle, se développe dans les entreprises lorsque les relations de travail deviennent transversales. Elle consiste à confier la prise de décision aux professionnels qui sont les plus compétents pour le faire en privilégiant, comme dans les processus agiles, l'obtention d'un résultat donné à la formalité des moyens utilisés, toujours suivi par un debriefing systématique servant de levier d'apprentissage pour les professionnels (57).

La maîtrise et le développement de la pratique de gestion du changement et de l'agilité organisationnelle passent donc bien par un processus évolutif misant sur le développement de compétences organisationnelles

et de nouveaux rôles managériaux (128), d'autant que l'auto-organisation des équipes est l'un des facteurs majeurs de réussite des projets réalisés en mode agile : la hiérarchie des compétences permet la prise de décisions au niveau opérationnel (58), ce qui accroît la vitesse de la résolution de problèmes et la pertinence des solutions trouvées (98).

L'agilité au niveau d'une équipe repose sur trois équilibres principaux (98) :

1. La garantie de leur autonomie passe par un équilibre entre liberté d'organisation octroyée par les échelons hiérarchiques supérieurs et responsabilité de la qualité du produit ou service rendu, qui leur donne un pouvoir concret. Ces équipes gèrent leur implication dans le travail, leur management, leur évaluation et leur amélioration au cours des étapes du travail, et le leadership est une fonction partagée (147) ;
2. Le partage optimal des connaissances passe par

un équilibre entre le croisement des compétences et la spécialisation. Les membres de l'équipe valorisent l'excellence technique de leur spécialité mais acquièrent également une vue d'ensemble du projet lorsqu'ils comprennent le sens du travail de leurs collègues : ils sont alors plus à même de coopérer et d'apprendre de nouvelles compétences. La formation interprofessionnelle apparaît comme l'un des terrains possibles de construction de cet équilibre (166) qui passe également par une bonne communication entre les membres (147) ;

3. L'incitation au dépassement de soi passe par un équilibre entre apprentissage continu (*double-loop learning*) et pression temporelle. Les professionnels s'évaluent en permanence en vue de s'améliorer (feedback) (147), tout en gardant à l'esprit la mécanique des cycles courts que constituent les itérations.

De nombreuses études rapportent les effets positifs de cette organisation du travail en équipe, mais relèvent que le risque d'échec existe lorsqu'elles ne sont pas soutenues et accompagnées par les échelons supérieurs de la direction ; par ailleurs, autonomie d'équipe et autonomie individuelle ne vont pas forcément de pair, la seconde pouvant menacer la cohésion de la première (26, 147).

► L'agilité et son implémentation

L'adoption par le secteur de la santé de modèles provenant des chaînes de production de biens et de services ne va cependant pas de soi : outre qu'il est impossible de mécaniquement transférer les modèles du second au premier, il est important de reconnaître que la production de services dans le champ de la santé est caractérisée par la nécessité de personnaliser au mieux les soins, dans un environnement cependant bien plus incertain et imprévisible que celui de la production de biens industriels (104, 182).

La question de l'implémentation des nouveaux processus organisationnels en santé donne par ailleurs souvent lieu au même constat : malgré de la recherche de bonne qualité, les innovations sont difficiles à appliquer telles quelles, ou sont d'une efficacité réduite sur le terrain (182). Plusieurs explications se combinent pour expliquer ce phénomène : tout d'abord, comme beaucoup de projets d'implémentation idéalisés, une intervention destinée à améliorer le travail d'équipe peut vite devenir formalisée, hiérarchique et prendre une tournure descendante (80, 81) ; ce glissement se double parfois d'une difficulté de la hiérarchie à se départir d'un fonctionnement descendant pour adopter l'agilité, pouvant résulter en des rétentions d'informations (166) voire encourager des comportements de « chasse gardée », classiques dans les organisations bureaucratiques (102).

Dans les services de soins, voire les services administratifs des hôpitaux, l'intégration des « usagers » (patients mais aussi professionnels) dans le processus de changement implique au contraire de prioriser et de

Kitzmiller *et al.* (121) remarquent cependant que beaucoup de professionnels du management de projet travaillent encore en cascade (*waterfall*) avec des programmes d'implémentation très détaillés qui échouent souvent à s'adapter aux changements au long cours. L'hypothèse principale de ces auteurs est assez forte pour être soulignée : les professionnels de santé sont déjà « agiles » dans leur façon de proposer des soins personnalisés et de haute qualité à leurs patients. Ainsi, les prescriptions des modèles agiles ne feraient qu'imiter les modalités particulières de collaboration et de coordination des équipes de soins - par ailleurs remarquées dans la littérature (163) - basées sur un développement des programmes de soins par boucles itératives (analyse, décision, feedback, reprise, changement de cap). Du point de vue des valeurs, les auteurs rappellent qu'être agile, selon les termes mêmes du Manifeste, signifie que les individus et leurs interactions sont plus valorisés que le respect des processus de fabrication traditionnels, et soulignent que ces qualités particulières ressemblent structurellement à l'esprit du métier infirmier. Tout l'enjeu, face à l'agilité déjà présente sans être nommée dans les services, serait alors de former les managers non-cliniciens à adopter des démarches projet en adéquation avec un milieu plus flexible qu'il n'y paraît. ■■

s'ajuster à leurs besoins. Cet ajustement, sous la forme d'allers-retours rapides et fréquents entre le modèle proposé et la pratique, permet une implémentation non-linéaire du changement, écarte les possibilités d'arbitraire, redonne du pouvoir et de la latitude aux équipes par la pratique du feedback et contribue ainsi à réduire les efforts de planification (81). La collaboration entre les parties prenantes (gestionnaires et équipes notamment) dès la phase de design de l'innovation se distingue par conséquent des dispositifs de négociation propres à la gestion des conflits.

L'agilité, là encore, est désignée comme un cadre d'analyse et de travail permettant l'implémentation de nouveaux processus de travail même dans la santé (121), en ce qu'elle s'appuie sur une collaboration étroite entre les promoteurs de l'innovation (administrateurs) et ses utilisateurs principaux (soignants) prompte à générer une adhésion forte (166), et surtout sur des cycles d'itérations courts (81). Le mode agile, selon Céline Barreil, « apporte une toute autre philosophie : celle du « faire avec », de la co-construction du changement au fur et à mesure qu'il se dessine [...] les destinataires/bénéficiaires et parties prenantes/communautés peuvent réellement collaborer, expérimenter, tester, innover et inverser les comportements les plus appropriés pour répondre à un objectif stratégique et aux bénéfices du changement » (166). Le changement, en somme, se construit avec les membres de l'organisation, étant entendu qu'elle doit pour ce faire sélectionner des membres particulièrement motivés (121). ■■

► Agilité et performance

Les résultats de plusieurs études montrent une augmentation de la productivité lors de l'introduction d'une méthode agile, notamment pendant les premières itérations (au plus fort de la courbe d'apprentissage), de l'ordre de 40% (75), même si leurs effets en termes de performance dépendent autant de leur propre capacité à organiser leur travail que du contexte dans lesquelles elles évoluent (contexte organisationnel de l'établissement, échelle et modalités d'implémentation de l'innovation organisationnelle) (147). Par ailleurs,

► Le Magnet hospital, un hôpital agile et apprenant

Le concept d'hôpital magnétique est d'un intérêt tout particulier dans le champ des nouvelles modalités d'organisation des établissements de santé. Ses cinq piliers ont été définis par l'*American Nurses Credentialing Center*, institution dévouée à l'attribution du label Magnet aux hôpitaux américains : leadership transformationnel, *empowerment* structurel, pratiques professionnelles exemplaires, création, acquisition et partage de connaissances nouvelles, recherche de l'innovation et de l'amélioration évaluées par des résultats empiriques (8).

Un parallèle peut être dressé entre la transposabilité des organisations apprenantes ou du changement agile du privé vers le public et la transférabilité du mode de management magnétique des hôpitaux américains aux hôpitaux français. Les changements que tous ces modèles introduisent dépendent en effet profondément du contexte d'implémentation, face auquel les solu-

l'auto-organisation des équipes peut avoir un effet négatif sur la performance lorsque les professionnels prennent individuellement une autonomie trop grande (147) : cela s'explique entre autres par la spécificité des organisations de santé, dont les agents (infirmières, médecins, paramédicaux) sont particulièrement interdépendants les uns des autres dans le processus de soin (200). ■

tions proposées gagnent à être ascendantes, flexibles, locales et axées sur le développement personnel des individus (84, 189).

Elaboré pour et par des soignants, le concept Magnet réconcilie qualité de vie au travail, performance organisationnelle et qualité des soins (116, 189), car le fonctionnement fluide et flexible des hôpitaux magnétiques favorise une réduction des durées de séjour ainsi que du recours aux soins intensifs et des coûts accessoires occasionnés par des dysfonctionnements internes (36). En promouvant l'autonomie et la participation des soignants (189) et en leur donnant du pouvoir d'agir (167), il n'est pas sans lien avec le modèle de l'agilité, qu'il permettrait d'élargir à un niveau plus systémique que celui de quelques services (142), étant entendu que l'implémentation d'un changement doit toujours être soutenue par l'organisation dans sa globalité ; basé sur le développement des compétences des

individus à l'hôpital et grâce à l'hôpital, notamment par la formation continue (8), il offre une traduction sur-mesure au modèle de l'organisation apprenante ; engageant à un management par la reconnaissance et la valorisation du travail bien fait (36), il ouvre un cercle vertueux de loyauté entre les soignants et leur établissement de rattachement qui permet d'éviter le turnover et la perte de performance associée (142).

L'hôpital magnétique n'a pas vocation à être normatif (189), ce qui le distingue de certains autres courants de transformation des organisations ; il est un exemple sans être un modèle (142). Sa capacité d'attractivité et de rétention des professionnels repose essentiellement sur un management par les valeurs et les perceptions partagées, répondant à l'impératif de réorganisations soutenues par l'organisation mais prenant en compte les contraintes des territoires et des environnements de travail (72). Les cinq piliers de l'ANCD peuvent ainsi être complétés et précisés : les pratiques professionnelles et le leadership font preuve de bienveillance (care) vis-à-vis des patients comme du personnel, l'empowerment donne de l'autonomie dans un cadre organisé par des normes professionnelles mais passe aussi par la valorisation des professionnels et la formation continue (36), la complémentarité des actions administratives/médical/soignant visant la responsabilisation et la coopération, dans un climat de confiance et de soutien (36, 72, 188). Enfin, l'exemplarité et la recherche d'innovation vont toujours dans le sens de la satisfaction de l'usager et de la qualité des soins qui lui sont prodigués – « la dimension clinique transcende », selon les mots d'Yvon Brunelle, car le sentiment de faire du bon travail est le premier facteur d'attractivité des hôpitaux magnétiques (36).

Afin d'opérationnaliser cet ensemble de valeurs, nous reprenons les recommandations formulées par Matthieu Sibé et David Alis (189) au sujet des processus RH que le passage à l'hôpital magnétique implique de réformer :

- la politique de recrutement doit veiller à sélectionner des professionnels qualifiés et motivés en nombre suffisant, dont il faut favoriser l'intégration, par exemple par le mentorat ;
- la politique de formation doit soutenir activement les besoins de qualification des agents, et plus particulièrement de l'encadrement de proximité qui doit bénéficier de formations au management. L'animation de séminaires grâce aux ressources internes de l'établissement et l'interaction active avec le milieu de la recherche sont souhaitables,
- la politique de rémunération doit trouver des mesures de reconnaissance qui encouragent l'innovation ;
- la politique d'amélioration des conditions de travail doit porter le souci du bien-être des professionnels dans le travail et en dehors (espaces de détente, pause-santé, accès à une cafétéria, services de conciergerie, garderies, aide au transport, flexibilité des horaires) ;
- la politique de responsabilisation et de développement des compétences des managers (chefs de services, cadres de santé, mais aussi les médecins) doit mettre en valeur l'importance du collectif par l'ouverture d'espaces de discussion sur le travail et développe le sentiment d'efficacité des soins.

Plusieurs de ces recommandations sont à la frontière entre gestion des établissements et management des ressources humaines ; dans la mesure où le style managérial et les relations avec l'encadrement sont des prédicteurs efficaces de la qualité de vie au travail des soignants (91), il importe donc de s'intéresser au niveau micro des interactions humaines dans les services, à travers le prisme du travail collectif et du management des équipes. ■

FOCUS SUR... LA RECHERCHE-ACTION

Outre le constat que les individus et les équipes de soins pratiquent parfois l'agilité sans utiliser ses principes comme cadre théorique explicite, il semble que l'approche agile en santé puisse être rapprochée d'une démarche de recherche-action au niveau local. En effet, toutes deux proposent de mettre en valeur la capacité d'un groupe à générer et partager ses connaissances dans un esprit collaboratif, dans le but de trouver des solutions pragmatiques à des problèmes persistants mais aussi de comprendre un phénomène organisationnel complexe : celui de la pratique interprofessionnelle en santé (102).

Ainsi, les démarches de recherches participatives fondées sur le dialogue, et en premier lieu la recherche-action, pourraient être d'efficaces leviers de changement et d'amélioration de la qualité de vie au travail (76, 109) en favorisant la participation des professionnels (192) et l'apprentissage continu par itérations et feedbacks. La création de centres de recherches en soins dans les hôpitaux pourrait par exemple faciliter la propagation du modèle Magnet, pour peu que ces centres fassent l'objet du recrutement de chercheurs expérimentés avec, si

possible, de l'expérience en administration (111, 142).

Le principe de la recherche-action permettrait également de combler un manque dans les études en sciences de gestion et du management tant anglo-saxonnes que françaises (à de rares exceptions près (23, 156)) : celui de protocoles d'observation du travail clinique, afin de compléter, préciser et adapter les modèles théoriques des schémas cognitifs partagés au contexte spécifique de l'activité de soins (78) et de favoriser l'interprofessionnalité entre médecins et administrateurs.

Trois limites sont cependant d'emblée repérables : premièrement, la motivation des travailleurs à participer à ce type de recherches ne doit pas être prise pour acquise (192). Deuxièmement, en se concentrant sur la rapidité des itérations et l'opérationnalité immédiate du paradigme, cette démarche pourrait perdre en précision scientifique (81) ; troisièmement, les applications de démarches de recherche-action inspirées de l'agilité pour implémenter des changements à l'échelle d'une grande organisation ne sont pas encore légion dans la littérature disponible (173).

LE BESOIN DE COLLABORATION EN SANTÉ. COMPRENDRE LES ÉQUIPES DE SOINS, OUTILLER LES ENCADRANTS

FOCUS SUR... LA QVT CHEZ LES DIRIGEANTS ET LES CADRES

Rares sont les études qui s'intéressent au burnout chez les dirigeants et les cadres des hôpitaux, alors même que les réformes du monde de la santé et les coupes budgétaires ont un impact sur leurs conditions de travail (77) et les exposent parfois aussi fortement que les équipes cliniques à de la maltraitance organisationnelle (95). Les encadrants sont appelés à intervenir dans la prévention des risques psychosociaux mais y également sont eux-mêmes confrontés, notamment lorsque leurs capacités psychiques d'adaptation sont restreintes (52, 68, 161). Surinvestis et mis dans des positions d'intermédiaires entre tous les

acteurs présents (162), ils n'osent cependant pas nécessairement parler de leurs difficultés (52, 53), et notamment de leur sentiment de manque d'autonomie face aux réformes (95). Si le manque d'études rend ainsi difficile la prescription de solutions spécifiques pour ces professionnels, les recherches existantes amènent à postuler que les solutions développées pour les équipes soignantes – espaces de discussion, formations interprofessionnelles, participations à des recherche-actions – sont tout aussi pertinentes pour les professions administratives, même s'il en est moins fait mention dans la littérature.

Les processus de collaboration sont reconnus dans la littérature comme un facteur important pour la qualité de vie au travail, mais aussi pour la performance et la compétitivité des organisations. La collaboration implique notamment la communication, le partage des connaissances et l'apprentissage interprofessionnel, grâce auxquels les organisations peuvent innover, améliorer leurs processus décisionnels et réduire leurs coûts en diffusant les bonnes pratiques (165). Cette modalité d'articulation est nécessaire pour les équipes de soins, dont l'activité n'est réellement efficiente que lorsqu'elle est collaborative (34) – que ce soit dans le partage des tâches ou dans des modes d'exercice collectif (48) – mais concerne aussi les rapports entre médecins et administrateurs d'hôpitaux (54), qui gagneraient pour les premiers à comprendre les ressorts économiques de la gestion des hôpitaux, pour les seconds à plus fortement orienter leurs décisions dans l'intérêt du patient (34). Si la question de l'exercice collectif semble sinon simple, en tout cas plus intuitive pour les équipes de soins (121) que pour

d'autres professionnels, la question des transferts de missions soulève de fortes résistances, car elle s'attaque aux identités professionnelles (48).

Dans un premier temps, il semble que c'est à la culture organisationnelle des hôpitaux qu'il faudrait pouvoir toucher, car le développement d'une culture collaborative serait à même de générer des solutions nouvelles aux tensions entre les points de vue économique et clinique. Ainsi, selon Madeleine Estryn-Béhar, « l'attention que les décideurs doivent porter aux conditions de la construction des collectifs de travail est au cœur de la gestion des ressources humaines » (76). D'autres auteurs relèvent quant à eux que tout changement de culture organisationnelle, autrement dit toute modification des principes fondateurs d'un établissement, ne peut se faire que par une modification de l'état d'esprit des managers et cadres (34) : ainsi l'état d'esprit collaboratif a-t-il grandement à voir avec des pratiques managériales spécifiques qu'il s'agira ci-après de circonscrire.

► Le travail d'équipe, clé de voûte d'une organisation durable

LES RAISONS DU TRAVAIL D'ÉQUIPE

① L'équipe de soins apparaît comme le concept clé des réorganisations des établissements de santé voulues par les pouvoirs publics (176), car le travail en équipe est un facteur indépasseable de la performance des organisations de santé (106, 184). Le fonctionnement par équipes apporte en effet une reconnaissance existentielle aux soignants (76), avec des effets bénéfiques sur la qualité et la sécurité des soins (135, 202, 208), la réduction des erreurs médicales, la répartition de la charge de travail ou encore la diminution du risque de burnout chez les professionnels (51, 202). Autrement dit, s'intéresser à la QVT des soignants et à la performance des établissements de santé implique de définir précisément ce qui fait équipe, ce qui détermine leur efficacité et leur performance ainsi que les facteurs de réussite du travail d'équipe, et parmi eux les compétences organisationnelles et relationnelles déployées par les professionnels (78, 84).

② Les équipes peuvent être définies en fonction de leurs interactions sociales formelles et informelles (74), l'interdépendance des expertises de ses membres nécessitant une forte coopération interprofessionnelle (39, 45), une certaine autonomie et un pouvoir d'agir sur les décisions (196) ainsi que des valeurs, objectifs, identités, comportements et modèles mentaux partagés (45, 78, 104, 123, 135, 140, 145, 176, 177, 184, 204, 208), des rôles et responsabilités clairement définis sans être pour autant rigides (51, 104, 133, 157, 159, 176, 184, 186, 196), des sentiments de confiance, de respect, de reconnaissance et d'acceptation (74, 159, 186).

③ Plusieurs modèles d'équipe existent : elles peuvent être auto-gérées (44), basées sur la polyvalence ou la complémentarité des travailleurs, utilisées comme des outils de résolution de problèmes temporaires (197). Au-delà de cette apparente diversité, les caractéristiques des équipes qui fonctionnent et les dispositifs à même de maintenir ce bon fonctionnement font l'objet d'un fort consensus dans la littérature.

CE QUI FAIT ÉQUIPE

① Il importe de distinguer la réalisation des tâches (taskwork) de la façon dont elles sont réalisées dans l'équipe (teamwork) (104, 184). Le taskwork se réfère au travail prescrit des professionnels : tous ont des tâches spécifiques à réaliser dans le cadre du processus de soin, pour lesquels ils n'ont pas toujours besoin des autres membres de l'équipe (183). Le travail prescrit est donc l'application individuelle, autant que faire se peut, de la division du travail à l'hôpital : il détermine pour partie, mais

pas totalement, le travail réel des professionnels. La maîtrise des aléas entre travail prescrit et travail réel des soignants a été au centre des préoccupations organisationnelles, puisque de cette maîtrise dépend la réalisation des objectifs des services. Elle a pu éclipser les problématiques propres au travail d'équipe, qui déterminent pourtant le succès ou l'échec des actions entreprises lorsque celles-ci requièrent les interventions conjointes de plusieurs professionnels (183, 184). La performance d'équipe repose majoritairement sur la qualité du collectif de travail, qualité qui dépend de fonctionnements cognitifs, attitudes et comportements spécifiques (183), entre autres la fiabilité de chaque professionnel à produire les résultats escomptés en temps et en heure, sa capacité à être un membre constructif de l'équipe aidant celle-ci à la réalisation de ses objectifs (146), son expertise et ses compétences techniques et communicationnelles (177), et plus globalement l'élaboration d'une hiérarchie des compétences et des rôles (190). Ces fonctionnements spécifiques relèvent globalement de quatre grands types de facteurs : relationnels (comprenant la socialisation mais aussi les tensions de pouvoir entre professionnels) ; processuels (comme le temps et l'espace qui influent sur le travail réalisé (208)) ; organisationnels (allant du style de direction à la taille de l'hôpital (130)) ; contextuel (comprenant les mouvements politiques, économiques et sociaux plus globaux qui peuvent affecter le travail des équipes) (78, 176, 184).

② Les termes d'équipe soignante et de collectif soignant sont d'ailleurs relativement équivalents (74) : les dimensions du partage et de l'interdépendance des tâches, de la collaboration, de la décision partagée et de la coordination y sont fondamentales. Cette coordination n'est cependant pas sans difficultés, car la forte spécialisation à l'hôpital, la formation professionnelle en silo et la hiérarchie traditionnelle tendent plutôt à la conservation des particularismes et des chasses gardées (51).

③ Les modèles mentaux partagés – sous la bannière desquels se retrouvent une même compréhension des outils de travail (équipements ou technologie), une vision partagée des tâches à accomplir, une conception identique des façons dont l'équipe doit interagir et une même identification à l'équipe en tant que groupe fonctionnel – sont uniformément reconnus comme la clé de voûte de l'organisation cognitive d'une équipe. Ils permettent en effet à chacun de ses membres de prédire, expliquer et comprendre les phénomènes auquel ils sont confrontés, donc de bénéficier d'une connaissance solide de leur environnement de travail qui oriente leurs interactions avec les autres notamment par l'ajustement des comportements à ceux de leurs

collègues (140, 184). Les modèles mentaux déterminent la façon dont fonctionne l'équipe dans ses pratiques quotidiennes et donc sa performance (140).

QU'EST-CE QU'UNE « BONNE » ÉQUIPE ?

- Même si une bonne équipe produit de meilleurs résultats qu'un agrégat d'individus lorsqu'elle nourrit un engagement partagé de ses membres dans le travail (106) et occasionne alors des effets de sagesse collective (185, 190), certains auteurs préviennent qu'une grande convergence des modèles cognitifs des professionnels signifie pas pour autant que ceux-ci sont intrinsèquement bons : une équipe peut collectivement se tromper (140).
- Il s'avère donc que les processus constitutifs d'une équipe performante reposent toujours sur les relations interpersonnelles, la coopération et la communication entre les membres (135, 184), incluant la gestion des conflits, le maintien de la motivation, le management des affects et de la confiance au sein de l'équipe, le partage d'informations et la participation des membres (177), mais aussi l'anticipation et l'analyse des difficultés et l'évaluation régulière de leur performance et de leur fonctionnement (104) afin d'édifier une stratégie globale reposant sur des objectifs clairs.
- Certains facteurs sont prédictifs de l'échec à venir d'une pratique collaborative : un manque de temps pour réunir et stimuler la réflexivité des équipes, un manque de formation (initiale ou continue) interprofessionnelle, la persistance de silos professionnels, une grille salariale qui peine à récompenser la collaboration, des liens ténus entre les pratiques collectives et les objectifs individuels ou encore le manqué d'attention accordée à l'évaluation et à la communication de ses résultats aux différentes parties prenantes, patients inclus (186).
- Parler de l'équipe au singulier pourrait toutefois induire l'idée qu'il existe un seul modèle de travail collectif applicable à tous les contextes de travail et que le travail d'équipe serait une solution universelle aux problèmes de communication. La littérature insiste au contraire sur le fait que ce n'est pas le cas (80, 104, 106 176, 197). Si la recherche propose des concepts qui semblent garantir un bon fonctionnement des équipes ou sont à minima corrélés avec des améliorations de leur performance, comme les modèles cognitifs partagés, l'auto-gestion (44, 109), la communication ou le soutien du management, certains auteurs avertissent qu'une promotion inconditionnelle du travail en équipe serait improductive (176), tant les questions d'équipe ne peuvent être totalement décorrélées de leur contexte d'émergence, notamment leur taille, et nécessitent une connaissance du type de tâches à réaliser et de leur degré d'interdépendance (104, 129).

LUTTER CONTRE LES BARRIÈRES INTERPROFESSIONNELLES ET LA SURSPÉCIALISATION

- Plusieurs études affirment qu'une plus grande transversalité (à l'opposé d'un modèle hiérarchique tubulaire et vertical) pourrait contribuer à améliorer le fonctionnement d'équipe et la satisfaction au travail (15, 197), ou qu'à l'inverse la persistance des barrières interprofessionnelles serait un frein à la pratique collaborative (186, 199). Le travail d'équipe pluri-disciplinaire peut ainsi être utilisé comme un outil pour assouplir les barrières professionnelles et la hiérarchie (26, 134, 141), qui risquent toujours de faire obstacle à toute tentative de changement (51), dans la mesure où elles contribuent à créer des conflits d'intérêts entre corps de métiers surspécialisés et incapables de visualiser l'interdépendance de leurs actions et des problèmes qu'ils ont à résoudre (1, 26, 123, 199, 208).
- La multi-professionnalité étant la règle dans les services de soins et la coopération constituant l'une des valeurs centrales de l'hôpital, l'emphasis sur les modèles cognitifs partagés paraît pertinente. Elle ne doit toutefois pas servir à masquer que les professionnels de santé n'ont ni les mêmes formations initiales ni les mêmes statuts, que leur langage professionnel et leurs orientations théoriques diffèrent, autrement dit que leur vision du soin est déterminée par des expériences très variables qui rend peu probable l'existence d'un seul modèle cognitif partagé dans l'équipe (123, 203). Ces différences culturelles et identitaires entre métiers, résultant en des différences de pouvoir, sont à risque de générer des tensions et des conflits desquels il est important de pouvoir parler (206) : tous les acteurs collaborent certes dans l'intérêt du patient, mais leurs intérêts individuels divergent (65, 176, 197, 208). Cette limite est d'autant plus importante que l'organisation du travail en équipe et les relations qui s'y exercent sont déterminées par l'organisation du service et notamment le pouvoir médical (74, 157).

LA FORMATION INTERPROFESSIONNELLE POUR DES ÉQUIPES APPRENANTES

- Deux éléments convergent pour donner à la formation interprofessionnelle – initiale ou continue – une importance toute particulière dans la constitution d'équipes efficaces à l'hôpital (25, 66, 99, 109, 159, 184, 208) : premièrement, nombreuses sont les études à dénoncer les formations initiales des métiers soignants en ce qu'elles ne poussent pas assez à l'acquisition des compétences relationnelles nécessaires à la performance des équipes interprofessionnelles (100, 104, 114, 208), que sont la communication, la prise de décisions partagée, la clarification des rôles professionnels, la réflexivité, l'intelligence émotionnelle et l'ouverture au changement (25, 45, 93, 164, 191). Les soignants

travaillant en équipe peuvent donc malgré eux perpétuer des façons de travailler et des comportements délétères pour la performance collective (135, 177, 199). Deuxièmement, l'apprentissage continu est considéré comme l'un des piliers d'une équipe fonctionnelle (104, 177) : il doit en effet permettre de questionner les normes et les valeurs des différents acteurs (double-loop learning) (26) pour générer des modèles cognitifs partagés, dans le but d'améliorer continuellement les processus de travail et la performance d'équipe. Cet apprentissage en continu reposant sur le partage des connaissances (99) fait appel à la réflexivité des différents professionnels (202), qui se nourrit d'observations des pratiques et de discussions au sujet du travail (67, 104). Il permet à chacun de pouvoir assumer, si la situation le requiert, un rôle de leader dans le processus de soin (25) : les processus d'apprentissage de chacun bénéficient ainsi à l'ensemble de l'équipe (104).

- Si beaucoup d'études portent aussi sur les entraînements d'équipe, destinés à améliorer leur fluidité d'exécution et de communication et donc leur performance (183, 196), certains auteurs relativisent leur efficacité supposée du fait du manque de preuves tangibles disponibles dans le secteur de la santé (143). Les approches classiques pour l'amélioration du travail en équipe ne suffisent pas dans le cadre des services de soins ; plus encore, ces exercices, notamment lorsqu'ils sont basés sur des simulations, auraient un mauvais ratio coût/avantage s'ils ne sont pas intégrés dans une stratégie de formation du personnel globale et précisément définie (78, 104, 143).

LA RÉUNION, OUTIL FONDAMENTAL DU TRAVAIL COLLECTIF

- La communication et le partage d'informations se déclinent sous différentes formes de réunions : groupe de parole, groupe interdisciplinaire, réunion d'équipe, staff, mini staff, transmissions (74). La discussion sur le travail a cependant une fonction politique reconnue, qui va plus loin que la recomposition des ressources subjectives (thérapie, coaching) ou collectives (groupes de soutien ou de team-building) des professionnels concernés (67).
- À ce titre, tant la HAS que l'ANACT considèrent que la première pierre à l'édifice de la qualité de vie au travail est de favoriser l'expression des personnels de façon démocratique et non-descendante (97), car le manque de temps d'écoute et d'échanges est fortement pointé par les professionnels de santé et constitue un facteur de RPS (66). Les formes de communication privilégiées doivent donc valoriser les contributions de chacun (133) et donner à tous la possibilité de prendre la parole et d'être reconnu (76, 206), quitte à être garanties par un certain nombre de protocoles (208). Si la liberté de parole au sein des groupes d'échange nécessite de mettre

à distance l'autorité hiérarchique, les managers ne doivent cependant pas être exclus de ce type de démarches (4).

- Les multiples espaces de discussion possibles, s'ils sont soutenus par l'organisation et considérés comme faisant partie intégrante du travail d'équipe, représentent un levier efficace de préservation de la santé mentale des soignants en leur offrant le soutien social nécessaire à la poursuite d'une activité stressante. La pérennité de ces temps collectifs augmente le sentiment de reconnaissance, de sécurité et de protection du côté des soignants et évite les risques d'épuisement professionnel. Si les intérêts des différents acteurs mobilisés au chevet du patient ne convergent pas toujours, notamment entre personnels paramédicaux et personnels médicaux, des espaces de discussion bien managés peuvent aider à réduire les éventuels clivages (206).
- En effet, dans la pratique quotidienne seules les transmissions orales, les staffs, les réunions de synthèse hebdomadaire mettent les soignants dans un cadre de communication en face à face, alors que cette modalité d'échange est reconnue comme étant la plus efficace et la plus satisfaisante. Une grande partie de la littérature scientifique s'accorde donc pour dire que les espaces de discussion, débriefings et autres réunions cliniques sont des aides précieuses pour la coordination des comportements des agents (74, 206) mais aussi des modes de médiation fondamentaux des interactions interpersonnelles au sein d'une équipe, et plus largement des opérateurs fondamentaux de la santé et de la qualité de vie au travail (67).
- Les espace-temps de communication les plus importants sont les « staffs » cliniques pluriprofessionnels auxquels assistent tous les professionnels du service, quelle que soit leur qualification : ces staffs sont considérés comme le premier dispositif à mettre en place pour améliorer la participation des soignants, et ce dans tous les services de soins (15, 56). Ces réunions, au cours desquels l'équipe peut reprendre des cas cliniques ou revenir sur des questions éthiques, permettent a posteriori de réinterroger les prises en charge et de proposer des améliorations en identifiant voire en modifiant les normes, les valeurs et les modèles mentaux sous-jacents au travail clinique, engageant ainsi les professionnels dans un apprentissage en continu (double-loop learning) (56, 104) au cours duquel sont trouvés les arrangements et compromis caractéristiques de l'activité des équipes de soins (67). Les débriefings et réunions cliniques améliorent en moyenne de 20 à 25% la performance des équipes (104) : les possibilités de communication en face à face doivent ainsi faire l'objet d'une grande attention lors des réformes des établissements de santé, tant du point de vue architectural que du point de vue des processus et du rythme de travail (67, 176). ■

FOCUS SUR... LES ÉTUDIANTS EN SANTÉ

Si la charge psychologique et affective est reconnue comme étant inhérente à l'activité de soins (70), de nombreuses études françaises comme internationales avertissent que l'environnement de formation et de travail des étudiants en santé, qu'il s'agisse des médecins ou des infirmiers, contribuerait fortement à la dégradation de leur santé mentale (32).

Les étudiants sont en effet souvent en position de repérer les difficultés des services dans lesquels ils sont formés du fait de leur extranéité. Cependant, la validation de leur cursus dépend de l'avis de leurs tuteurs : ils peuvent ainsi avoir tendance à cacher leurs réflexions ou leurs préoccupations afin de ne pas saboter leur carrière, au risque d'affecter leur propre bien-être dans leur formation (82).

Les équipes, de leur côté, ont tendance à préférer la familiarité et éviter les disruptions lorsque leur identité est forte, ce qui peut les rendre réticentes à accepter et intégrer les nouveaux venus (184). À l'inverse, lorsque le collectif de soin est affaibli, par exemple du fait de contraintes extérieures fortes (réformes, coupes budgétaires), l'intégration des nouvelles recrues ou des étudiants est également plus difficile, car la pression exercée sur les soignants engendre un manque de temps pour les échanges, les transmissions ou la régulation des conflits (89). La mauvaise qualité des relations interpersonnelles avec le staff de leur équipe d'accueil est d'ailleurs l'une des sources repérées de stress pour les étudiants en santé (41), qui tourne autour d'une contradiction : alors même que la plupart d'entre eux passent à un moment de leur cursus par des services en manque d'effectifs, dans lesquels ils pourraient s'attendre à ce que leurs contributions soient valorisées, ils rapportent au contraire le sentiment de ne pas y être bienvenus (85).

Les conduites addictives, les dépressions ou troubles psychiatriques et les suicides sont plus fréquents chez les soignants que dans la population générale, et de nombreuses études ont mis en évidence une prévalence importante de burn-out chez les médecins et en particulier chez les internes (198). En 2011, une thèse de médecine étudiant un échantillon de plus de 4000 internes de médecine générale était arrivée à des résultats inquiétants : 46,5% d'entre eux se sentaient menacés par la possibilité d'un burnout, 30,8% étaient victimes d'insomnies et/ou de rêves en lien avec leur travail, « souvent » voire « tous les jours », et 78,5% s'estimaient peu ou pas du tout reconnus à leur juste valeur de manière générale dans leur cursus.

Les résultats de la dernière enquête à l'échelle nationale conduite par l'InterSyndicat National des Internes (ISNI) en 2017 indiquent quant à eux que 66,2% des médecins actuellement en formation - toutes spécialités confondues - présentent une symptomatologie anxieuse, contre 26,1% dans la population générale. Pour la dépression, ces chiffres sont de 27,7% contre 10,1% respectivement (112) ; 21% des arrêts maladies chez les étudiants en médecine sont d'ailleurs liés à un trouble psychique (152). Ces résultats sont congruents avec les recherches récemment réalisées aux États-Unis, qui montrent que la prévalence

du burnout est plus forte chez les étudiants en médecine que dans la population générale alors qu'ils commencent globalement leurs études avec des indicateurs de santé mentale meilleurs (32, 179). Cet épuisement émotionnel caractérisé est fortement associé à un sentiment de surcharge de travail, facteur déjà identifié dans plusieurs études, une sensation de ne pas avoir assez de temps pour soi, son entourage ou pour sa formation, ainsi que le manque de congés (198). Si les internes sont théoriquement sous la responsabilité d'un médecin senior, ils se sentent trop peu encadrés et dénoncent l'insuffisance d'aide et de soutien institutionnels (66) - selon le baromètre Obéa-FHF, 75% des directeurs d'hôpitaux disent ne pas avoir signé la charte d'accueil des internes à l'hôpital, même si des actions sont lancées pour améliorer leur intégration (journées dédiées, accueil par le responsable de service...).

Le constat est le même pour les étudiants infirmiers : selon une étude publiée par la FNESI en 2015, 44,61% des étudiant-e-s étaient d'accord avec l'affirmation « la formation est vécue comme violente dans la relation avec les équipes encadrantes ». Le défaut d'encadrement, les jugements et le rejet des encadrants sont prompts à accroître le sentiment d'isolement, et 41% des étudiants pensaient ainsi « parfois » ou « régulièrement » à arrêter leur formation, avec pour premier motif ce qu'ils repéraient comme des « pressions en stage ». Ils étaient également presque 40% à dire ne pas pouvoir s'exprimer librement dans leur IFSI (110), ce qui pourrait expliquer que les abandons en cours de cursus représentent encore aujourd'hui 15% des effectifs des instituts de formation (76).

Pour les étudiants en santé et les internes comme pour les professionnels en poste, il existe un lien significatif entre la mauvaise qualité des interactions avec le(s) senior(s) et l'augmentation de la prévalence de l'épuisement professionnel (70) ; à l'inverse, le soutien des pairs et des supérieurs hiérarchiques et les temps d'échange sont toujours des facteurs protecteurs contre les RPS et notamment contre les problèmes de santé mentale (70, 112).

En réalité, malgré la spécificité en termes de charge émotionnelle des cursus des étudiants en santé et des internes par rapport à d'autres disciplines, un consensus semble se dégager autour du fait que leur malaise n'est pas déconnecté du malaise des professions de santé dans leur globalité (152), du fait d'un contexte hospitalier vécu comme particulièrement difficile et stressant par les équipes de soins. Si les études suggèrent ainsi de mettre en place des actions spécifiques à destination des étudiants (respect de la réglementation sur les heures de travail, meilleure structuration de l'accueil, formation à la pédagogie des encadrants, désignation de tuteurs, mise en place de groupes de parole, aide au repérage des personnes ressources...), il semble que l'amélioration de la QVT des soignants eux-mêmes, et donc de l'ambiance des services, apparaisse comme une partie importante de la solution au problème des effets délétères des formations de santé.

► Management en santé : quels spécificités et quels outils ?

UN MODÈLE DE MANAGEMENT AD HOC : LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Une étude réalisée sur 47 services de cancérologie montrait en 2014 que les principales difficultés perçues par les cadres de santé étaient le manque de reconnaissance professionnelle (47,6 %) et de collaboration entre professionnels (47,6 %), mais également le manque de staffs pluriprofessionnels (43,2 %) et le manque de formation continue (42,2 %) (149). Au milieu des nombreux modèles anglo-saxons plutôt portés sur la cognition collective - au risque de passer à côté des conflits professionnels -, le modèle français de la démarche participative, issu des soins palliatifs et élaboré par le Pr Philippe Colombat et son équipe au début des années quatre-vingt-dix, semble ainsi particulièrement porteur.

Le principe de départ de la démarche palliative, plus tard renommée démarche participative, est de considérer l'absentéisme, le burnout et les erreurs médicales comme des symptômes d'une souffrance liée à l'intensité émotionnelle du travail (15). Partie d'une préoccupation plutôt axée sur les risques psychosociaux, cette démarche clinique visant à faire de l'environnement même du travail l'outil de traitement primordial de la souffrance a donné naissance à un modèle de management participatif d'équipe d'abord reconnu officiellement dans le cadre de la fin de vie - la démarche participative étant obligatoire dans ces services depuis 2008 (169) - puis dans d'autres spécialités traitant des pathologies chroniques, comme l'oncohématologie. Si la démarche participative et ses valeurs ont sans aucun doute inspiré les grands principes du Pacte de Confiance à l'hôpital (59), il est toutefois important de souligner que la place centrale des réunions pluriprofessionnelles non-hiérarchiques, du pouvoir de décision partagé et du soin porté à l'ambiance des services avait déjà été théorisée par de nombreux psychiatres français dès les années 60/70 sous le vocable de « psychothérapie institutionnelle » (60).

Les quatre piliers de la démarche participative, que sont les réunions (« staffs ») pluri-professionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la démarche projet (56, 149, 169), ont l'avantage d'être conceptuellement accessibles et facilement opérationnalisables. Les valeurs d'équipe promues par la démarche participative - respect, reconnaissance, responsabilité, cohérence, communication, complémentarité, confiance, coordination, coopération, concordance, concertation et collaboration - sont par ailleurs proches tant du modèle des Magnet Hospitals (2) que des résultats des recherches anglo-saxonnes sur les leviers psychologiques de la performance des équipes (184).

Les styles de management traditionnels, plutôt directifs ou axés sur la persuasion, peuvent

être sources de diminution de la qualité de vie au travail au travers du manque de communication transparente et de reconnaissance (55). Le style managérial promu par la démarche participative repose au contraire sur la création d'une ambiance permettant l'échange, une amélioration et une responsabilisation des acteurs : « directeur, conseil de direction, pôles, fédérations et départements, services, unités et équipes. Ce principe doit irriguer la conception des outils, la diffusion et le partage de l'information, afin de favoriser la transparence » (56). La démarche participative est par essence délégative, puisqu'elle repose sur la confiance en une équipe intrinsèquement motivée qui respecte les règles et les objectifs fixés par un management conçu comme une fonction support pour des équipes auto-gérées (55).

UNE ÉTHIQUE SPÉCIFIQUE : LE CARE

Beaucoup d'études actuelles dans le monde du soin s'intéressent à l'« ambiance » des services, définie comme un paramètre organisationnel influençant l'efficacité du leadership (55, 187), ou comme un climat ou un environnement de travail propice au développement personnel des individus dans l'organisation (11, 74, 103, 145). L'idée d'une gestion ad hoc des hôpitaux, autrement dit d'un paradigme organisationnel sur-mesure pour les établissements de santé, revient régulièrement à travers la proposition de faire du care un modèle institutionnel régissant non plus seulement les relations des soignants aux patients, mais aussi les relations des soignants entre eux (27, 33). Nous reprenons ici le modèle de Miremont et Valax (146) sur les quatre niveaux du care dans le management à l'hôpital : « Nous avons décrit quatre niveaux de manifestations du care au sein du management. Le premier niveau correspond à celui de la personne, avec un « care about » qui soit attentif à l'autre en tant qu'être singulier. Le deuxième niveau professionnel est un « care about » centré sur les compétences mais également les talents individuels dans une perspective de développement, d'épanouissement et de mise en synergie vers les objectifs à atteindre collectivement. Le troisième niveau est un prendre soin de l'intégration et de la socialisation de chacun au sein de l'équipe. Enfin le quatrième niveau vise l'attention toute particulière à permettre à chacun de s'impliquer, en regard de ses compétences et de ses talents personnels, dans les projets institutionnels à la recherche du juste et fort engagement de chacun (146) ». Cette éthique managériale, définie comme une culture organisationnelle poussant les professionnels à prendre autant soin d'eux-mêmes et de leurs collègues que de leurs patients (34), améliorerait la QVT des soignants (33) en contrecarrant les effets néfastes de l'intensification du travail. Le care offrirait également une alternative durable

au Nouveau Management Public (146). Ce corpus théorico-pratique est ainsi plébiscité chez les professionnels de santé, qui voient en lui une façon de réintroduire de l'humain dans le soin et dans la gestion (33, 125) et plus largement de redonner du sens à leur travail (194).

**UN ASPECT CENTRAL DE TOUTE
AMÉLIORATION DE LA QVT : LE LEADERSHIP
TRANSFORMATIONNEL**

Les études menées sur le paradigme de la démarche participative ou le care mettent en avant son impact positif sur la QVT des soignants, leur satisfaction et leur engagement dans le travail (15, 127). La littérature internationale montre plus précisément que ces effets bénéfiques de la participation des employés sur leur QVT et à terme leur performance individuelle et collective sont déterminés par l'exercice d'un leadership transformationnel en tant qu'il soutient l'autonomie des soignants, accroît leur sentiment de justice organisationnelle et booste leur intelligence émotionnelle et leur sentiment d'efficacité personnelle (4, 118, 127, 154, 195).

- En effet, l'attachement d'un individu à une organisation, la perception de son propre impact social et son niveau de stress au travail sont dépendants de la qualité des relations qu'il développe avec ses pairs (43), elle-même dépendante du style de leadership adopté dans le service ou dans l'équipe. Or toutes les études, qu'elles soient conduites dans un contexte soignant ou non, affirment une corrélation significative entre le leadership transformationnel, entendu comme un style de management responsabilisant les agents (101), et l'amélioration de la qualité de vie au travail (118). Ce type de leadership permettrait en effet de satisfaire les besoins psychologiques de base des professionnels (communiquer, pouvoir exercer une autonomie dans son domaine de compétences, se former, être reconnu et valorisé, être soutenu dans les moments difficiles) (15) ; en améliorant ainsi leur QVT, il renforce concomitamment leur attachement à l'organisation et augmente leur performance au travail (56).
- Ce leadership peut être vu comme une forme de « lâcher-prise » managérial, par opposition à un contrôle plus directif et hiérarchisé (109). Loin de signifier l'absence de management, le style transformationnel place au contraire les encadrants dans un rôle de soutien au développement professionnel et personnel de leurs collaborateurs (4). L'intérêt d'un management en fonction de support et non de direction est d'induire une responsabilisation et un engagement au travail des soignants plus fort, notamment grâce à un renforcement du sentiment de justice organisationnelle (56) – comprise comme la façon dont ceux-ci se sentent traités par l'organisation (91)) – à travers une participation effective de tous les professionnels à la prise de décisions (135, 146), afin d'éviter l'arbitraire (84,

106). La fonction de direction est ainsi partagée entre les professionnels (34, 60, 146) et chacun peut avoir une influence sur la processus décisionnel grâce aux temps d'échange collectifs. Le leadership transformationnel enclenche par ailleurs un cercle vertueux d'apprentissage continu par la pensée analytique et la remise en question des modèles mentaux de chacun (106) : les managers exerçant ce type de leadership ont donc un effet positif sur le bien-être de leurs employés en ce qu'ils renforcent leur sentiment d'exercer un travail qui a du sens (43).

- Un certain consensus se dégage donc de la littérature : le leadership transformationnel permettrait de conforter le sentiment de justice organisationnelle et interactionnelle des professionnels. Gagnant en autonomie et en reconnaissance, ces mêmes professionnels s'engageraient de façon plus importante dans leur travail (117), avec un effet sur leur performance individuelle et collective, autrement dit sur la qualité des soins et donc sur la satisfaction des patients (91). Le management participatif peut cependant se heurter à des difficultés : premièrement, certaines auteurs ont souligné que ce type de leadership n'est pas inconditionnellement efficace (19) : il fonctionne mieux avec des professionnels caractérisés par leur motivation de service au public. Deuxièmement, ce type de management ne peut s'appliquer qu'à des groupes finis et relativement restreints, au maximum de la taille d'un service (17, 169) : au niveau d'un établissement, cette démarche doit être soutenue par un projet GRH plus large. Troisièmement, la mise en place d'une démarche participative prend du temps, demande un esprit d'expérimentation et de l'énergie, notamment pour décoder et analyser ce qui apparaît sous la forme de résistances au changement (17). Ces difficultés expliquent probablement que ce modèle, quoique facilement opérationnalisable, se soit encore peu développé au-delà des soins palliatifs ou des pathologies chroniques (7, 169).
- Dans les années 2000, les recherches sur les restructurations hospitalières ont convergé autour d'un constat : dans les discours sur la productivité et l'efficacité à l'hôpital, les questions d'emploi, de travail et d'activité n'ont pas constitué un enjeu central. En effet, les débats qui ont accompagné les réformes hospitalières se sont beaucoup focalisés sur la qualité et la sécurité des soins, mais surtout sur la maîtrise des dépenses (89). Cette concentration sur la gestion économique est toujours d'actualité, puisque la maîtrise de la masse salariale et des coûts apparaît aujourd'hui comme la première préoccupation de 80% des directeurs d'hôpitaux, qu'ils considèrent comme l'enjeu principal de la fonction RH (77) ; 92% de ces mêmes professionnels indiquent également que ce sont les contraintes budgétaires et économiques qui les incitent en priorité à faire évoluer leurs pratiques.
- La gestion des ressources humaines se voit souvent reprocher son seul point de vue quantitatif,

en termes d'effectifs et non de compétences, basé sur l'hypothèse d'une relative interchangeabilité des soignants (30) perçus comme des facteurs de production des soins qu'il s'agit d'économiser (89). La mise sous tension des effectifs soignants résulte cependant aussi des vacances de postes non pourvus ; si la délégation des tâches, le transfert de compétences ou la formation permettent d'y remédier en réaffectant la main d'œuvre, la demande accrue de mobilité au sein des pôles et le manque de reconnaissance que les professionnels ressentent sont générateurs d'insatisfaction au travail et de perte de motivation, créant un environnement propice à l'absentéisme (30) et plus globalement favorable au développement des risques psychosociaux (66). La disponibilité des ressources humaines et les compétences des travailleurs sont certes essentielles, mais pas suffisantes pour garantir la performance des organisations de santé : en réalité, l'efficacité des réformes est drastiquement dépendante de la motivation et de la satisfaction des professionnels au travail (136, 167).

- Les études de l'impact des réformes sur les professionnels de santé mentionnent l'évocation fréquente par les agents des nouvelles contraintes pesant sur les établissements, qui sont considérées comme des facteurs de détérioration des conditions de travail (30) : intensification des rythmes ou de la

charge de travail, réaffectation des personnels en fonction des besoins, recherche de flexibilité dans la gestion de la main-d'œuvre, gestion plus serrée des plannings... Cet ensemble d'impératifs, parfois paradoxaux, demandant aux soignants de faire mieux avec moins (167) interroge la soutenabilité des réformes, qui semble se heurter au problème de la qualité de vie au travail des soignants (89). A la question du caractère soutenable ou durable de l'organisation du travail vient aussi s'ajouter le problème des processus d'implémentation et de mise en œuvre des réformes dans le secteur public, qui ne font pas toujours sens pour les acteurs de terrain (7, 124) voire les inquiètent (77), d'autant plus qu'elles occasionnent une augmentation de la charge de travail managériale dans les pôles (148).

- Les facteurs associés par les études à la satisfaction au travail sont variés : formation continue, gestion de la quantité de travail, style de management, stabilité du travail, environnement de travail et satisfaction morale (136)... Il apparaît que tous ces facteurs sont touchés directement ou indirectement par les réformes que nous avons plus particulièrement choisi d'étudier : la T2A et l'informatisation concomitante des services de soins. ■

QUEL IMPACT DES RÉFORMES RÉCENTES DANS LE MONDE DE LA SANTÉ SUR LA QVT ?

► T2A : mesures et démesure d'un outil de gestion

- ① La tarification à l'activité fait figure de rupture radicale dans le système de santé français (169). Contrairement aux études sur le travail d'équipe, qui offrent un consensus clair et des idées directrices, la littérature française sur cette réforme fait état d'opinions très hétérogènes. Cette variété idéologique semble dépendre tant des institutions de rattachement des auteurs que de leur discipline ou de leur profession : ainsi les contributions les plus opposées au volet médico-économique du soin émanent-elles des soignants eux-mêmes, appuyées sur des approches critiques qui se trouvent le plus souvent du côté de la recherche en sciences sociales. Les écrits provenant des secteurs du management ou de la gestion se font quant à eux prudents, et les rapports publics assez nuancés dans l'énonciation de ses limites comme de ses bénéfices.
 - ② La T2A est devenue l'un des symboles de la défiance des professionnels vis-à-vis des réformes dans le champ de la santé : souvent décrite comme une réforme difficile (90), elle demeure ainsi un sujet politiquement sensible dont la mise en place longue et complexe semble pour l'instant empêcher l'évaluation directe de ses effets sur la qualité de vie au travail des soignants. Quelques constats partagés sur ses effets psychologiques et managériaux semblent pour autant pouvoir être dégagés, et avec eux une hypothèse sur la difficulté qu'a eu le monde hospitalier de se faire à cette transformation de son mode de gestion budgétaire. La méfiance et la crainte du secteur de la santé reviennent en effet sous la plume de rapporteurs divers (35, 59, 108), pour des raisons tenant autant à la nature financière et comptable de la tarification à l'activité que des modalités de son implémentation dans les hôpitaux.
- EFFETS ÉCONOMIQUES : LA TENTATION PRODUCTIVISTE ?**
- ① En termes économiques, plusieurs auteurs soulignent qu'un tel mode de financement permet de reconnaître et de valoriser l'activité des professionnels (59), tout en améliorant l'efficacité et la transparence dans le financement de l'activité de soins (160). Un constat est cependant largement partagé : inflationniste, la T2A incite à la concurrence plus qu'à la coopération ; elle peut conduire à segmenter l'activité, à l'opposé d'une approche globale ou de la prise en compte de parcours de soins singuliers ; elle ne permet pas, enfin de financer correctement la prise en charge des polypathologies complexes ou des maladies chroniques (59, 194).
 - ② Le principe de la T2A en tant que système d'allocation des ressources n'est pas toujours remis en cause (108), car l'idée que la santé a un coût n'est pas nécessairement rejetée en tant que telle. Elle est cependant ressentie comme une pression permanente (35), en ce qu'elle met des établissements de taille et d'attractivité différents en concurrence, par exemple dans le recrutement des médecins (90). Elle les amène plus généralement à se livrer à une course à l'activité (10) qui constitue le seul levier d'action restant pour améliorer leur situation financière, dont la dégradation a précisément été révélée à l'occasion de l'introduction de cette réforme, qui en retour en a été rendue responsable (35).
 - ③ Trois effets secondaires délétères pour la qualité des soins ont été repérés dans la littérature internationale : premièrement, la tendance au raccourcissement des séjours, avec un risque de renvoi prématuré, du point de vue clinique des patients à leur domicile, deuxièmement, un phénomène d'aversion au risque et de sélection des patients en fonction de leur rentabilité présumée, et troisièmement, un comportement de codage opportuniste, voire de prestation de services inutiles afin de classer certains patients dans des GHM plus rémunérateurs (160).
 - ④ La tentation productiviste, qui est l'une des conséquences les plus remarquées de la réforme T2A (10, 35, 160), touche en particulier les soignants de première ligne, qui face à l'augmentation de leurs contraintes (30, 90) soulignent la difficulté de ce dispositif à objectiver les besoins pourtant majeurs de relations sociales et d'écoute des patients, puisque la reconfiguration du travail infirmier qu'il induit donne la priorité aux tâches techniques au détriment des tâches relationnelles (89, 194).

EFFETS MANAGÉRIAUX : DÉFIANCE À L'HÔPITAL

- ① Ces mêmes soignants font état d'une perte de confiance qui affecte, selon Couty et Scotton, l'ensemble des établissements de santé : « *Les hospitaliers se sentent sous pression constante et toujours plus forte entre contrainte économique d'une part, qualité et quantité des prises en charge d'autre part. L'immense majorité d'entre eux réalise des efforts conséquents pour concilier ces contraintes et leur éthique professionnelle, mais ils ont le sentiment que ces efforts ne sont pas toujours reconnus et que se dégradent leurs conditions de travail et d'exercice* » (59). Ce sentiment de perte de reconnaissance et de souffrance éthique amène avec lui une perte du sens du travail (66, 89, 194), qui tend à toucher même des strates décisionnelles considérées jusqu'alors comme protégées par la reconnaissance institutionnelle dont elles bénéficiaient, notamment les médecins et les directeurs d'hôpitaux (10) - ces derniers étant 62% à se dire peu confiants face aux évolutions à venir dans le secteur de la santé (77). Globalement, si les professionnels ont tendance à lier cette perte de sens du travail à une perte plus large de repères de l'hôpital public (59), la T2A pose tout de même de manière nouvelle la question du management de l'activité médicale, car les équipes médicales et soignantes ont parfois le sentiment que les « bonnes pratiques », lorsqu'elles ne sont pas directement rentables (194), ne sont pas valorisées (35).
- ② Les études disponibles ne montrent pas de lien causal entre la T2A et le burnout, mais il est admis que le sens du travail influence positivement le bien-être psychologique et l'engagement affectif dans les organisations (150), et qu'il est considéré comme l'un des piliers de la QVT (28). Par ailleurs, des situations de travail qui combinent des efforts élevés et de faibles marques de reconnaissance peuvent entraîner des réactions négatives tant sur le plan émotionnel que sur le plan physiologique (192) : ainsi, tout phénomène touchant le sentiment des professionnels de trouver un sens au travail qu'ils accomplissent et d'être reconnus dans ce travail peut être considéré comme un facteur de détresse psychologique, et par extension comme un frein à toute démarche QVT.
- ③ De plus, si quelques travaux rapportent un lien entre l'introduction de la T2A et une augmentation de l'absentéisme, entre autres liée à un manque de formation et de reconnaissance des professionnels (90, 124), d'autres soulignent que le nœud principal réside dans la complexité et le manque de lisibilité de la T2A, dénoncées par la communauté hospitalière comme relevant de règles du jeu « ni claires, ni bien comprises » (108). Ce qui semble parfois relever d'une « résistance au changement » (194) imputable aux professionnels peut donc aussi être regardé comme l'échec du processus d'implémentation de la réforme elle-même.
- ④ Gheorghiu, Guillemot et Moatty soulignent les effets de reconfiguration des identités professionnelles et de redéfinition des frontières entre les groupes d'acteurs induits par la T2A (90). À l'inverse de l'incitation à la transparence, à la transversalité et aux relations et de partage des informations à l'hôpital, la T2A est devenue un terrain privilégié où se rejoue le décalage entre les détenteurs de l'information qui maîtrisent ses mécanismes et les praticiens hospitaliers (108). Le partage de ces informations reste un enjeu de pouvoir fort entre les directions et les équipes de pôles, ces derniers pointant le fait de ne pas être associés à la prise de décision, « *que tout se joue entre le directeur, le président de CME et les chefs de pôle et que lors que celle-ci est prise, la communication est rare et faible et l'explicitation inexistante* » (66). L'encadrement intermédiaire, dont rapports et études s'accordent à dire qu'il est un pilier crucial du changement (108, 167), ne s'est pas non plus senti suffisamment accompagné (35), alors même que les cadres ont conscience d'être un maillon important de la chaîne de maîtrise des dépenses de santé (64). Les difficultés pour les établissements de santé de s'approprier la codification et les logiciels de description de l'activité indiqueraient le caractère essentiellement managérial de la problématique T2A (64), dans la mesure où cadres, médecins et soignants doivent conjointement changer de vision afin d'intégrer la nécessité d'efficacité des soins à celle de leur pertinence clinique.
- ⑤ Ce rapide passage en revue des problèmes afférents à la T2A permet l'hypothèse suivante : si cette réforme était d'emblée de nature à éveiller la méfiance des professionnels du fait de son éloignement des réalités du soin (17), une partie des réticences qu'elle a générées pourrait être expliquée par une implémentation mal négociée : trop peu de formations aux outils médico-économiques, d'informations et de transparence, manque de soutien aux échelons-clés du management, contradictions entre logique gestionnaire et logique soignante causant une forme de souffrance éthique et de perte du sens du travail : autant de facteurs qui ont pu détériorer la QVT des soignants du fait d'un manque de concertation et de discussion a priori. ■

► L'informatisation : reconfigurations matérielles et relationnelles dans les services

L'informatisation des établissements de santé, ou plus précisément le remplacement de leur parc informatique et de leurs systèmes d'information, a été initiée dès le début des années 2000, mais s'est considérablement accélérée avec l'introduction de la tarification à l'activité (90).

LA TECHNOLOGIE... ET SON IMPLÉMENTATION

- De la même façon que lorsque l'informatisation touche le secteur privé (49, 94), l'irruption de la technologie à l'hôpital, que ce soit dans les services de soins ou dans les administrations (49), n'inclut pas seulement le matériel informatique et les logiciels : celle-ci impacte les procédures de travail et les pratiques managériales ; elle donne lieu à des reconfigurations architecturales ; en somme, elle introduit de multiples changements dans les interactions sociales des acteurs. Certains effets apparemment imputables à l'informatisation sont ainsi plutôt le résultat des pratiques d'accompagnement du changement de procédures et du changement dans l'environnement physique de travail que des conséquences directes de l'usage des TIC (122), étant entendu que la rencontre entre une innovation gestionnaire et une organisation est rarement unidirectionnelle, et qu'elle dépend toujours du contexte d'implémentation (17). Toutes les recherches font en effet état de processus de reconfiguration de l'activité en fonction de l'introduction de l'outil informatique, mais aussi de pratiques d'appropriation voire de détournement de ce même outil par les professionnels.
- Plusieurs études, indépendamment de leur année de parution (16, 23, 49, 103, 122, 158), soulignent que la mise en place des mêmes outils informatiques dans une organisation peut avoir des effets négatifs sur certaines tâches et des effets positifs sur d'autres, autrement dit que la réception du changement informatique - qu'il s'agisse d'outils matériels ou dématérialisés comme le DPI - varie selon les postes occupés, mais également la façon dont les TIC sont introduits.

RECONFIGURATIONS PROFESSIONNELLES

- L'introduction des nouvelles technologies peut nourrir la qualité de vie au travail : plusieurs études soulignent une diminution dans les coûts administratifs des établissements de santé (16, 158), l'amélioration de l'accessibilité des données (88), une rapidité et une sécurité accrues dans la prise en charge bénéficiant tant aux patients qu'aux soignants (79). D'autres travaux rapportent cependant que l'informatisation, conçue au départ comme une aide à la transparence et à l'efficacité des établissements de santé par leurs gestionnaires, risque d'être reçue avec méfiance et résistance par les autres professionnels, médecins ou administratifs (49, 176), lorsqu'ils ne sont pas interrogés sur leurs besoins : elle peut en effet donner lieu à une augmentation du rythme et de l'intensité du travail, un sentiment de renforcement du contrôle de l'activité ou encore de standardisation accrue des processus (49). Le sentiment de perte d'autonomie individuelle et d'ingérence des équipes de direction dans l'activité des professionnels (17) a pour effet secondaire, lorsque l'introduction des TIC est combinée à des changements organisationnels - ce qui est souvent le cas - une baisse de l'implication de ces agents, accompagnée d'une diminution du sentiment de reconnaissance au travail (49). Pour les soignants, l'activité de codage liée au DPI apparaît comme une surcharge de travail diminuant le temps passé auprès du patient (90), sentiment d'autant plus dommageable que le contact direct avec les bénéficiaires de l'action de service public fait partie des facteurs augmentant la performance au travail (18) : ainsi, le sentiment de diminution du temps passé auprès du patient au profit d'activités de saisie de données pour les soignants - près de 80 % des médecins et 44 % des infirmiers utilisent les TIC au moins une heure par jour - et de reporting pour les cadres risquerait d'être un frein à la performance organisationnelle. Du fait de la reconfiguration des tâches induite par cette nouvelle activité et de l'incompatibilité de certaines méthodes managériales avec les missions du service public (49), l'implémentation des NTIC a parfois déclenché des conflits entre médecins, équipes soignantes et équipes managériales, enrayant alors ses chances de succès (17, 71, 90).
- Si certaines recherches conduites au milieu des années 2000 ne parlaient que d'un impact assez faible de l'introduction des NTIC sur l'effectif total des ressources humaines, sur les qualifications, les compétences ou encore les statuts des salariés, avec des pressions sur les salariés et les conditions de travail relativement faibles (71), force est de constater que dix ans plus tard, la littérature s'accorde au contraire sur l'idée d'un remaniement profond de l'organisation des services du fait de

l'introduction de l'informatique et de son avatar le plus connu, le Dossier Patient Informatisé (16, 17, 88). Jean-Noël Fiessinger, praticien à l'Hôpital Georges Pompidou, écrivait en 2004 que c'était « aux soignants, médecins et infirmières, qu'il incombe de répondre au risque de déshumanisation dont tout progrès technique est porteur. À eux de savoir préserver le temps, la disponibilité indispensables pour l'examen du malade, pour le dialogue qui ouvre toute relation humaine - fut-elle de soin » (79).

- La piste à investiguer pourrait ainsi être, encore une fois, celle des processus d'implémentation, et plus précisément du rôle du management dans l'accompagnement du changement au travail (23, 49). Xavier Berbain et Etienne Minvielle soulignaient dès 2001 que la principale difficulté rencontrée par les projets d'informatisation résidait dans la traduction des enjeux globaux (amélioration de l'efficacité dans les soins, réduction des coûts) dans les pratiques quotidiennes. En effet, le processus d'introduction de l'informatique, très descendant, avait été pensé par ses promoteurs en fonction de l'hypothèse que l'outil détenait intrinsèquement les moyens de se contextualiser, autrement dit d'être

adapté aux différents contextes soignants, malgré le manque de formation spécifique des professionnels (49). L'informatisation grandissante des données de santé a été perçue comme résultant des nécessités liées au PMSI plutôt que d'une réflexion ergonomique pourtant nécessaire sur l'utilité clinique et l'accessibilité du dossier patient (88) : la mise en place d'un changement organisationnel lié à l'informatisation fait ainsi intervenir les spécificités de l'outil mais aussi tout un champ d'interactions des acteurs avec l'outil et entre eux (16).

- Le problème de la transparence et du partage transversal des informations entre lignes médicales et administratives affleure en ce qui concerne l'informatisation : l'IGAS soulignait en 2013 dans son rapport sur l'hôpital l'importance de pouvoir travailler sur un seul et même système d'information auquel accèderaient tous les échelons décisionnels (directeurs, médecins et cadres), tout en relevant, à l'instar d'autres études précédemment citées, que cette adaptation des systèmes d'information dans un but de délégation de gestion n'avait pas toujours été menée à son terme (17, 108). ■

► Réformer : un problème de démarche

En somme, si l'impact des réformes sur les organisations de santé est rarement directement mesuré en termes de hausse ou de baisse de la qualité de vie au travail des professionnels, force est de constater que leur introduction touche de nombreux facteurs psychologiques et managériaux qui, selon la littérature internationale, ont un effet direct sur la QVT. Si l'informatisation des hôpitaux et l'introduction de la T2A ne sont pas les seuls remaniements qu'a récemment connu le monde de la santé, leurs effets semblent paradigmatiques des conséquences de toute réforme sur le moral des soignants lorsque l'implémentation est descendante et sans partage d'information ni concertation préalable : baisse du sentiment d'autonomie au travail, manque de reconnaissance, reconfigurations du travail propres à l'éclosion de conflits multiples, défiance des professionnels vis-à-vis des organisations du fait du manque de transparence, évincement des échelons intermédiaires du management malgré leur importance capitale... L'impact des réformes sur la QVT dépend par conséquent en majeure partie du contexte d'implémentation, c'est-à-dire de la

démarche choisie par les directions pour mettre en œuvre les grands axes des politiques publiques en matière de santé. Cette relation indirecte entre les réformes et la QVT, médiée par les facteurs psychologiques et managériaux cités plus haut dans ce document, ouvre la voie à une hypothèse présente dans nombre d'études récentes sur le sujet : le succès de l'implémentation des réformes dépend de ce que leur mise en œuvre génère comme nouvelles situations cognitives et affectives chez les soignants, facteur qui dépend lui-même de leur association aux réformes en tant qu'acteurs-clés de leur réussite plutôt qu'en tant qu'objets des reconfigurations nécessaires du monde de la santé. Ce constat appelle des démarches de changement « bottom-up », prenant en compte le point de vue des professionnels et leur définition contextualisée de la QVT (11), sans préjuger de l'adéquation de leurs besoins avec ceux de l'organisation (63). En ce qui concerne les services de soins, les recherches-actions autour de la QVT devraient ainsi se focaliser sur les pratiques cliniques et la réalité des prises en charge (49, 108). ■

CONCLUSION

Si la littérature traitant de la QVT ne peut pas donner de recette généralisable à la transformation de tous les établissements de santé, elle établit toutefois un certain nombre de consensus sur les facteurs de réussite d'un changement en vue de l'amélioration de la QVT des personnels hospitaliers.

Sur les valeurs, tout d'abord : sont toujours mises en avant, aux niveaux organisationnel et managérial, des qualités telles que l'adaptabilité, la durabilité, la justice sociale, la responsabilité, la démocratie et la pleine participation de tous au changement. Ces principes sont portés à des niveaux différents (méso et micro) par les modèles que nous avons rapidement dépliés - agilité, organisations apprenantes, hôpital magnétique ou encore démarche participative.

Concernant les modalités formelles de mise en place du changement, en accord avec l'impératif de participation de tous à un processus ascendant, le corpus étudié est là encore très clair : la recherche-action, la formation interprofessionnelle, l'ouverture d'espaces de discussion, le changement de style de leadership - entre autres - semblent tout particulièrement aptes à générer des réponses originales et adaptées au contexte de chaque hôpital français.

Constaté que la littérature disponible a peu varié au cours des dernières années dans ses prescriptions - mise en avant de la subversion des hiérarchies traditionnelles au profit de l'autonomie des équipes, de la liberté de parole et de l'importance du sentiment de reconnaissance au travail - doit pousser à la modestie en matière de GRH : si les nombreuses études en sciences de gestion et du management donnent parfois le sentiment d'enfoncer des portes ouvertes, il semble finalement plus nécessaire de se questionner sur les raisons pour lesquelles des pratiques pleines de bon sens et apparemment évidentes ne sont pas toujours la règle à l'hôpital.

Plusieurs secteurs de la production de biens ou de services sont passés depuis longtemps à des méthodes de management alternatives, et la tentation serait de les suivre en empruntant des protocoles clé en main. La littérature scientifique est cependant sans équivoque à ce sujet : la réussite de tout processus de changement repose au moins autant sur la démarche elle-même que sur la qualité de l'outil proposé. Certaines actions visant à améliorer la performance sociale des hôpitaux et la QVT des personnels soignants ont certes d'ores et déjà prouvé leur efficacité, mais les établissements de santé auront sans doute besoin de temps et d'investissements avant que ces démarches aient des effets notables en termes de performance économique. ■■

Membres du Groupe de Travail QVT de la FHF

S. Benhamou (Docteur en économie, France Stratégie/ Service du Premier Ministre)
P. Debat, DAM du CHU de Besançon, représentant la commission des DAM de CHU
M.N Gerain Breuzard (DG du CHU de Tours, représentant la Conférence des DG de CHU)
M. Girier (Directeur des Ressources Humaines, CHI de Créteil, représentant l'ADRHSS)
E. Guyader (Directeur du CH de Beauvais, représentant la CNDCH),
F. Khidichian (PCME des Hôpitaux de Saint Maurice, représentant la conférence des PCME de CHS)
Dr D. Piney (Président de CME du Centre Hospitalier de Lunéville, représentant la conférence des PCME de CH)
J.F. Popielski (Directeur des soins, EPS Erasmie, représentant l'AFDS)
M. Reynier, DAM du CHU de Toulouse, représentant la commission des DAM de CHU
Dr E.A RODRIGUEZ (Médecin du Travail, Service Inter Hospitalier Départemental, Lot-et-Garonne, représentant l'ANMTEPH)
Pr J.P ZARSKI (PCME du CHU de Grenoble, Représentant la conférence des PCME de CHU)
Rapporteurs : Marie Houssel, Responsable du Pôle RHH à la FHF, Antoine Malone, Responsable du Pôle Prospective/International à la FHF, et Héloïse Haliday, doctorante en psychologie institutionnelle

Les membres du groupe de travail souhaitent remercier les personnes suivantes, qui ont bien voulu accepter de produire du matériel original pour alimenter les travaux :

MC Pelletier, Présidente de Levia
M. Sibe, Maître de Conférences en Sciences de Gestion, Université de Bordeaux
M. Antoine ACOULON, Manager, Oratorio Conseil

BIBLIOGRAPHIE

1. Abd ellah Mejbél, A., Almsafir, M. K., Siron, R., & Alnaser, A. S. M. (2013). The Drivers of Quality of Working Life (QWL): A Critical Review. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 7(10), 398–405.

2. Acker, D., & Legrand, P. (2012). Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants (Rapport n°RM2012-046P). Récupéré à l'adresse : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-046P-2.pdf>

3. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. (2014). Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé : Démarche méthodologique. Récupéré à l'adresse : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/synchroniser-les-temps-medicaux-et-non-medicaux-aupres-du-patient-hospitalise-demarche-methodologique/>

4. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail. (2016). Qualité de vie au travail : négocier le travail pour le transformer, enjeux et perspectives d'une innovation sociale. Récupéré à l'adresse : http://ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2016/01/ANACT_RDCT3-1_Fichier-complet.pdf.

5. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Haute Autorité de Santé. (2016). 10 questions sur... La qualité de vie au travail. Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

6. Alt, E., & Köse, Y. (2015). The Relationship between Emotional Intelligence of Managers, Innovative Corporate Culture and Employee Performance, 210, 270–282. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.367>

7. Amar, A., & Berthier, L. (2007). Le Nouveau Management Public : Avantages et Limites. *Revue Du RECEMAP*, 1–13.

8. American Nurses Credentialing Center. (2011). Magnet Recognition Program® A Program Overview. Récupéré à l'adresse : <http://nursecredentialing.org/Documents/Magnet/MagOverview-92011.pdf>

9. Andersen, L. B. (2009). What determines the behaviour and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences*, 75(1), 79–97. <https://doi.org/10.1177/0020852308099507>

10. Angelé-Halgand, N. (2015). T2A et réification du social dans le soin : la résilience organisationnelle comme piste de solution ? *Journal de Gestion et D'économie Médicales*, 33(2), 103–106. <https://doi.org/10.3917/jgem.152.0103>

11. Askari, R., Rafiei, S., Montazerolfaraj, R., Tafti, A. D., & Torabi, F. (2016). Quality of Working Life and Its Association with Organizational Performance : A Model Applied for Healthcare Workers. *Biotech Health Sciences*, (in press). <https://doi.org/10.17795/bhs-42050.Research>

12. Balaceanu, C. (2012). Human Development Under the Effects of the Current Lack of Resources. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 1134–1137. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.05.262>

13. Barbarin, B., & Goronflot, L. (2012). Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. *Exercer*, 23(101).

14. Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioural Science*, 1(4), 251–254.

15. Bauchetet, C., Chèze, S., Ceccaldi, J., & Colombat, P. (2014). La démarche participative dans les soins : un modèle issu de l'hématologie. *Hématologie*, 20(5), 258–263.

16. Baujard, C., & Hamouda, I. Ben. (2015). La gestion de projet à l'Hôpital : dossier patient informatisé et qualité de soins. *Recherches En Sciences de Gestion*, 4(109), 147–164. <https://doi.org/10.3917/resg.109.0147>

17. Béjean, M., Kletz, F., Moisdon, J., & Sicotte, C. (2015). Informatisation incrémentale ou de rupture ? Le cas du dossier patient hospitalier. *Journal de Gestion et D'économie Médicales*, 33(7), 445–467. <https://doi.org/10.3917/jgem.157.0445>

18. Bellé, N. (2012). Experimental Evidence on the Relationship between Public Service Motivation and Job Performance. *Public Administration Review*, 73(1), 143–153. <https://doi.org/10.111/j.1540-6210.2012.02621.x>Experimental

19. Bellé, N. (2013). Leading to Make a Difference : A Field Experiment on the Performance Effects of Transformational Leadership, Perceived Social Impact, and Public Service Motivation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 24, 109–136. <https://doi.org/10.1093/jopart/mut033>

20. Benhamou, S. (2017). Imaginer l'avenir du travail. Quatre types d'organisation du travail à l'horizon 2030. Récupéré à l'adresse : http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dt_-_imaginer_lavenir_du_travail_quatre_types_dorganisation_du_travail_a_lhorizon_2030_0.pdf.

21. Benhamou, S., & Diaye, M.-A. (2011). Participation des salariés et performance sociale : quels liens ? Quels enjeux ? [Document de travail No. 2011–2]. Paris: Centre d'Analyse Stratégique.

22. Benhamou, S., & Diaye, M.-A. (2016). Responsabilité sociale des entreprises et compétitivité. Paris: France Stratégie.

23. Berbain, X., & Minvielle, E. (2001). L'informatique dans la gestion quotidienne des unités de soins : la barrière de l'apprentissage. *Sciences Sociales et Santé*, 19(3), 77–106. <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1529>

24. Berry, L. L., & Bendapudi, N. (2007). Health Care A Fertile Field for Service Research. *Journal of Service Research*, 10(2), 111–122. <https://doi.org/10.1177/1094670507306682>

25. Bhattacharya, S., Bhattacharya, S.K., & Gautam, A. (2011). Instilling the core concept of inter professional education. *Health Renaissance*, 9(3), 201–206. <https://doi.org/10.3126/hren.v9i3.5591>

26. Bitter, J., van VeenDBerkx, E., Gooszen, H. G., & van Amelsvoort, P. (2013). Multidisciplinary teamwork is an important issue to healthcare professionals. *Team Performance Management: An International Journal*, 19(5/6), 263–278. <https://doi.org/10.1108/TPM-11-2012-0041>

27. Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim : Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>Center

28. Bourdu, E., Péretié, M.-M., & Richer, M. (2016). La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. Paris: Presses des Mines.

29. Brahami, L. (2014). Bien-être au travail et performance économique. Le sens et la reconnaissance au coeur de la performance. Lyon. Récupéré à l'adresse : <http://www.santepperformance.fr/documents/ressources/bien-etre-au-travail-et-perf-eco-directccta.pdf>

30. Bami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2012). Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Politiques et Management Public*, 29(3), 541–561.

31. Bami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, 3(31), 168–189. <https://doi.org/10.3917/mav.061.0168>

32. Brazeau, C., Shanafelt, T., Durning, S. J., Massie, S., Eacker, A., Moutier, C., ... Dyrbye, L. N. (2014). Distress Among Matriculating Medical Students Relative to the General Population. *Academic Medicine*, 89(11), 1520–1525. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000482>

33. Brousseau, S., Cara, C., & Blais, R. (2016). Proposition d'une modélisation humaniste de la qualité de vie au travail inspirée de la théorie du caring de Watson. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 2(4), 187–196. <https://doi.org/10.1016/j.refri.2016.08.004>

34. Browning, H. W., Torain, D. J., & Patterson, T. E. (2011). A Six-Part Model for Adapting and Thriving During a Time of Transformative Change. Center for Creative Leadership, 1–20. Récupéré sur le site du Center For Creative Leadership : <http://www.ccl.org/leadership/pdf/research/CollaborativeHealthcareLeadership.pdf>

35. Bruant-Bisson, A., Castel, P., & Panel, M.-P. (2012). Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé (Rapport n° RM2012-011P). Paris. Récupéré sur le site de l'Inspection Générale des Affaires Sociales : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-011P_-_DEF_sans_sign.pdf

36. Brunelle, Y. (2009). 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*, 40(1), 39–48.

37. Buhai, S., Cottini, E., & Westergård-Nielsen, N. (2008). The Impact of Workplace Conditions on Firm Performance (No. TI 2008-077/3). Rotterdam. Récupéré sur le site du Tinbergen Institute : <http://ssrn.com/abstract=1262698>

38. Bullock, J. B., & Rainey, H. G. (2015). International Comparison of Public and Private Employees' Work Motives, Attitudes, and Perceived Rewards. *Public Administration Review*, 75(3), 479–489. <https://doi.org/10.1111/puar.12356>

39. Burke, M. (2016). The Perceived Experiences of Primary Healthcare Professionals in Ireland : Interprofessional Teamwork in Practice. National University of Ireland. Récupéré à l'adresse : <http://hdl.handle.net/10379/5742>

40. Burllet, M., & Thomasset, L. (2015). Qualité de vie au travail et performance des entreprises. Récupéré à l'adresse : https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/cns/Commission/DGE-CNS-ANACT-22092015.pdf

41. Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D., ... Myteveli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries : Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 28, 134–145. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.04.002>

42. Butler, G. (1993). Definitions of stress. Occasional Paper (Royal College of General Practitioners), (61), 1–5.

43. Caillier, J. G. (2017). The impact of high-quality workplace relationships in public organizations. *Public Administration*, [0], 1–16. <https://doi.org/10.1111/padm.12328>

44. Cartmell, K. H. (2000). Work Health Environment. *Home Healthcare Management Practices*, 12(6), 38–40.

45. Casimiro, L. M., Hall, P., Kuziemy, C., O'Connor, M., & Varpio, L. (2015). Enhancing patient-engaged teamwork in healthcare: an observational case study. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 55–61. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.940038>

46. Centre d'analyse stratégique. (2011). Participation des salariés et performance sociale : de nouveaux enjeux pour les entreprises françaises dans un contexte de sortie de crise (No. 210). Paris. Récupéré à l'adresse : http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/na210-performance-sociale-2011-02-21_0.pdf

47. Centre d'analyse stratégique. (2011). Pratiques de gestion des ressources humaines et bien-être au travail : le cas des entretiens individuels d'évaluation en France (No. 239). Récupéré à l'adresse : http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/na-travail-239_0.pdf

48. Centre d'analyse stratégique. (2011). Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? Les coopérations entre professionnels de santé (No. 254). Paris. Récupéré à l'adresse : <http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2011-12-5-cooperations-professionnels-v1-na254.pdf>

49. Centre d'analyse stratégique. (2013). Quel est l'impact des TIC sur les conditions de travail dans la fonction publique ? (No. 318). Paris. Récupéré à l'adresse : http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2013-01-23_-_impactticconditionstravailfonctionpublique-na318.pdf

50. Chabiron, C., & Beauvallet, G. (2005). Le muda sous la moquette. Comment démarrer une démarche de Lean Office ? Récupéré à l'adresse : <http://www.lean.enst.fr/wiki/pub/Lean/LesPublications/Lemudasouslamoquette.pdf>

51. Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). Effective teamwork in healthcare: research and reality. *Healthcare Papers. New Models for the New Healthcare*, 7(Special Issue), 26–34. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2013.18669>

52. Codo, S. (2013). Le stress professionnel dans le secteur public, Le cas des managers. *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*, 6(2), 63. <https://doi.org/10.3917/rimhe.006.0063>

53. Codo, S., & Cintas, C. (2013). Quand le stress envahit la fonction publique territoriale : une recherche empirique auprès des managers intermédiaires et des managers de proximité. *Politiques et Management Public*, 30(1). Récupéré à l'adresse : <http://pmp.revues.org/6476>

54. Cohn, K. H., Gill, S. L., & Schwartz, R. W. (2005). Gaining hospital administrators' attention: Ways to improve physician-hospital management dialogue. *Surgery*, 137(2), 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2004.09.006>

55. Colombat, P., Altmeyer, A., Rodrigues, M., Barruel, F., Blanchard, P., Fouquereau, E., & Pronost, A.-M. (2011). Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-Oncologie*, 5, 83–91. <https://doi.org/10.1007/s11839-011-0319-1>

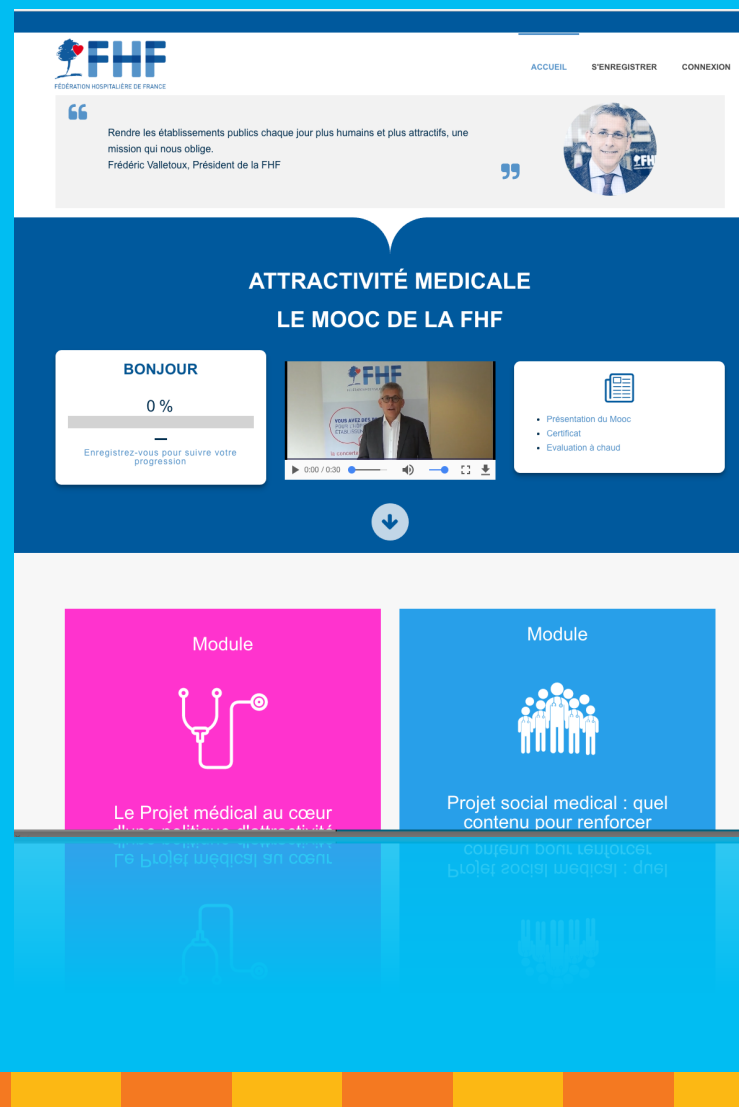
56. Colombat, P., Bauchetet, C., Fouquereau, E., Trager, S., Gillet, N., & Kanitzer, C. (2014). La démarche participative dans les soins. *Gestions Hospitalières*, 2(534), 151–157.

BIBLIOGRAPHIE

57. Combalbert, L. [2012]. L'agilité des organisations dans la gestion des crises. Le facteur humain et la formation des hommes au cœur du système. Sécurité et Stratégie, 10(3), 42–48.
58. Comtois, J., Paris, Y., Poder, T. G., & Chausse, S. [2013]. L'approche Kaizen au centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) : un avantage organisationnel significatif. Sante Publique, 25(2), 169–177.
59. Couty, E., & Scotton, C. [2013]. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux. Paris. Récupéré à l'adresse : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf
60. Crété, P. [2015]. La fonction de direction au service de l'Etablissement et de l'Institution. Institutions. Revue de Psychothérapie Institutionnelle, 15(6), 49–65.
61. Cutcher-Gershenfeld, J. [1991]. The impact on economic performance of a transformation in workplace relations. Industrial and Labor Relations Review, 44(2), 241–260. <https://doi.org/0019-7939/91/440>
62. Davie, E. [2013]. L'exposition aux risques professionnels dans la fonction publique, d'après les résultats publiés dans le Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2013. Paris. Récupéré à l'adresse : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/point_stat/Points-tat-exposition-aux-risques-professionnels-dans-FP.pdf
63. Delaney, J. T., & Godard, J. [2001]. An industrial relations perspective on the high-performance paradigm. Human Resource Management Review, 11, 395–429.
64. Delastre, L. [2013]. Conflits de rôle des cadres de santé à l'hôpital : réflexions pour une amélioration de l'unité et de la performance managériale, le cas du CHU de Rennes. Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Récupéré à l'adresse : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/edh/delastre.pdf>
65. Deneckere, S., Euwema, M., Lodewijckx, C., Panella, M., Mutsvari, T., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. [2013]. Better Interprofessional Teamwork, Higher Level of Organized Care, and Lower Risk of Burnout in Acute Health Care Teams Using Care Pathways. Medical Care, 51(1), 99–107. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182763312>
66. Desailly-Chanson, M.-A., Siahmed, H., & Elshoud-Igaenr, S. [2016]. Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge (Rapport n°2016-083R). Paris. Récupéré à l'adresse : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf
67. Detchessahar, M. [2013]. Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. Négociations, 1(19), 57–80. <https://doi.org/10.3917/neg.019.0057>
68. Direction générale de l'administration et de la fonction publique. [2013]. Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, outils de la GRH. Paris. Récupéré à l'adresse : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/colt_les_essentiels/livret-02-kit-rps.pdf
69. Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique. [2016]. Rapport annuel sur l'état de la fonction publique. Faits et chiffres, édition 2015. Récupéré à l'adresse : https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/rapports_annuels/2015/RFA2015_dossier_1.pdf
70. Direction Générale de l'Offre de Soins. [2017]. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecin, pharmacie et odontologie). Guide de prévention, repérage et prise en charge. Récupéré à l'adresse : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
71. Djellal, F., Gallouj, C., & Gallouj, F. [2004]. De l'hôpital-fonction de production à l'hôpital service complexe et nœud de réseaux. Les différentes facettes de l'innovation hospitalière. Revue Française Des Affaires Sociales, 1(1), 223–248.
72. Domecq, S., Kret, M., & Saillour-Glenisson, F. [2012]. Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet ©. Journal de Gestion et D'économie Médicales, 30(7), 491–508. <https://doi.org/10.3917/jgem.127.0491>
73. Downing, S., Ryan, G., Mcneive, A., Mariani, M., & Parlangei, O. [1995]. The Quality of Working Life Concept. Advances in Human Factors/Ergonomics, 20, 1011–1016. [https://doi.org/10.1016/S0921-2647\(06\)80345-X](https://doi.org/10.1016/S0921-2647(06)80345-X)
74. Dumas, M., Douguet, F., Fahmi, Y., & Dumas, M. [2016]. Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise, 1(20), 45–67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
75. Dybå, T., & Dingsøyr, T. [2008]. Empirical studies of agile software development: A systematic review. Information and Software Technology, 50(9–10), 833–859. <https://doi.org/10.1016/j.infsof.2008.01.006>
76. Estryn-Béhar, M. [2008]. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes : Presses de l'EHESP.
77. Fédération Hospitalière de France, Obéa. [2016]. Baromètre FHF – Obéa des enjeux RH. Paris.
78. Fernandez, R., & Grand, J. A. [2015]. Leveraging Social Science-Healthcare Collaborations to Improve Teamwork and Patient Safety. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 45(12), 370–377. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.10.005>
79. Fiessinger, J.-N. [2004]. Innovations en médecine, une expérience à l'hôpital Georges Pompidou. Laennec, 52, 11–15. <https://doi.org/10.3917/lae.042.0011>
80. Finn, R., Learmonth, M., & Reedy, P. [2010]. Some unintended effects of teamwork in healthcare. Social Science and Medicine, 70(8), 1148–1154. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.025>
81. Flood, D., Chary, A., Austad, K., Diaz, A. K., García, P., Martinez, B., ... Rohloff, P. [2016]. Insights into Global Health Practice from the Agile Software Development Movement. Global Health Action, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29836>
82. Francis, R. [2015]. Freedom to speak up - a review of whistleblowing in the NHS. Récupéré à l'adresse : <https://www.gov.uk/government/publications/sir-robert-francis-freedom-to-speak-up-review>
83. François, F., Broekaert, S., & Berthomier, M.-C. [2010]. Le secteur hospitalier se transforme : incidences sur l'individu et le collectif de travail. Connexions, 94(2), 135. <https://doi.org/10.3917/cnx.094.0135>
84. Gaillard, I., de Terssac, G., Sarfati, F., & Waser, A.-M. [2013]. Compétences organisationnelles et santé. Sociologies Pratiques, 26(1), 19. <https://doi.org/10.3917/sopr.026.0019>
85. Galvin, J., Suominen, E., Morgan, C., O'Connell, E.-J., & Smith, A. P. [2015]. Mental health nursing students' experiences of stress during training : a thematic analysis of. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22, 773–783. <https://doi.org/10.1111/jpm.12273>
86. Garg, L., McClean, S., & Barton, M. [2008]. Is Management Science doing Enough to Improve Healthcare? International Journal of Social Sciences, 2(4), 99–103. Récupéré à l'adresse : https://www.researchgate.net/publication/242527858_Is_Management_Science_doing_Enough_to_Improve_Healthcare
87. Gayathiri, R., & Ramakrishnan, L. [2013]. Quality of Work Life – Linkage with Job Satisfaction and Performance. International Journal of Business and Management Invention, 2(1), 1–8. Récupéré à l'adresse : <https://pdfs.semanticscholar>
88. Gekiere, C., & Soudan, S. [2015]. Dossier patient informatisé et confidentialité : évolution des modèles et des pratiques. « Le diable git dans les détails ». L'information Psychiatrique, 91(4), 323–330. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1336>
89. Gheorghiu, M. D., & Moatty, F. [2014]. L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes. Les Pages Du Centres d'Etudes de l'Emploi, 1(09), 1–4. Récupéré à l'adresse : <http://www.cce-recherche.fr/publications/connaissance-de-lemploi/lemploi-et-le-travail-hospitaliers-le-preuve-des-reformes>
90. Gheorghiu, M. D., Guillemot, D., & Moatty, F. [2012]. Ressources humaines (RH) et tarification à l'activité (T2A). Entretiens avec des membres des directions des hôpitaux. Paris. Récupéré à l'adresse : <http://www.cce-recherche.fr/publications/rapport-de-recherche/ressources-humaines-rh-et-tarification-lactivite-t2a-entretiens-avec-des-membres-des>
91. Gillet, N., Fouquereau, E., Bonnaud-Antignac, A., Mokoukolo, R., & Colombat, P. [2013]. The mediating role of organizational justice in the relationship between transformational leadership and nurses' quality of work life : A cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 50, 1359–1367. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.012>
92. Girier Diebolt, C. [2017, May]. L'éthique dans la gestion. Mode ou nécessité ? Gestions Hospitalières, pp. 312–323.
93. Hakkak, M., Nazarpoori, A., Mousavi, S. N., & Ghodsi, M. [2015]. Investigating the effects of emotional intelligence on social-mental factors of human resource productivity. Revista de Psicología Del Trabajo Y de Las Organizaciones, 31(3), 129–134. <https://doi.org/10.1016/j.rpto.2015.06.005>
94. Hannif, Z., Cox, A., & Almeida, S. [2014]. The impact of ICT, workplace relationships and management styles on the quality of work life: insights from the call centre front line. Labour & Industry: A Journal of the Social and Economic Relations of Work, 24(1), 69–83. <https://doi.org/10.1080/10301763.2013.877120>
95. Harlos, K. P., & Axelrod, L. J. [2005]. Investigating hospital administrators' experience of workplace mistreatment. Canadian Journal of Behavioural Science, 37(4), 262–272. <https://doi.org/10.1037/h0087261>
96. Hatane, S. E. [2015]. Employee Satisfaction and Performance as Intervening Variables of Learning Organization on Financial Performance. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 211, 619–628. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.081>
97. Haute Autorité de Santé, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. [2013]. Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé. Récupéré à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-02/demarche_qvt_note_es.pdf
98. Hoda, R., Noble, J., & Marshall, S. [2012]. Developing a grounded theory to explain the practices of self-organizing Agile teams. Empirical Software Engineering, 17(6), 609–639. <https://doi.org/10.1007/s10664-011-9161-0>
99. Hood, K., Cant, R., Baulch, J., Gilbee, A., Leech, M., Anderson, A., & Davies, K. [2014]. Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. Nurse Education in Practice, 14(2), 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.07.013>
100. Hood, K., Cant, R., Leech, M., Baulch, J., & Gilbee, A. [2014]. Trying on the professional self: Nursing students' perceptions of learning about roles, identity and teamwork in an interprofessional clinical placement. Applied Nursing Research, 27(2), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2013.07.003>
101. Hornung, S., Glaser, J., Rousseau, D. M., Angerer, P., & Weigl, M. [2011]. Employee-oriented leadership and quality of working life: mediating roles of idiosyncratic deals. Psychological Reports, 108(1), 59–74. <https://doi.org/10.2466/07.13.14.21.PR0.108.1.59-74>
102. Houle, L., Bareil, C., Gosselin, A., & Jobin, M.-H. [2015]. Le déploiement du lean santé au Québec en mode agile. Question(s) de Management, 10(2), 45. <https://doi.org/10.3917/qdm.152.0045>
103. Huzzard, T. [2003]. The Convergence of the Quality of Working Life and Competitiveness. A current Swedish literature review. Stockholm : National Institute for Working Life.
104. Huzzard, T., Welp, A., & Kolbe, M. [2016]. Teamwork in healthcare organizations. In A. Örtenblad, C. Abrahamson Löfström, & R. Sheaff (Eds.), Management Innovations for Health Care Organizations: Adopt, Abandon or Adapt? (Vol. 18, pp. 359–377). Routledge. Récupéré à l'adresse : http://www.researchgate.net/profile/Jan_Schmutz/publication/291342147_Teamwork_in_Healthcare_Organizations/links/56a0db5708aee4d26ad8b613/Teamwork-in-Healthcare-Organizations.pdf
105. IDRH. [2013]. Regards croisés. La qualité de vie au travail au service de la performance. Paris. Récupéré à l'adresse : <https://www.pwc.fr/fr/assets/files/pdf/2016/11/regards-croises/rc-qualite-juillet2013.pdf>
106. Idris, F., Suhaimi, M., & Ahmad, B. [2014]. The impacts of team management on customer focus : The mediating role of operation flexibility. In T. Blacker, W. Kersten, & C. Rignel (Eds.), Innovative methods in logistics and supply chain management. Current issues and emerging practices (pp. 433–455). Hamburg.
107. IFOP. [2017]. Les GHT un an après. IFOP pour le SMPS. Récupéré à l'adresse : <http://www.smpsante.fr/wp-content/uploads/2017/06/114668-Rapport-SMPS.pdf>
108. IGAS. [2013]. L'hôpital. Paris: La documentation française.
109. Iles, V., & Sutherland, K. [2001]. Organisational change. A review for healthcare managers, professionals and researchers. Récupéré à l'adresse : <http://www.netccc.ac.uk/hsdr/files/adhoc/change-management-review.pdf>
110. Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers. [2015]. Je veux que ma voix compte. Paris. Récupéré à l'adresse : <http://fnesi.org/wp-content/uploads/2017/02/DP-Je-veux-que-ma-voix-compte.pdf>
111. Ingersoll, G., Witzel, P., Berry, C., & Qualls, B. [2010]. Meeting Magnet research and evidence-based practice expectations through hospital-based research centers. Nursing Economics, 28(4), 226–235. Récupéré à l'adresse : <https://www.nursingeneconomics.net/ce/2012/article28226235.pdf>
112. InterSyndicat National des Internes. [2017]. Enquête Santé Mentale 2017. De l'importance de la santé mentale des étudiants et jeunes médecins. Paris. Récupéré à l'adresse : <http://www.isncca.org/Actualite/207/20170613PresentationConfdepresseESMJM.pdf>
113. Jaca, C., Viles, E., Tanco, M., Mateo, R., & Santos, J. [2013]. Teamwork effectiveness factors in healthcare and manufacturing industries. Team Performance Management: An International Journal, 19(3/4), 222–236. <https://doi.org/10.1108/TPM-06-2012-0017>
114. Jones, L., & Way, D. [2007]. Healthy workplaces and effective teamwork: viewed through the lens of primary healthcare renewal. HealthcarePapers, 7 Spec No, 92–97. <https://doi.org/10.12927/hcpap.18685>
115. José, D., Eduardo, E., Bondarick, R., & Philippe, L. [2014]. Quality of Working Life and Productivity : An Overview of the Conceptual Framework, 2(5), 87–98.
116. Kalisch, B. J., & Lee, K. H. [2012]. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. Nursing Outlook, 60(5), e32–e39. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.04.006>
117. Kanten, S., & Sadullah, O. [2012]. An Empirical Research on Relationship Quality of Work Life and Work Engagement. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 62, 360–366. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.057>
118. Kara, D., Uysal, M., Sirgy, M. J., & Lee, G. [2013]. The effects of leadership style on employee well-being in hospitality. International Journal of Hospitality Management, 34(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2013.02.001>
119. Kesti, M. [2012]. 2nd Annual International Conference on Qualitative and Quantitative Economics Research Organization human resources development connection to business performance, 2(Qqel), 257–264. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(12\)00086-X](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(12)00086-X)
120. Kesti, M., & Syväjärvi, A. [2012]. Human Resource Development Function to both Organizational Performance and Quality of Working Life, 5176. <https://doi.org/10.5176/2010-4804>
121. Kitzmiller, R., Hunt, E., & Breckenbridge Sproat, S. [2006]. Adopting Best Practices. CIN: Computers, Informatics, Nursing, 24(2), 75–82. <https://doi.org/10.1097/00024665-200603000-00005>
122. Klirzg, R., Kraut, R., Dumais, S., & Koch, S. [1989]. Computerization, productivity, and quality of work-life, 32(2).
123. Körner, M., Göritz, A. S., & Bengel, J. [2014]. Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction / Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. International Journal of Health Professions, 1(1), 5–12. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2014-0006>
124. Kornig, C., Levet, P., & Ghadi, V. [2016]. Revue de littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins. Paris. Récupéré à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf
125. Laroche, F. [2017, Mail]. La performance hospitalière à l'épreuve du « care ». Gestions Hospitalières, pp. 1–6. Récupéré à l'adresse : <http://gestionshospitalieres.fr/performance/hospitaliere?alepreuve?care/>
126. Le Tourneur, A., & Komly, V. [2011]. Burnout des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Faculté de médecine de Grenoble. Récupéré à l'adresse : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693>
127. Lejeune, J., Chevalier, S., Coillot, H., Gillet, N., Michon, J., Dupont, S., ... Colombat, P. [2017]. Déterminants managériaux et organisationnels, santé psychologique au travail des soignants et qualité de prise en charge des enfants en oncologie pédiatrique. Revue d'Oncologie Hématologie Pédiatrique, 5(2), 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.oncohp.2017.04.004>
128. Lemieux, N., & Beauregard, M. [2015]. Parallèles entre l'évolution des pratiques de gestion du management et le changement agile. Question(s) de Management, 2, 65–76. <https://doi.org/10.3917/qdm.152.0065>
129. LePine, J. A., Piccolo, R. F., Jackson, C. L., Mathieu, J. E., & Saul, J. R. [2008]. A meta-analysis of teamwork processes : tests of a multidimensional model and relationships with team effectiveness criteria. Personnel Psychology, 61, 273–307. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2008.00114.x>
130. Lindqvist, R., Smeds Alenius, L., Griffiths, P., Runesdotter, S., & Tishelman, C. [2015]. Structural characteristics of hospitals and nurse-reported care quality, work environment, burnout and leaving intentions. Journal of Nursing Management, 23(2), 263–274. <https://doi.org/10.1111/jonm.12123>
131. Loquet, J., & Nagou, G. [2014]. Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales, (novembre). Récupéré à l'adresse : http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet_Nagou.pdf
132. Lowe, G. S. [2002]. High-Quality Healthcare Workplaces : A Vision and Action Plan. Hospital Quarterly, 51(4), 49–56. Récupéré à l'adresse : https://www.longwoods.com/articles/images/Accenture_HQ_vol5_no4_Lowe.pdf
133. MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Lee Murray, B., Fowler-Kerry, S. E., & Anonson, J. M. S. [2010]. Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. Nurse Education in Practice, 10(4), 238–242. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2009.11.012>
134. Mahmood-Yousuf, K., Munday, D., King, N., & Dale, J. [2008]. Interprofessional relationships and communication in primary palliative care : impact of the Gold Standards Framework. British Journal of General Practice, 58(549), 256–263. <https://doi.org/10.3399/bjgp08X279760>
135. Manser, T. [2009]. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
136. Manyazewal, T., & Mattakala, M. C. [2017]. Beyond patient care : the impact of healthcare reform on job satisfaction in the Ethiopian public healthcare sector. Human Resources for Health, 15(10), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0188-1>
137. Manyisa, Z. M., & Aswegen, E. J. Van. [2017]. International Journal of Africa Nursing Sciences Factors affecting working conditions in public hospitals : A literature review. International Journal of Africa Nursing Sciences, 6, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.02.002>
138. Mars, M., Bronstein, J., & Lusch, R. [2012]. Organizations as ecosystems. Rotman Management, 41(4), 271–280. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2012.08.002>
139. Martin, D. [2017]. "Lean" in the UK Civil Service: from the theory of improvement to the varied realities of costs cutting. La Nouvelle Revue Du Travail, 1(0). <https://doi.org/10.4000/nrt.3117>
140. Mathieu, J. E., Heffner, T. S., Goodwin, G. F., Salas, E., & Cannon-Bowers, J. A. [2000]. The Influence of Shared Mental Models on Team Process and Performance. Journal of Applied Psychology, 85(2), 273–283. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.85.2.273>
141. Matthews, S., & MacDonald-Renz, S. [2007]. Healthy workplaces and teamwork for healthcare workers need public engagement. Healthcare Papers, 7(Special Issue).
142. McClure, M. L. [2005]. Magnet Hospitals. Insights and issues. Nursing Administration Quarterly, 29(3), 198–201. <https://doi.org/10.1097/00006216-200507000-00003>
143. McCulloch, P., Rathbone, J., & Catchpole, K. [2011]. Interventions to improve teamwork and communications among healthcare staff. British Journal of Surgery, 98(4), 469–479. <https://doi.org/10.1002/bjs.7434>
144. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. [2016]. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. Récupéré à l'adresse : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf
145. Minvielle, E., Sciotte, C., Champagne, F., Contandopoulos, A.-P., Jeantet, M., Préaubert, N., ... Richard, C. [2008]. Hospital performance : Competing or shared values ? Health Policy, 87, 8–19. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.017>
146. Miremont, M.-C., & Valax, M. [2015]. Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. @GRH, 2(15), 15–35. <https://doi.org/10.3917/grh.152.0015>
147. Moe, N. B., Dingsøyr, T., & Dybå, T. [2010]. A teamwork model for understanding an agile team: A case study of a Scrum project. Information and Software Technology, 52(5), 480–491. <https://doi.org/10.1016/j.infsof.2009.11.004>
148. Moisdon, J.-C., & Pepin, M. [2010]. Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé (No. 97). Récupéré à l'adresse : <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13425/1/serieuetud97.pdf>
149. Moret, L., Anthoine, E., Gillet, N., Fouquereau, E., & Colombat, P. [2014]. Organisation du travail, démarche participative et satisfaction des patients hospitalisés : une évaluation dans 47 services d'oncologie. Psycho-Oncologie, 8, 157–164. <https://doi.org/10.1007/s11839-014-0466-2>
150. Morin, E. [2008]. Sens du travail, santé mentale et engagement organisationnel (Rapport R-543). Récupéré à l'adresse : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirssr/r-543.pdf>
151. Moulin, T., Retel, O., & Chavot, D. [2003]. Impacts des nouvelles technologies informatiques et de communication (NTIC) sur l'organisation hospitalière et la prise en charge des patients : Réseau d'Aide au Diagnostic et aux Soins des Urgences Neurologiques (RAIDS-UN). Santé Publique, 15(Hors-série), 191–200. Récupéré à l'adresse : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2003-HS-page-191.htm>
152. Mourgues, J.-M., & Le Breton-Lerouvillois, G. [2016]. La santé des étudiants et jeunes médecins. Récupéré à l'adresse : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
153. Nayak, T. [2015]. Quality of Work Life and Organizational Performance : The Mediating Role of Employee Commitment. Journal of Health Management, 17(3), 263–273. <https://doi.org/10.1177/0972063415589236>
154. Nielsen, K., Yarker, J., Randall, R., & Munir, F. [2009]. The mediating effects of team and self-efficacy on the relationship between transformational leadership, and job satisfaction and psychological well-being in healthcare professionals: A cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 46(9), 1236–1244. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.001>
155. Nijssen, M., & Pauw, J. [2017]. HRM in turbulent times : how to achieve organizational agility ? The International Journal of Human Resource Management, 23(16), 3315–3335. <https://doi.org/10.1080/09585192.2012.689160>
156. Nobre, T., Minvielle, E., & Baret, C. [2011]. Chercheurs en gestion : Acteurs de la transformation des organisations de santé ? Journal D'économie Médicale, 29(1), 3–4. <https://doi.org/10.3917/jgem.111.0003>
157. Nugus, P., Green, D., Travaglia, J., Westbrook, J., & Braithwaite, J. [2010]. How and where clinicians exercise power : Interprofessional relations in health care. Social Science & Medicine, 71, 898

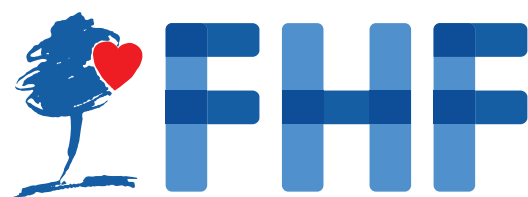
BIBLIOGRAPHIE

164. Parush, A., Kramer, C., Foster-Hunt, T., McMullan, A., & Momtahan, K. (2014). Exploring similarities and differences in teamwork across diverse healthcare contexts using communication analysis. *Cognition, Technology and Work*, 16(1), 47–57. <https://doi.org/10.1007/s10111-012-0242-7>
165. Patel, H., Pettitt, M., & Wilson, J. R. (2012). Factors of collaborative working : A framework for a collaboration model. *Applied Ergonomics*, 43(1), 1–26. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2011.04.009>
166. Peretti, J. M., & Frimousse, S. (2015). Regards croisés sur le changement agile. *Question(s) de Management*, 2(10), 107–123. <https://doi.org/10.3917/qdm.152.0107>
167. PetitDitDariel, O. (2015). L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 1, 197–204. <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2015.10.005>
168. Petrovsky, N., & Ritz, A. (2014). Public service motivation and performance : a critical perspective. *Evidence-Based HRM : A Global Forum for Empirical Scholarship*, 2(1), 57–79. <https://doi.org/10.1108/EBHRM-07-2013-0020>
169. Picard, N. (2017, January 18). Demain, des soignants. *Le Monde*, pp. 4–5.
170. Polomeni, A. (2015). La question du sens au travail en institution hospitalière. *Psycho-Oncologie*, 9, 19–25. <https://doi.org/10.1007/s11839-015-0501-y>
171. Pot, F. D., & Koningsveld, E. A. (2009). Quality of working life and organizational performance – two sides of the same coin ? *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 35(6), 421–428. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1356>
172. Pruijt, H. (2013). Performance and quality of working life. *Journal of Organizational Change Management*, 13(4), 389–400. <https://doi.org/10.1108/09534810010339077>
173. Radnor, Z. J., Holweg, M., & Waring, J. (2011). Lean in healthcare : the unfilled promise ? *Social Science and Medicine*, 73(3), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
174. Rai, H., & Singh, M. (2013). A study of mediating variables of the relationship between 360° feedback and employee performance. *Human Resource Development International*, 16(1), 56–73. <https://doi.org/10.1080/13678868.2012.740797>
175. Ramstad, E. (2009). Promoting performance and the quality of working life simultaneously. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 58(5), 423–436. <https://doi.org/10.1108/17410400910965706>
176. Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). Promoting partnership for health: Interprofessional teamwork for health and social care. Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781444325027>
177. Rico, R., Alcover de la Hera, C. M., & Tabernero, C. (2011). Work team effectiveness, a review of research from the last decade (1999–2009). *Psychology in Spain*, 15(1), 57–79. Récupéré à l'adresse : http://www.jibc.ca/sites/default/files/community_social_justice/pdf/cl/Work Team Effectiveness.pdf
178. Rohland, B. M. (2000). A survey of burnout among mental health center directors in a rural state. *Administration and Policy in Mental Health*, 27(4), 221–237. <https://doi.org/10.1023/a:1021361419155>
179. Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., ... Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association*, 316(21), 2214–2236. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
180. Rucay, P., & Bonneau, I. (2012). Le projet ESPRIH: évaluation et étude des risques psychosociaux à l'hôpital. *Archives Des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 73(6), 877–884. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2012.09.007>
181. Rust, T. C. (2013). Dynamic Analysis of Healthcare Service Delivery: Application of Lean and Agile Concepts. Worcester Polytechnic Institute. Récupéré à l'adresse : <http://www.wpi.edu/Pubs/ETD/Available/etd-043013-140924/>
182. Rust, T., Saeed, K., Bar-On, I., & Pavlov, O. (2013). Adapting Agile Strategies to Healthcare Service Delivery. In *The 31st International Conference of the System Dynamics Society* (pp. 1–48). Récupéré à l'adresse : <http://www.systemdynamics.org/conferences/2013/proceed/papers/P1371.pdf>
183. Salas, E., Cooke, N. J., & Rosen, M. A. (2008). On Teams, Teamwork, and Team Performance: Discoveries and Developments. *Human Factors*, 50(3), 540–547. <https://doi.org/10.1518/001872008X288457>
184. Salas, E., Rico, R., & Passmore, J. (2017). *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Team Working and Collaborative Processes*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118909997>
185. Salas, E., Rosen, M. A., Burke, C. S., & Goodwin, G. F. (2009). The Wisdom of Collectives in Organizations: An Update of the Teamwork Competencies. *Team Effectiveness in Complex Organizations: Cross-Disciplinary Perspectives and Approaches*. <https://doi.org/10.4324/9780203889312>
186. Shamian, J., El-Jardali, F., Clements, D., Dault, M., & Priest, A. (2007). New models for the new healthcare. *Healthcare Papers*, 7(Special Issue).
187. Shipton, H., Armstrong, C., West, M., & Dawson, J. (2008). The impact of leadership and quality climate on hospital performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(6), 439–445. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzn037>
188. Sibé, M. (2016). Le Magnet Hospital. Un concept exportable dans le service public hospitalier français ? Récupéré à l'adresse : http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/matthieu_sibe_isped_0.pdf
189. Sibé, M., & Alis, D. (2016). L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail. In *Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif* (Dunod, pp. 133–143). Paris.
190. Sinclair, M. A., Siemieniuch, C. E., Haslam, R. A., Henshaw, M. J. D. C., & Evans, L. (2012). The development of a tool to predict team performance. *Applied Ergonomics*, 43(1), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2011.05.004>
191. Sommerfeldt, S. C., Barton, S. S., Stayko, P., Patterson, S. K., & Pimlott, J. (2011). Creating interprofessional clinical learning units: Developing an acute-care model. *Nurse Education in Practice*, 11(4), 273–277. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.12.003>
192. St-arnaud, L., Gignac, S., Gourdeau, P., & Pelletier, M. (2010). Démarche d'intervention sur l'organisation du travail afin d'agir sur les problèmes de santé mentale au travail. *Pistes : Perspectives Interdisciplinaires Sur Le Travail et La Santé*, 12(3), 1–20. <https://doi.org/10.4000/pistes.2639>
193. Sterman, J. D. (2001). System Dynamics Modeling: Tools for Learning in a Complex World. *California Management Review*, 43(4), 8–25. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01127.x>
194. Svandra, P. (2011). Le soin sous tension ? *Recherches En Soins Infirmiers*, 4(107), 23–37. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0023>
195. Syafii, L. I., Thoyib, A., Nimran, U., & Djumahir. (2015). The Role of Corporate Culture and Employee Motivation as a Mediating Variable of Leadership Style Related with the Employee Performance (Studies in Perum Perhutani). *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 211, 1142–1147. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.152>
196. Tanco, M., Jaca, C., Viles, E., Mateo, R., & Santos, J. (2011). Healthcare teamwork best practices: lessons for industry. *The TQM Journal*, 23(6), 598–610. <https://doi.org/10.1108/17542731111175220>
197. Tanskanen, T., Buhanist, P., & Kostama, H. (1998). Exploring the diversity of teams. *International Journal of Production Economics*, 56–57, 611–619. [https://doi.org/10.1016/S0925-5273\(96\)00097-7](https://doi.org/10.1016/S0925-5273(96)00097-7)
198. Thévenet, M. (2011). Analyse du burnout chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île-de-France et le Languedoc Roussillon. *Faculté de médecine Pierre et Marie Curie. Récupéré à l'adresse : http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/TheseMThevenet_final%5B1%5D.pdf*
199. Thomson, K., Outram, S., Gilligan, C., & Levett-Jones, T. (2015). Interprofessional experiences of recent healthcare graduates: A social psychology perspective on the barriers to effective communication, teamwork, and patient-centred care. *Journal of Interprofessional Care*, 29(6), 634–640. <https://doi.org/10.3109/13561820.2015.1040873>
200. Tolf, S., Nyström, M. E., Tishelman, C., Brommels, M., & Hansson, J. (2015). Agile, a guiding principle for health care improvement? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(5), 468–493. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2014-0044>
201. Totterdill, P. (2013). The Case for Workplace Innovation, 58–60. Récupéré à l'adresse : <http://www.iatge.de/aktuell/veroeff/jahrbuch/gb1213/07-Totterdill-Gastbeitrag.pdf>
202. Tsz-Sum Lee, C., & Doran, D. M. (2017). The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 84456211769934. <https://doi.org/10.1177/0844562117699349>
203. V. Lloyd, J., Schneider, J., Scales, K., Bailey, S., & Jones, R. (2011). Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: findings from an ethnographic study of healthcare assistants in dementia care. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), 345–351. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.567381>
204. Van Dijk-de Vries, A., van Dongen, J. J. J., & van Bokhoven, M. A. (2016). Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *Journal of Interprofessional Care*, 31(2), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1237481>
205. Van Wassenhove, W. (2014). Modèle de Karasek. In *Dictionnaire des risques psychosociaux* (pp. 170–174).
206. Vautier, V. (2017). Santé psychologique et qualité de vie au travail. Mobiliser les ressources collectives. *Gestions Hospitalières*. Récupéré à l'adresse : <http://gestions-hospitalieres.fr/sante/psychologique/-qualite?de=vie?travail/>
207. Vigneron, M. (2013). Risques psychosociaux : les DRH en risque d'overdose ! *Gestions Hospitalières*, (524), 39–42. Récupéré à l'adresse : <http://gestions-hospitalieres.fr/risques-psychosociaux-les-drh-en-risque-doverdose/>
208. Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), 149–154. <https://doi.org/10.1136/postgrad-medj-2012-131168>
209. Williams, L. (2012). What Agile Teams Think of Agile Principles. *Communication of the ACM*, 55(4), 71–76. <https://doi.org/10.1145/2133806.2133823>



ALLEZ PLUS LOIN AVEC LA FHF

➤ <http://mooc-attractivite.fhf.fr/>



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE