



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



L'AGENCE NATIONALE  
POUR L'AMÉLIORATION  
DES CONDITIONS DE TRAVAIL

# Évaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements sanitaires et médico-sociaux

## Rapport transversal

Mai 2019

Ce document (rapport, guide), comme l'ensemble des publications,  
est téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de santé – Service Communication - Information  
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX  
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Équipe projet :

C. Kornig,  
C. Massot  
C. Revest

# Sommaire

<b>Edito</b>	<b>7</b>
<b>Première partie : Contexte, méthode et présentation des démarches étudiées</b>	<b>7</b>
<b>1. Introduction : de la santé au travail à la qualité de vie au travail</b>	<b>7</b>
1.1 Le renouvellement du cadre théorique de la relation santé, travail et efficacité	7
▶ L'émergence d'une définition développementale de la santé	7
▶ La régulation conjointe, par la mise en discussion du travail, au point d'articulation de la santé et de l'efficacité.	8
1.2 La construction de la notion de Qualité de Vie au Travail par la HAS et l'ANACT	9
1.3 Les clusters Sociaux : un outil pour développer la QVT dans les établissements de santé	11
1.4 Évaluer l'efficacité des démarches QVT soutenues par les Clusters Sociaux	12
<b>2. Méthodologie de recherche</b>	<b>13</b>
2.1 Le périmètre de la recherche	13
2.2 Méthodologie de recherche	13
▶ Phase 1 – Analyse documentaire et élaboration des grilles d'entretien	13
▶ Phase 2 – Travail de terrain auprès des établissements de santé et rédaction des monographies	14
▶ Phase 3 – Travail de terrain sur la dynamique régionale et rédaction des monographies	15
▶ Phase 4 – Analyse transversale	15
<b>3. Présentation du dispositif « Cluster social QVT »</b>	<b>16</b>
3.1 Les étapes des clusters sociaux et des démarches QVT	17
▶ La constitution des clusters	17
▶ Les séances inter-établissements animées par l'Aract	17
▶ À l'intérieur des établissements : Copil et groupes de travail	19
▶ Un processus et des acteurs : l'enjeu des ruptures	22
<b>4. Synthèses des démarches mises en place dans les établissements</b>	<b>23</b>
4.1 Dali : centre hospitalier	23
4.2 Picasso : établissement d'hospitalisation à domicile	25
4.3 Arcabas : clinique de soins de suite et de réadaptation	26
4.4 Vasarely : l'hôpital en soins de suite et réadaptation	28
4.5 Van Gogh : Clinique psychiatrique	30
4.6 Cézanne : centre hospitalier	32
4.7 Gauguin : groupement hospitalier	34
4.8 Fisher : hôpital gériatrique	36
4.9 Monnet : EHPAD	38
4.10 Matisse : centre hospitalier	40

<b>Deuxième partie : Du cluster et de sa dynamique territoriale aux démarches QVT dans les établissements</b>	<b>41</b>
<b>5. La difficile inscription des clusters dans une dynamique territoriale</b>	<b>43</b>
5.1 Introduction : les attendus d'une action collective territoriale	43
5.2 Le lancement des clusters sociaux QVT : des configurations et des contextes différentes selon les régions	45
5.3 Quels intérêts des acteurs en présence à œuvrer sur la QVT ?	46
▶ Les Aract et la qualité de vie au travail	46
▶ Les ARS et la qualité de vie au travail	47
5.4 A quels problèmes doivent répondre les clusters régionaux ?	48
▶ Des comités de pilotage centrés sur le suivi du cluster le plus souvent	48
▶ ARS/ARACT : une configuration commanditaire/prestataire récurrente	49
▶ Quelques comités de suivi voient le jour	49
▶ Quels partenaires enrôler ?	50
5.5 Une volonté de déploiement des démarches QVT sur tout le territoire qui se heurte aux questions de moyens	52
5.6 Quelle pérennité ou comment rallonger le réseau d'acteurs ?	53
5.7 Conclusion : la dynamique territoriale, un impensé ?	55
<b>6. Les séances inter-établissements du cluster : échanger, former et expérimenter</b>	<b>56</b>
6.1 La constitution des Clusters et des trinômes	57
▶ A. Des Clusters initiés sans co-analyse de la demande	57
▶ B. La représentativité et l'engagement des membres des trinômes	59
6.2 L'animation des séances collectives par les intervenants de l'Aract	60
▶ A. Favoriser l'échange entre établissements	60
▶ B. Former et transmettre	62
▶ C. Déployer un outil de diagnostic ou un Espace de Discussion	67
▶ D. Soutenir une expérimentation	68
<b>7. Moyens et conditions de l'efficacité d'une démarche QVT</b>	<b>73</b>
7.1 L'expression et l'action sur le contenu du travail dans les démarches QVT	75
▶ Groupement hospitalier Gauguin : rendre effectif les groupes de travail en faisant évoluer leur objet	75
▶ Clinique Van Gogh : l'analyse collective de l'activité comme moyen d'innovation	76
▶ L'établissement Fisher : un Copil élargi ne parvenant pas à descendre au niveau de l'activité de soin	80
▶ Clinique d'Arcabas : l'absence de définition d'un problème commun	82
▶ Ehpad Monet : l'initiative soutenue et encadrée par la recherche d'un autre rapport au résident	83
▶ Vasarely, un espace de discussion centré sur la coordination des activités	84
7.2 La controverse, moyen d'initier et de développer une démarche QVT	87
▶ Définir un problème pour associer les acteurs	87
▶ La controverse, moyen d'explorer de nouveaux fonctionnements	93
7.3 Le transfert d'un pouvoir d'initiative, moyen et finalité d'une démarche QVT	98
▶ La perspective de l'action, condition de l'efficacité de l'expression sur le contenu du travail	98
▶ Une histoire de management : échanger la certitude du contrôle contre le risque de l'initiative	101

<b>8. Conclusion : l'efficacité des démarches QVT initiées et soutenues par les controverses sur les détails de l'activité</b>	<b>103</b>
8.1 L'équipement de l'expression et de l'action sur le contenu du travail	103
▶ La formation et l'identification des Porte-Paroles et traducteurs	103
▶ Équipement de la controverse dans les Comités de Pilotage	103
▶ Équipement des groupes de travail	104
8.2 L'expérimentation de la controverse	104
▶ Expérimenter l'action par la controverse	104
▶ Initier une boucle itérative d'expérimentation	105
8.3 La force des détails	105
<b>9. Bibliographie</b>	<b>107</b>
<b>10. Annexes</b>	<b>110</b>
10.1 Grille d'entretien - Monographie établissement : Participant Cluster (trinôme)	110
10.2 Grille d'entretien - Monographie d'établissement : Groupes de travail	113
10.3 Grille d'entretien - Monographie d'établissement : Professionnels des services concernés (hors groupes de travail et Cluster)	115
10.4 Grille d'entretien - Monographie territoriale : Acteurs ARS Chargé mission	117
10.5 Grille d'entretien - Dynamique territoriale : ARS Supérieur hiérarchique	119
10.6 Grille d'entretien - Dynamique territoriale : Chargé mission ARACT	121
10.7 Grille d'entretien - Dynamique territoriale : Acteurs autres que ARS/ARACT	122

## Édito

- « *Il fait bon se faire soigner dans un établissement où il fait bon vivre* ». Cette assertion s'incarne dans le lien étroit et démontré entre qualité des soins et la qualité de vie au travail. C'est bien sur la base de l'effectivité de ce lien établi que la HAS et l'Anact mènent depuis 2010 un travail conjoint à destination des professionnels dont l'objectif est d'éclairer et d'outiller le sujet.
- À l'appui de l'engagement fort de la DGOS, les productions ressorties de ces travaux ont été mises à l'épreuve de l'expérimentation. Telle a été la fonction des clusters qui ont permis d'engager en deux vagues successives plus de 150 établissements sanitaires et médico-sociaux dans une mise en œuvre concrète et partagée d'actions dont la visée était de travailler collectivement à de nouveaux modes d'organisation pour une meilleure qualité du travail et in fine des soins.
- Ce rapport relate le cheminement de nos institutions en lien avec les acteurs du secteur, de l'embarquement progressif d'établissements, avec ses réussites et ses écueils, de la difficulté parfois rencontrée pour enclencher une véritable dynamique locale ou régionale sur un sujet qui relève davantage d'une démarche ascendante que descendante et qui de fait se doit de laisser aux acteurs de terrain un espace de liberté, d'initiative et de responsabilité.
- En 2017, la première vague de 12 clusters, objet de cette évaluation, a été suivie d'une seconde permettant d'engager de nouvelles régions. Dans le même temps le Ministère de la santé lançait la Stratégie Nationale « Prendre soin de ceux qui nous soignent » accentuant sur le terrain la mobilisation des ARS venant ainsi dessiner les contours d'une politique nationale, dépassant le cadre de l'expérimentation.
- Un dispositif d'évaluation de la vague 1 des clusters a été initié. Il en résulte ce rapport ainsi que des monographies régionales et d'établissements. Il a été jugé préférable pour le respect de l'anonymat de ne pas publier ces monographies.
- Ce rapport d'évaluation transversal ayant été réalisé par des chercheurs en sociologie du travail, il en découle une analyse conceptuelle du dispositif par les auteurs. Si cela revêt un intérêt sur le plan théorique et méthodologique, cette approche comporte le risque d'être insuffisamment accessible et pragmatique. Pour autant, ce travail apporte des éclairages, explorant les dynamiques amorcées par les actions concrètes menées à partir des enjeux relatifs aux organisations du travail et tente d'en extraire les facteurs clés de réussite ou a contrario les freins ou les limites.
- Ce rapport motive la poursuite de la démarche permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels et la performance globale des établissements. Il éclaire particulièrement ce que livrent les expérimentations quant aux effets produits sur « le mieux travailler » et « le mieux travailler ensemble » donc sur les collectifs et plus particulièrement l'équipe, clé de voute de la qualité des soins, protectrice des patients mais aussi des professionnels.

-  
- HAS – ANACT  
-

En partenariat avec :



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

# Première partie : Contexte, méthode et présentation des démarches étudiées

## 1. Introduction : de la santé au travail à la qualité de vie au travail

### 1.1 Le renouvellement du cadre théorique de la relation santé, travail et efficacité

#### ► L'émergence d'une définition développementale de la santé

Différentes disciplines, s'intéressant aux relations entre santé et travail, ont progressivement produit un nouveau paradigme à partir des années 2000.

L'hypothèse commune est qu'il est insuffisant de chercher à comprendre les difficultés, pour les salariés, à réaliser un travail dont l'intensité est jugée trop importante et d'élaborer ensuite les moyens soit de diminuer cette intensité, soit de permettre à ces salariés de l'affronter. Différents travaux de recherche font l'hypothèse que l'articulation de la santé et du travail par le concept d'intensité, même articulée à la question du soutien social, ne permettent pas de rendre compte de la question de la fatigue, de la reconnaissance et d'une conception dynamique et développementale de la santé au travail.

Des travaux issus de la clinique de l'activité<sup>1</sup>, de la socio-psychologie<sup>2</sup>, de la psycho-dynamique<sup>3</sup>, des sciences de gestion<sup>4</sup> ou de l'ergonomie<sup>5</sup> ont élaboré un nouveau cadre théorique dans lequel le point d'articulation entre santé et travail est la qualité du travail.

Ces recherches ont développé l'hypothèse selon laquelle les travailleurs cherchent à porter dans leur travail les qualités dont ils se sentent responsables, comme sujet et membre d'un collectif de travail, auprès de clients et usagers, de l'entreprise, d'eux-mêmes, de leur métier etc.

Dans ce cadre, c'est lorsqu'un travailleur ne parvient plus à se reconnaître dans ce qu'il fait que le travail cesse d'être un moyen du développement de sa santé.

Une définition développementale de la santé soutient ce cadre théorique, définition dont une formulation peut être attribuée au philosophe et médecin G. Canguilhem : « Je me porte bien dans la mesure où je me sens capable de porter la responsabilité de mes actes, de porter des choses à l'existence et de créer entre les choses des rapports qui ne leur viendraient pas sans moi »<sup>6</sup>. Dit autrement, dans le cadre de cette définition développementale, c'est lorsque le salarié peut se sentir responsable des qualités de son travail et peut porter au monde, par son travail, des qualités dans lesquelles il se reconnaît qu'il peut développer, par son travail, sa santé.

L'intensification du travail devient aussi un facteur indirect d'atteinte à la santé. Lorsque cette intensification, par la fatigue qu'elle provoque ou par l'impossibilité d'effectuer certaines tâches, rend impossible un travail dont le salarié reconnaît ses qualités, cela porte atteinte à sa santé.

Cette définition de la santé ouvre des possibilités pratiques nouvelles.

1 Clot, Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte Éditions, Paris.

2 Lhuillier D., Litim M. (2009) , « Le rapport santé-travail en psychologie du travail », *Mouvements*, vol.2 n° 58, p. 85-96.

3 Dejours C. (2009), *Travail Vivant*, Éditions Payot, Paris.

4 Detchessahar M. (2011), « Santé au travail », *Revue française de gestion*, vol.5, n°214, p.89-105.

5 Falzon P. (2013), « Pour une ergonomie constructive », dans P. Falzon (s/d) *Ergonomie constructive*, Presses Universitaires de France, p.1-15.

6 Canguilhem G. (2002) *Écrits sur la médecine*, Éditions du Seuil, Paris, p. 68

Développer la santé au travail ne signifie plus protéger le salarié d'une intensité trop forte ou accroître ses capacités à affronter une intensité plus grande.

L'enjeu est de soutenir les moyens pouvant permettre au salarié de réaliser un travail dans lequel il puisse se reconnaître. L'élargissement du pouvoir d'agir du salarié sur son travail devient la condition du développement effective de sa santé : c'est lorsque le travailleur peut se porter responsable des qualités effectives de son travail, peut agir pour le transformer quand il en juge la qualité dégradée ou empêchée, que le travail peut être le moyen du développement de sa santé.

Mais lorsque, Y. Clot écrit que « le pouvoir d'agir au travail est une clé de voûte de la santé et de l'efficacité »<sup>7</sup>, ce développement est articulé au concept d'efficacité, non seulement du geste technique mais de l'organisation elle-même.

Or, cette articulation du pouvoir d'agir, de la santé et de l'efficacité s'inscrit dans le constat de la rétraction des scènes de régulation dans les organisations contemporaines et de leur nécessaire redéploiement.

## ► La régulation conjointe, par la mise en discussion du travail, au point d'articulation de la santé et de l'efficacité.

Différentes études, issues de plusieurs champs des sciences sociales s'intéressant au travail, ont convergé, également à partir des années 2000, vers le constat de la rétraction de la scène de régulation conjointe, scène à l'articulation des normes autonomes, issues de l'activité, et de contrôles, issues de l'organisation<sup>8</sup>. « Finalement, et c'est sans doute un des constats forts des travaux récents, l'acteur de la régulation autonome semble s'effacer, laissant le champ "libre" au déploiement des logiques de contrôle. [...] Repli (constituant) les signes les plus visibles d'un affaissement des compromis sociaux dans les entreprises [...] » constatent en 2003 des chercheurs en sociologie<sup>9</sup>.

La psycho dynamique du travail a estimé pour sa part, dès les années 1990, que la rétraction des espaces de délibération sur le travail empêchait la reconnaissance, et donc la dynamique de la transformation de la souffrance en plaisir<sup>10</sup>. Pour la clinique de l'activité, « dans le monde professionnel, le silence sur la question de la qualité du travail peut se faire assourdissant »<sup>11</sup>. Pour les ergonomes Daniellou, Dugué et Petit, c'est parce que les opérateurs ne peuvent débattre, dans les organisations contemporaines « des objectifs du travail » qu'ils ne peuvent développer ce « pouvoir d'agir essentiel à la préservation de leur santé »<sup>12</sup>.

Différents travaux en sciences de gestion observent le retrait du travail comme objet de discussion entre opérationnels et managers. Pour M. Detchessahar<sup>13</sup>, les managers ont « déserté la scène du travail » pour rester au chevet des machines de gestion, laissant les opérationnels seuls face aux dilemmes de leur activité, P.-Y. Gomez constatant que le travail est devenu « invisible », les managers devenant « des experts du travail abstrait »<sup>14</sup>.

Ces analyses partagent le constat que le travail n'est pas, ou plus, un sujet de discussion dans les organisations, mais seulement un objet de contrôle.

Certains auteurs, prolongeant ces constats et analyses, jugent que cette rétraction de la scène de régulation « menace »<sup>15</sup> la pérennité des organisations et est devenue « un enjeu fort en termes de santé et, plus largement, de performance » (Detchessahar, 2013).

7 Clot Y. (2008), Travail et pouvoir d'agir, Presses Universitaires de France, coll. Le travail humain, Paris.

8 Reynaud, J.-D. (1988), « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue Française de Sociologie*, 24, 1, p.5-18.

9 Granier, F., Guillaume C., Osty F. (2003), « La métamorphose des compromis sociaux dans les univers de travail », Actes du Forum de la Régulation.

10 Dejours, C. (1998). Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale. Seuil Éditions, Paris.

11 Clot, Y. (2010). Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. La Découverte Éditions, Paris.

12 Petit, J., Dugué, B., Daniellou, F. (2011), « L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques », *Le travail humain*, 4, 74, 391-409.

13 Detchessahar, M. (2011), « Santé au travail ». *Revue française de gestion*, 5, 214, 89-105.

14 Gomez, P.-Y. (2013). Le travail invisible : Enquête sur une disparition. François Bourin Édition, Paris.

15 Hatchuel, A., Segrestin, B. (2012). Refonder l'entreprise. Seuil Éditions, Paris.



Ces auteurs, par des voies différentes, font valoir la nécessité du redéploiement de cette régulation conjointe, par la mise en discussion du travail, de ses qualités et de son organisation, entre opérationnels, encadrement et direction<sup>16</sup> au nom de la pérennité et de l'efficacité de l'organisation.

Dans ce cadre théorique, le redéploiement du pouvoir d'agir des salariés, par la mise en discussion des questions de travail et d'organisation, devient non seulement le moyen du développement de la santé des salariés mais aussi de l'efficacité et de la pérennité de l'organisation.

La notion de Qualité de Vie au Travail s'est développée, notamment à partir de sa formulation institutionnelle par l'ANI de 2013, dans le prolongement de ce cadre théorique et des perspectives qu'il dessine, la HAS cherchant à l'ancrer à la qualité des soins.

## 1.2 La construction de la notion de Qualité de Vie au Travail par la HAS et l'ANACT

En octobre 2010, la Haute autorité de santé (HAS) organise un colloque sur les liens entre qualité de vie au travail et qualité des soins, colloque auquel participent Y. Clot et M. Detchessahar.

L'Accord National Interprofessionnel « Vers une politique d'amélioration de la Qualité de Vie au travail et de l'égalité professionnelle », signé par les partenaires sociaux le 19 juin 2013 définit, dans son préambule, la QVT en ces termes : « La Qualité de Vie au Travail vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non de "faire du bon travail" (...). La compétitivité des entreprises passe notamment par leur capacité à investir et à placer leur confiance dans l'intelligence individuelle et collective pour une efficacité et une qualité du travail (...). La QVT contribue à cette compétitivité ». Plus en avant, il est précisé que : « Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la QVT qui en résulte ».

Cet accord articule la QVT aux possibilités de « faire du bon travail », c'est-à-dire à un travail de qualité, et la compétitivité des entreprises à la mobilisation de l'intelligence des salariés pour effectuer ce travail de qualité. De plus, dans cet accord, la QVT est articulée aux capacités des salariés à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail.

En 2013, dans une note<sup>17</sup>, la HAS et l'ANACT écrivent que « (...) l'enjeu est d'identifier de nouvelles capacités d'action en appréhendant la qualité de vie au travail comme une manière de (ré)interroger l'organisation. L'environnement des établissements a considérablement changé : les pressions se multiplient et se cumulent. La souffrance des personnels revêt un caractère d'urgence et les solutions, sinon les échappatoires, se recherchent davantage dans les raisonnements individuels. Or, la question centrale est celle des conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins. L'hypothèse fondatrice renvoie à l'idée qu'à un sentiment de travail « bien fait » correspond un sentiment de qualité de vie au travail ».

En 2017, dans le guide « La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux », la HAS et l'ANACT écrivent :

« La mise en place d'une démarche QVT doit être imaginée comme un processus itératif étroitement corrélé à l'amélioration de la qualité des soins ».

<sup>16</sup> Detchessahar, M. (2013), « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, 1, 19, 57-80.

<sup>17</sup> Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé Note du groupe établissement, Juin 2013, HAS, ANACT.

« La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux. Elle se traduit par un sentiment individuel et collectif de bien-être au travail qui résulte :

- des conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail ;
- et de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci.

La clé de voûte de la qualité de vie au travail réside dans le pouvoir d'agir sur son travail : elle place le travail, son organisation, sa transformation au centre du dialogue professionnel au sein des services et du dialogue social au sein des instances représentatives du personnel »<sup>18</sup>.

S'appuyant sur certaines formulations de l'ANI de 2013, la QVT est définie ici comme la conséquence des conditions d'exercice du travail et de la capacité d'expression et d'action des salariés sur leur travail. Cette définition lie la QVT au pouvoir d'agir des opérationnels sur leur travail et à la mise en discussion, dans le dialogue professionnel et social, du travail, de son organisation et de sa transformation. Enfin, la QVT, dans le cadre des établissements de soin, est corrélée à la qualité des soins.

La HAS et l'ANACT définissent la QVT comme la conséquence de la mise en discussion du travail et de son organisation, dans le cadre d'un dialogue professionnel et social, et du déploiement du pouvoir d'agir des opérationnels, comme moyen de soutenir le développement de la qualité des soins, la performance des établissements et du sentiment de bien-être des salariés au travail.

Cette définition de la QVT sera utilisée et déployée, comme nous le verrons, par les intervenants des Aract, animateurs des séances collectives et individuelles des Cluster, auprès des établissements de santé.

Dans l'appel à candidature « Clusters d'Établissement pour le déploiement de démarches Qualité de Vie au Travail », envoyés par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, la HAS et l'ANACT, la QVT est synthétisée en ces termes : « la Qualité de vie au travail s'impose comme une nouvelle voie offrant des marges de manœuvre pour améliorer le bien-être des personnels, la qualité des soins et la performance des établissements, de santé, sociaux et médico-sociaux ».

La question est alors, pour la HAS et l'ANACT, d'élaborer les moyens effectifs permettant de déployer, dans les établissements, cette QVT ainsi définie.

Les Clusters Sociaux sont conçus pour être un de ces moyens.

<sup>18</sup> HAS, ANACT/ARACT (2017), La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, document validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en 2017, septembre. Nous soulignons certaines expressions.

## 1.3 Les clusters Sociaux : un outil pour développer la QVT dans les établissements de santé

Les Clusters Sociaux QVT sont créés pour servir de dispositif pratique au déploiement effectif de la QVT dans les établissements de soin.

Après un travail collectif réalisé par un comité paritaire mis en place en 2014, les clusters QVT sont lancés au début de l'année 2016.

Ces clusters sociaux sont des dispositifs dont l'objectif est de soutenir des expérimentations effectives, dans différents types d'établissements de santé, devant permettre la mise en discussion des problèmes de travail, entre professionnels et encadrement, condition, dans la définition construite par la HAS et l'ANACT, du développement de la QVT, de la qualité des soins, du sentiment de bien-être des salariés et de la performance des établissements.

Pour V. Ghadi, chef de projet au service développement de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS), « (Le dispositif des clusters est né pour permettre) une réelle dynamique d'expérimentation de la démarche à l'échelle des environnements réels de travail, dans un esprit de consensus garanti par le respect du paritarisme social, et en phase avec des enjeux particulièrement prégnants dans les différentes régions (...) »<sup>19</sup>.

Dans un document, co-rédigé par l'ANACT et la HAS20, il est indiqué que « l'ambition de la démarche QVT vise (...) la recherche de solutions pragmatiques pertinentes tout en s'inscrivant dans une politique plus générale. Éviter le « tout est dans tout » et éviter de fixer a priori des normes de bon fonctionnement, tant dans la définition des problèmes que dans la recherche de solutions : c'est à travers la pratique et l'expérimentation que l'on trouvera des réponses adaptées ».

Le Cluster QVT est un dispositif, initié par la HAS et la DGOS, d'accompagnement des établissements de santé par l'ANACT et par les intervenants des Aract, permettant, pour les établissements, de dégager des moyens permettant la mise en place et le déploiement de projets et d'expérimentations QVT.

<sup>19</sup> « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins », Travail & Changement, N°366, janvier/février/mars 2017, p.7.

20 10 questions sur... la Qualité de Vie au Travail, Anact 2015.

## 1.4 Évaluer l'efficacité des démarches QVT soutenues par les Clusters Sociaux

Notre travail d'évaluation s'inscrit dans ce cadre.

Son objet est de comprendre les dynamiques et l'effectivité de des expérimentations QVT soutenues par les Clusters Sociaux QVT.

Il ne s'agit pas d'évaluer, par un indice synthétique, les effets du dispositif Cluster Sociaux sur la QVT des établissements de santé, c'est-à-dire sur le sentiment de bien-être, sur la qualité des soins et sur la performance des établissements.

L'enjeu est de déterminer comment les établissements de santé ont utilisé les Clusters Sociaux pour développer le pouvoir d'agir des salariés sur les problèmes repérés dans les établissements, le dialogue professionnel, entre opérationnels, encadrement et directions et le dialogue social, ce développement devant avoir pour effet l'amélioration du sentiment de bien-être des salariés, la qualité des soins et la performance des établissements.

Notre questionnaire porte donc d'avantage sur les manières dont les établissements sont effectivement parvenus à développer ce dialogue et déplacer le pouvoir d'agir des professionnels de santé.

Trois types de questions se posent.

- Le premier concerne l'inventivité pratique des établissements pour mettre en place ces expérimentations : le cadre ouvert des clusters a laissé une importante marge de manœuvre aux établissements, ces derniers ayant la liberté de donner, en interne, la forme qu'ils estimaient la plus pertinente à ces expérimentations.

L'enjeu est ici de recenser ces différentes formes afin qu'elles puissent, en retour, être un moyen pour d'autres établissements.

- Le second concerne l'analyse de l'effectivité de ces expérimentations : comment est-il possible de comprendre que certaines expérimentations aient réussi, ou échoué, a effectivement développer l'expression et l'action des personnels sur le contenu du travail et son organisation, et soutenir le dialogue professionnel et social au nom de la qualité des soins et de l'efficacité de l'organisation ?

L'enjeu est alors de mettre à jour des facteurs de réussite permettant de comprendre le développement, ou l'empêchement, de ces expérimentations QVT. C'est ici la question des moyens et conditions de l'efficacité des démarches QVT dans les établissements de santé.

- Le troisième concerne les choix et les positions de l'ensemble des acteurs à l'œuvre tout au long de ces dispositifs : chargé de mission ARS, intervenant Aract, direction, encadrement intermédiaire, médecin, personnel de santé et représentants du personnel. Le déploiement de ce processus pose certains problèmes et certaines questions à ces acteurs.

L'enjeu est alors de comprendre quel sont ces problèmes et de mettre à jour les voies par lesquelles les acteurs sont parvenus, ou non, à les résoudre pour permettre et soutenir le déploiement effectif de démarches QVT.

Nous utiliserons, pour répondre à ces questions et enjeux, à plusieurs cadres théoriques issus des sciences sociales, notamment la sociologie de la traduction, de la psychologie du travail, notamment la clinique de l'activité, et des sciences de gestions

## 2. Méthodologie de recherche

### 2.1 Le périmètre de la recherche

L'analyse a porté sur les démarches de 10 établissements de santé ayant participé à la première vague de clusters sociaux QVT en 2016 d'une part ainsi que sur les dynamiques territoriales de 5 régions d'autre part. Le choix des établissements a été réalisé par le COPIL en coordination avec les chargés de mission Aract ayant suivi les établissements de santé et ont été répartis ainsi :

- 1) Centre Hospitalier (1600 salariés)
- 2) Unité d'hospitalisation à domicile (22 salariés)
- 3) Clinique privée (90 salariés)
- 4) Clinique psychiatrique (110 salariés)
- 5) Hôpital public (420 salariés)
- 6) ESPIC Centre de gérontologie (290 salariés)
- 7) Groupement hospitalier (622 salariés)
- 8) EHPAD
- 9) Centre hospitalier (768 salariés)
- 10) Centre hospitalier (200 salariés).

Les 5 monographies régionales ont été sélectionnées également par le comité de pilotage opérationnel.

Le travail d'entretiens et d'analyse s'est effectué en plusieurs étapes successives et a porté sur des questionnements différents selon les cibles (établissements /personnels d'établissements / régions).

### 2.2 Méthodologie de recherche

Le déroulement de la recherche s'est réalisé en 4 phases successives :

- Phase 1 – Analyse documentaire et élaboration des grilles d'entretien
- Phase 2 – Travail de terrain (établissements), analyse et rédaction des monographies d'établissements
- Phase 3 – Travail de terrain (régions), analyse et rédaction des monographies régionales
- Phase 4 – Analyse transversale

#### ► Phase 1 – Analyse documentaire et élaboration des grilles d'entretien

La première phase a consisté à affiner le cadrage et préparer le terrain d'enquête. Ses objectifs étaient multiples :

- Échanger, partager et valider les objectifs de l'évaluation avec le comité de pilotage opérationnel et paritaire et préparer le terrain d'enquête.
- Déterminer et valider les modalités d'organisation du terrain et du déroulement global de l'étude
- Affiner le calendrier de l'évaluation si nécessaire
- Lister les documents nécessaires à l'évaluation (production HAS – Anact depuis 2011)

Les grilles d'entretien des monographies d'établissement présentées en annexes ont été adaptées aux différents types d'interviewés (membre du trinôme, membre du COPIL QVT, agents membre des espaces de discussion ou autre outil, chargés de mission,...).

## ► Phase 2 – Travail de terrain auprès des établissements de santé et rédaction des monographies

Les objectifs étaient ici de disposer d'une connaissance fine de la mise en œuvre du cluster QVT dans les établissements, d'en dégager les effets produits sur différents plans et d'identifier tant les obstacles que les facteurs favorisant son déploiement.

Le choix des établissements à étudier a été fait par le Comité de pilotage sur proposition des chargés de mission des ARACT/ARS accompagnant les établissements.

Nous avons réalisé systématiquement avant de réaliser les entretiens avec les professionnels des établissements, 2 entretiens de cadrage, l'un avec le chargé de mission de l'ARACT, l'autre avec son partenaire de l'ARS. Il s'agissait d'un entretien approfondi, utile au bilan de la démarche et à la sociographie des acteurs de l'établissement.

Après cela, une prise de contact avec la direction ou le pilote du projet sur l'établissement nous permettait de définir la logistique des entretiens (prise de RV et fourniture de documents).

La phase centrale de collecte des données a été réalisée au moyen d'entretiens (entre 10 et 15) dans les établissements avec les acteurs parties prenantes, sur 3 jours :

- Les membres du trinôme participant aux temps collectifs : *entretien individuel en face à face*
- Les membres du Copil : *entretien individuel en face à face*
- Les participants au groupe de travail : *entretien individuel en face à face*
- Les professionnels concernés (non participants à la démarche) : *entretien collectif*

Nous avons mené ensuite une analyse par établissement des matériaux collectés, en couplant l'analyse de contenu des entretiens à celle des documents produits par les établissements dans le cadre du cluster. Cette analyse a donné lieu à la production d'une monographie d'établissement, qui est confidentiel, mais qui sert de matériau à l'analyse transversale présentée ici.

Chaque monographie a suivi le plan suivant :

- Présentation de l'établissement
- Les raisons de l'engagement des acteurs de l'établissement dans le cluster (objectifs internes poursuivis, objectifs externes vis-à-vis de l'ARS, l'ARACT ou autres) ;
- La démarche : pilotage, méthode, animation, outils, liens avec autres dimensions, facteurs favorables ou freins rencontrés ;
- Les effets produits sur différents plans : le collectif (relations, coordination, coopération,...), l'organisation du travail, l'efficacité, la qualité des soins (sécurité, continuité,...), le dialogue social (rôle effectif dans le pilotage, articulation avec les instances,...) ;
- Les enseignements qui se dégagent au niveau du portage « politique » de la démarche, du cadre méthodologique déployé, du positionnement des acteurs (notamment des managers cadres de santé et médecins).

## ► Phase 3 – Travail de terrain sur la dynamique régionale et rédaction des monographies

Les objectifs étaient ici de connaître la place et le rôle joué par les clusters chez ses porteurs et acteurs associés au niveau régional et d'évaluer les dynamiques partenariales éventuellement permises par ces clusters. La démarche était ici assez similaire à celle proposée pour les établissements de santé.

Le choix des 5 régions à étudier a été effectué par le Comité de pilotage sur proposition des chargés de mission des ARACT/ARS accompagnant les établissements.

Deux entretiens de cadrage avec l'ARACT et l'ARS nous ont permis d'évaluer la dynamique régionale existante, les problématiques particulières rencontrées (freins et leviers) et les acteurs à interviewer.

Une prise de contact et de RV a permis d'organiser les entretiens, téléphoniques ou en face à face, (autour de 5) auprès :

- des agents de l'ARS : entretien individuel (chargé de projet QVT) puis de leur supérieur hiérarchique (N+1 ou N+2)
- des chargés de mission de l'Aract : entretien individuel (chargé de mission stratégie régionale)
- des partenaires externes à l'ARS : entretien individuel (fédérations, organismes professionnels, institutions de prévention, chercheurs associés,...)

Le matériau ainsi recueilli a été complété d'une analyse documentaire (questionnaires, productions HAS et Anact).

La note présentant chaque monographie régionale a constitué l'une des fournitures contractuelles attendues mais elles restent également confidentielles. Elles sont le matériau permettant l'analyse transversale.

## ► Phase 4 – Analyse transversale

Une analyse générale des 10 monographies d'établissements ainsi que les 5 analyses de la dynamique territoriale.

Au total, nous avons réalisés au total 168 entretiens dont 139 dans les établissements de santé et 29 dans les clusters régionaux.

Différentes grilles d'entretiens ont été élaborées selon les types d'acteurs interviewés et les approches retenues (niveau établissement et niveau régional). Elles se répartissent ainsi et sont disponibles en annexes :

- Les grilles des monographies d'établissement
  - Les participants au cluster régional (1)
  - Les participants aux groupes de travail au sein de l'établissement (2)
  - Les personnels concernés (non participants aux groupes de travail) (3)
- Les grilles des monographies régionales
  - Les chargés de mission ARS et leurs supérieurs hiérarchiques (4)(5)
  - Les chargés de mission Aract en charge de l'accompagnement des établissements et/ou du développement régional stratégique (6)
  - Les partenaires extérieurs (7)

### 3. Présentation du dispositif « Cluster social QVT »

Les clusters sociaux sont des dispositifs, pilotés à l'échelle régionale par les Aract et ARS, regroupant plusieurs établissements de santé, devant permettre d'initier et de soutenir des démarches QVT dans les établissements.

Pour la HAS et l'ANACT, dans la note technique envoyée aux établissements de santé avec l'appel à candidature, le cluster social repose sur :

*La matrice d'un processus d'apprentissage collectif qui sécurise les acteurs des démarches QVT et renforcent leur capacité à transformer le travail pour le rendre plus performant, du point de vue de la qualité des soins comme de ses effets sur l'engagement et la santé des professionnels.*

En 2016, dans un document précisant le cadre de l'évaluation des Clusters Sociaux, ces agences les définiront en ces termes :

*Le cluster social est une méthode :*

- *d'accompagnement des établissements, dans ce cas précis, pour prendre en compte la qualité de vie au travail et la qualité des soins,*
- *d'outillage des participants pour initier la démarche dans leurs établissements : elle permet de développer des apprentissages, dans le cadre d'une démarche structurée,*
- *en vue de mener des actions concrètes sur le fond, c'est-à-dire en se saisissant d'enjeux relatifs aux organisations du travail.*

*L'objectif des clusters sociaux est de proposer une démarche et des outils appropriables par les établissements. C'est un mode original de mobilisation des acteurs, dans une dynamique paritaire.*

*Le cluster repose sur une dynamique participative, expérimentale et pédagogique, dont on attend qu'elle produise des effets positifs sur la qualité de vie au travail des professionnels, la qualité de service et la dimension économique.*

Ces Clusters Sociaux sont conçus pour être des processus dynamiques visant à transformer le travail et à agir sur son organisation, au nom de la santé des personnels, de qualité des soins.

C'est une « dynamique participative » à laquelle plusieurs acteurs doivent participer. Plus précisément, il est conçu non pas pour être un processus à appliquer mais comme un moyen, un « outillage », devant soutenir l'action de ces acteurs, c'est-à-dire des différents personnels des établissements.

Ces clusters ne sont pas des prescriptions méthodologiques, mais des outils dont ces acteurs doivent se saisir pour agir sur le travail, la qualité des soins et l'organisation du travail.

Ce sont donc des méthodes ouvertes à l'initiative des personnels des établissements.

La méthodologie des Cluster reposent essentiellement sur l'alternance entre des séances externes, entre établissements du Cluster Social, animées par un intervenant d'une Aract, et un travail interne, dans les établissements, sous la responsabilité des personnels impliqués dans la démarche QVT.



## 3.1 Les étapes des clusters sociaux et des démarches QVT

### ► La constitution des clusters

Les établissements de santé, observés dans le cadre de cette évaluation des démarches QVT, ont été invités à un projet nommé « cluster social QVT » entre fin 2015 et début 2016 par un courrier. À ce courrier présentant l'appel d'offre, signé par la DGOS, la HAS et l'ANACT, étaient joints une note technique, présentant le cluster Social, un document présentant la notion de QVT et une fiche projet.

Ces acteurs disposaient de peu de temps pour mettre en place les clusters, la réponse à l'appel à candidature devant être envoyée avant le 17 février 2017.

Face à cette contrainte, certains clusters se sont appuyés sur des réseaux ou des groupes d'établissements déjà constitués. Par exemple, certaines régions ont mobilisé des groupes d'établissements psychiatriques, dont les directeurs avaient pu déjà avoir travaillé ensemble. Certaines ARS ont pu prolonger un travail en cours portant sur une thématique transversale, par exemple la bientraitance. Enfin d'autres ARS ont, plus simplement, mobilisé leurs connaissances des établissements et des directions pour procéder à une pré-sélection d'établissements susceptibles d'être intéressés ou en capacité de répondre à cet appel à candidature.

En décembre 2016 ou en janvier 2017, les ARS ont contacté les établissements susceptibles de pouvoir répondre à cet appel à candidature, une réunion pouvant être organisée par l'ARS, avec la participation des Aract, pour présenter les démarches des Clusters QVT.

La première demande, exprimée par l'ARS, conformément aux conditions de la candidature, est que les établissements constituent des trinômes composés d'un membre de la direction, du corps médical et d'un représentant du personnel siégeant au CHSCT.

Sans toujours savoir avec précision ce que revêtaient le terme « cluster social » ou le champ de la QVT, les 10 établissements étudiés ont répondu à cet appel.

L'appel à candidature accepté, les trinômes des établissements ont été invité à la première session inter-établissements.

### ► Les séances inter-établissements animées par l'Aract

Les séances inter-établissements sont présentées en ces termes dans la note technique :

*Le groupe de travail et d'échange est animé par des professionnels du réseau Anact-Aract. (...)*

*Il repose sur une architecture simple qui combine :*

- *un travail collaboratif des établissements, travail guidé au cours de 5 sessions d'une journée échelonnées sur une période de 6 à 8 mois.*
- *Le travail est guidé par une méthode d'animation développée par le réseau Anact-Aract.*
- *Les journées sont organisées autour d'apports d'outils et de méthodes sur les démarches QVT et de cas présentés soit par les animateurs soit par les participants.*
- *L'ingénierie prévoit des travaux en plénière et des travaux en sous-groupes directions d'une part, représentants du personnel d'autre part.*

Ces séances collectives doivent suivre une progression spécifique :

	J1 Lancement	J2 Diagnostic préala- lable	J3 Expérimentations	J4 Expérimentations	J5 Repères pour agir
<b>Matin</b>  Thème : la dé- marche	Tour de table sur les enjeux et les attentes des partici- pants.  Précisions sur le fonctionne- ment du groupe de travail et d'échanges  Présentation de la dé- marche QVT	Méthodes et outils  Un cas présenté par un établis- sement  Apports métho- dologiques	Modalités d'évaluation des expérimentations  Un cas présenté par un établis- sement  Travail en sous- groupes (direc- tions/OS)	Modalités d'évaluation des expérimentations (suite)  Un cas présenté par un établis- sement  Travail en sous- groupes (direc- tions/OS)  Discussion en plénière sur les cas	Capitalisation des repères pour agir / démarche  Travail en sous- groupes puis plénière  Choix des cas à retenir / valoriser
<b>Après midi</b>  Thème : le conte- nu	<u>Présentation</u> d'un cas par les animateurs  Travail en sous- groupes (directions / OS)  Choix en plé- nière des contenus à travailler	<u>Contenu 1</u>  Présentation d'un cas par un établissement  Apports de fond (éventuellement par les institu- tionnels)  Questions et débat	<u>Contenu 2</u>  Présentation d'un cas par un établissement  Apports de fond (éventuellement par les institu- tionnels)  Questions et débat	<u>Contenu 3</u>  Présentation d'un cas par un établissement  Apports de fond (éventuellement par les institu- tionnels)  Questions et débat	<u>Capitalisation</u> des repères pour agir / contenu pour chaque éta- blissement  Bilan et éva- luation du Cluster



### Travail inter session dans les établissements

Sources : notice technique préfiguration des clusters (envoyée avec les lettres d'invitation aux clusters aux établissements de santé)

Les trinômes des établissements ont d'abord participé à des réunions collectives, avec d'autres établissements de santé. Ces réunions sont animées par l'Aract, avec pour objectif de mobiliser, former et outiller les acteurs porteurs des établissements.

Les deux premières sessions permettent de former les trinômes à la question de la QVT, de la méthodologie de l'ANACT et l'élaboration d'une démarche QVT.

Les trois séances suivantes doivent permettre de présenter, mettre en discussion et évaluer les démarches construites et menées par les établissements.

Entre ces séances, les trinômes des établissements doivent effectuer un « travail intersession » consistant à déployer un projet et une démarche QVT.

Ces séances collectives sont pensées pour suivre une progression de la théorie vers la pratique et accompagner les trinômes dans le déploiement, à l'intérieur de leurs établissements, de leur démarche.

S'il s'agit de former les trinômes, c'est pour donner aux équipes (qu'ils représentent et avec lesquelles ils vont œuvrer ensuite) le moyen de déployer une démarche permettant de « *de mener des actions concrètes sur le fond, c'est-à-dire en se saisissant d'enjeux relatifs aux organisations du travail* ».

La finalité de ce dispositif de séances collectives est le soutien à l'action concrète.

## ► À l'intérieur des établissements : Copil et groupes de travail

Les trinômes, entre les sessions collectives, doivent trouver les moyens de déployer une démarche QVT.

La méthodologie des démarches QVT n'est pas précisée par la note technique et le dispositif du Cluster. C'est ici une volonté de la HAS et l'ANACT : il revient aux établissements, non pas d'appliquer une procédure ou des solutions, mais d'inventer et d'expérimenter leur propre méthodologie et démarche.

Le document « 10 questions sur... La qualité de vie au travail »<sup>21</sup>, coproduit par l'ANACT et la HAS et joint à l'appel à candidature, propose cependant un cadre méthodologique.

A la question 6 « Quand et comment expérimenter », il est précisé :

*L'expérimentation s'applique au sein d'une unité, d'un service ou d'un pôle sur un projet particulier et pas nécessairement sur tout l'établissement. Il est préférable que ce projet soit de nature technico-organisationnelle (ex : introduction de nouveaux équipements, développement de la chirurgie ambulatoire,...) et non « purement » social ou uniquement « prévention ».*

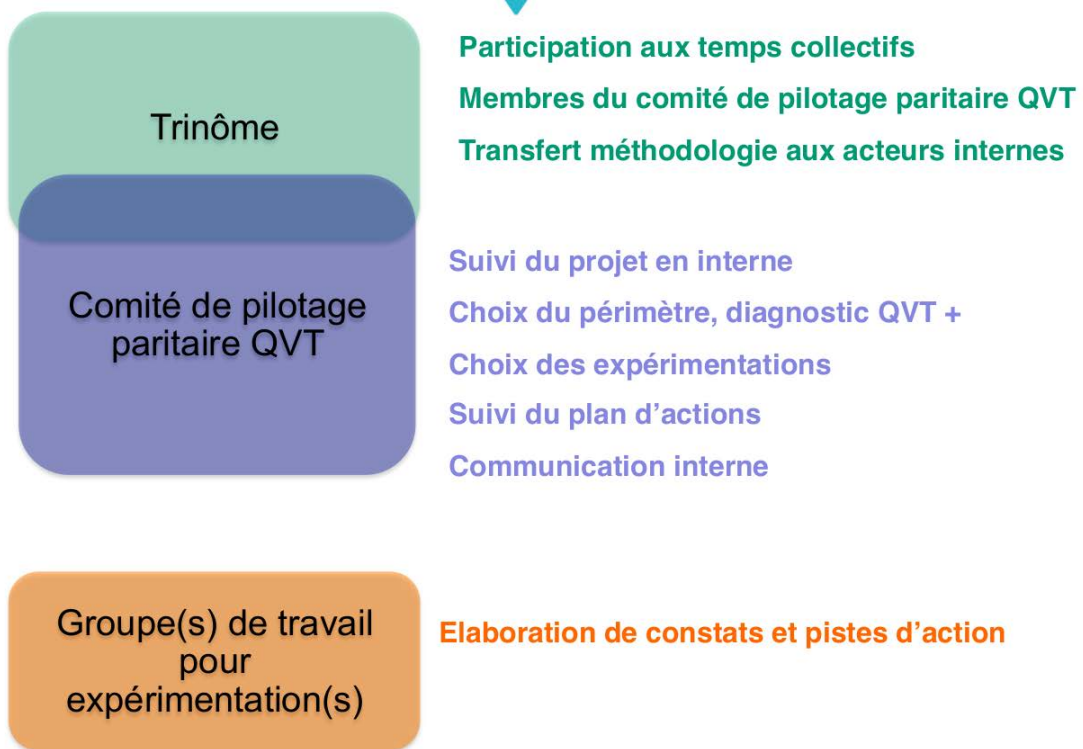
*Le choix du périmètre ou des unités, services ou pôles pour expérimenter peut se faire selon différentes voies :*

- *Instances paritaires (CHSCT, CTE ou structure ad hoc) qui décident du périmètre de l'expérimentation.*
- *« Appel à projets » où les cadres et les équipes sont invités à proposer un projet expérimental.*
- *Élaboration de critères de choix : conditions de faisabilité, durée, coût...*

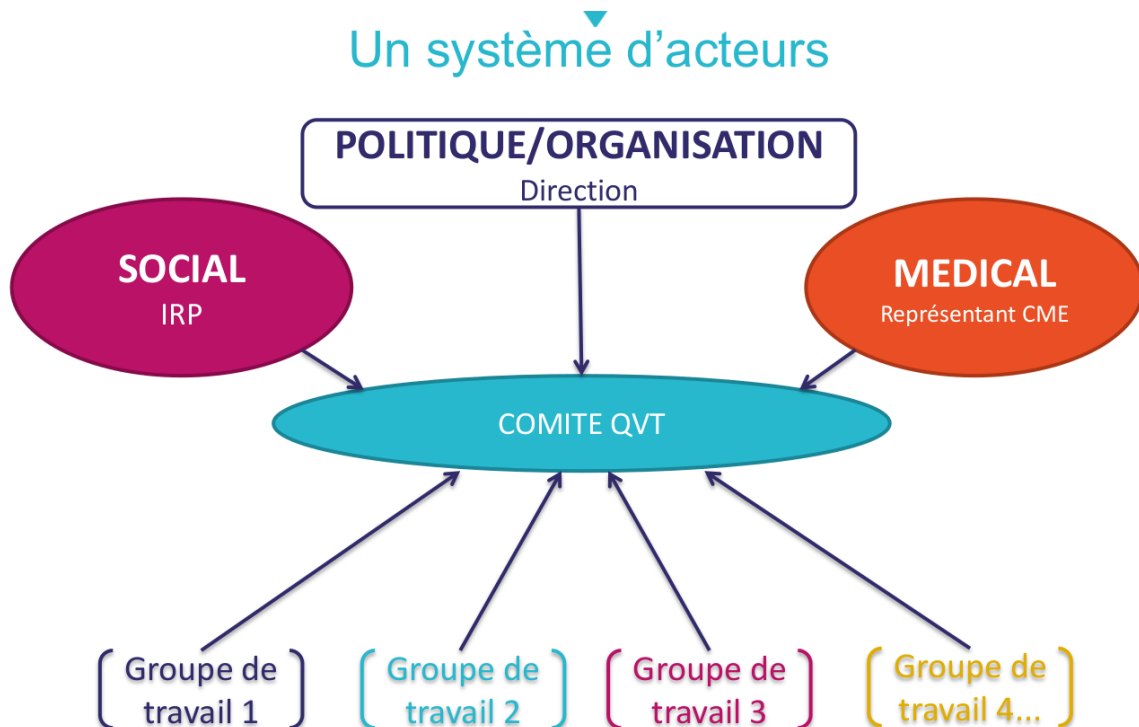
Ce document ne fournit pas d'outils ou de dispositif de déploiement d'expérimentations ou de démarches QVT, même si certains outils d'évaluation sont proposés.

Certains intervenants des Aract proposeront, lors des séances collectives, une structuration, dans les établissements, des démarches QVT à partir de deux pôles : les Comités de Pilotage et les groupes de travail.

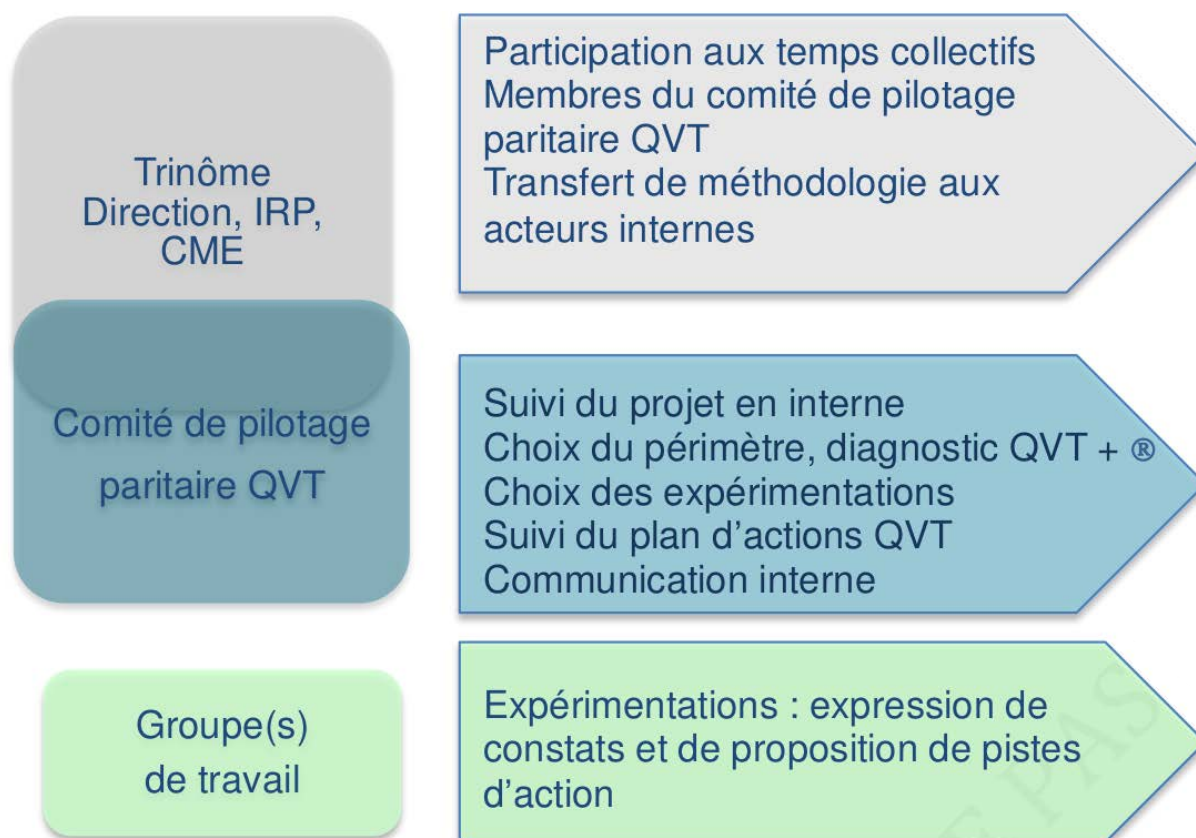
<sup>21</sup> 10 questions sur... La qualité de vie au travail. Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?, ANACT, HAS, Fédération d'établissements de santé.



Document Aract. Diapositive de séance collective.



Document Aract. Diapositive de séance collective.



Document de synthèse Ars/Aract

D'autres intervenants des Aract n'utiliseront pas cette structuration de la démarche.

Nous avons retrouvé cette structuration de la démarche dans une majorité d'établissements, avec différentes modifications et adaptations.

Ces démarches doivent suivre deux principes.

Elles doivent être collectives, parvenir à se saisir d'un enjeu opérationnel de l'activité et de l'organisation des soins, comme le rappelle A.-M. Gallet lors du colloque, organisé en septembre 2017 par la HAS, l'ANACT et la DGOS, *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins*<sup>22</sup> : « L'idée est de concevoir collectivement la démarche, de s'entendre sur les objectifs, d'identifier des sujets prioritaires, de définir le périmètre de l'expérimentation, d'organiser une phase de test pour mettre à l'épreuve les changements puis d'évaluer cette expérimentation et d'envisager son déploiement au sein de l'établissement dans un objectif de généralisation ».

Ce double principe est repris, lors des séances collectives, par différents intervenants des Aract.

Ce processus ouvre, par construction, une importante latitude aux acteurs des établissements : l'ouverture de leur pouvoir d'agir et de leur capacité à agir sur le contenu du travail implique un espace d'autonomie et d'initiative. Dit autrement, s'il s'agit, selon les termes d'une diapositive d'un intervenant d'une Aract, de « susciter et soutenir l'émergence de nouvelles pratiques sociales dans les établissements articulant performance et qualité du travail, faire émerger des innovations socio-organisationnelles, valoriser et diffuser les pratiques « qui fonctionnent », il ne peut être possible d'enfermer ces démarches dans une démarche prescrite.

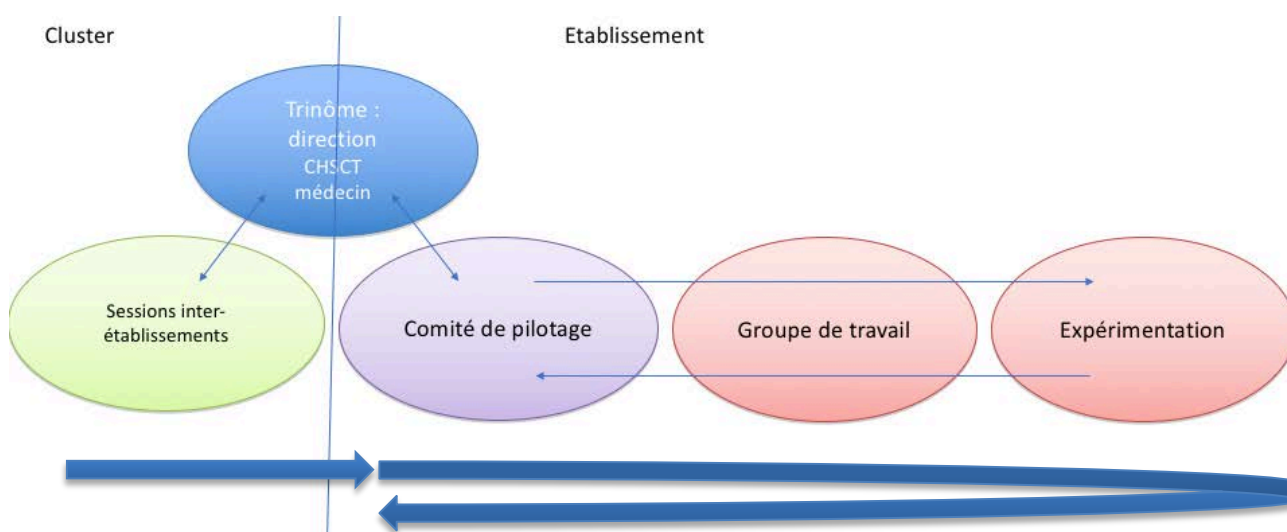
<sup>22</sup> Colloque La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins « Expérimenter, c'est imaginer », 11 septembre 2017 – Paris.

Nous rendrons compte de l'inventivité des établissements de santé, à partir de ce cadre initial, concernant le déploiement de ce processus et des démarches.

## ► Un processus et des acteurs : l'enjeu des ruptures

Le dispositif Cluster est un processus, initié localement par les ARS, partant d'une formation, portée par un intervenant Aract, à destination de différents trinômes d'établissement et devant aboutir à des actions « concrètes sur le fond », élaborées collectivement, « sur le contenu du travail », « en se saisissant d'enjeux relatifs aux organisations du travail ».

Ce dispositif et ces démarches, telle que pensés et configurés par la HAS, la DGOS et l'Anact, sont conçus pour suivre un processus d'appropriations successives et itératives, qui peut être représenté ainsi :



Ce dispositif doit permettre d'initier, à partir d'une échelle régionale mobilisant des trinômes, donc des directions d'établissement, des actions effectives de transformation du contenu du travail.

Il mobilise des acteurs portant des rôles, des fonctions et des responsabilités spécifiques aux différents moments de ce processus.

Les acteurs des instances, stratégiques et politiques (cluster/comité de pilotage) doivent permettre aux acteurs des instances opérationnelles (groupes de travail) de mener à terme une expérimentation et de l'évaluer.

Plus encore, l'objectif des clusters est d'initier, d'outiller et de rendre autonome les établissements pour que l'accompagnement au niveau cluster (1), lorsqu'il prend fin, puisse permettre aux acteurs d'inscrire cette démarche dans une nouvelle organisation interne, participative, itérative et effective.

Les différentes instances, actives au cours de ce processus (comité de pilotage, trinôme, groupe de travail), et ses acteurs ne peuvent agir séparément, leurs actions sont interdépendantes. Il s'agit alors de comprendre l'effectivité possible des Clusters, des démarches QVT et de ce processus et d'être alors d'être attentif aux processus d'appropriation et de traduction des acteurs (Callon, 1986).

L'enjeu théorique est de comprendre les passages/circulations entre les différentes instances et acteurs de ce processus.

A titre d'exemple, si le groupe de travail ne peut ou ne parvient pas à discuter avec le Comité de Pilotage des attendus du projet et ne peut débattre avec ce dernier de la pertinence de leurs choix, un risque existe de rupture du processus itératif.

La question de l'effectivité de ce processus est celle des conditions des passages et de l'articulation de ces différents moments, comme nous le détaillerons aux chapitres 6 et 7.

## 4. Synthèses des démarches mises en place dans les établissements

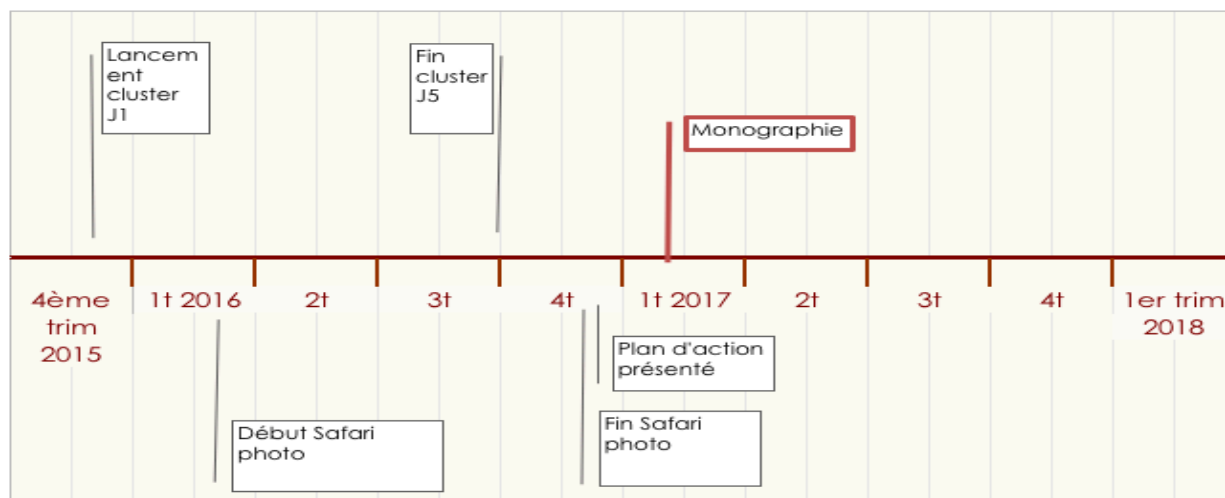
Nous présentons ici de manière synthétique les démarches mises en place dans les établissements dans le cadre des expérimentations des clusters sociaux QVT afin de souligner l'inventivité pratique des établissements pour mettre en place ces expérimentations ainsi que la diversité des objets de travail.

Comme nous l'avons déjà souligné, le dispositif cluster et la méthodologie déployée par les Aract pour accompagner les établissements s'inscrivent dans une perspective de « dynamique participative » auquel des professionnels sont invités à participer. Il ne s'agit pas d'un dispositif à appliquer mais d'un moyen d'accompagner et de soutenir l'action des professionnels.

Nous analyserons plus en détail les différents éléments des démarches QVT aux chapitres 6 et 7.

Nous remercions vivement les personnels des établissements et les chargés de mission des Aract qui nous ont permis de rencontrer les différents professionnels. Au total, près de 140 entretiens ont été menés dans les 10 établissements et dans chacun d'entre eux, l'accueil qui nous était réservé fut précieux et a permis un travail d'entretiens et parfois d'observation dans de très bonnes conditions.

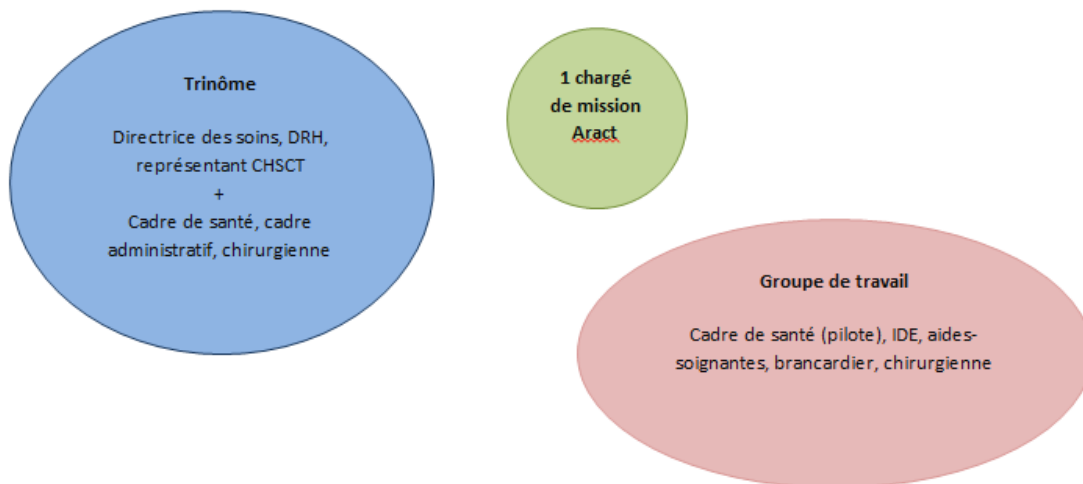
### 4.1 Dali : centre hospitalier



Ce centre hospitalier dispose d'un peu plus de 1000 lits et fait travailler 1600 salariés environ. L'établissement rencontre des difficultés économiques et doit réduire ses coûts. Il est décrit comme familial en raison de sa taille et de la stabilité des équipes et les conditions de travail y sont souvent présentées comme semblables aux autres avec un amoindrissement de la dimension collective, de l'autonomie et de la solidarité entre professionnels. L'établissement rencontre des problèmes d'attractivité, notamment auprès des médecins. Dans ces conditions, l'établissement se saisit de la démarche QVT pour tenter de redorer son image en interne et auprès de ses partenaires et tutelles, mais également pour repenser et accompagner le développement de son activité ambulatoire et enfin pour réfléchir à son organisation, dans le cadre de sa future organisation en GHT.

Le trinôme qui participe au cluster est constitué au départ de la directrice des soins, de la directrice des ressources humaines et du représentant du CHSCT mais variera ensuite selon les moments et le trinôme sera complété ou remplacé par deux cadres de santé, un cadre administratif de pôle et une chirurgienne. Il délègue au service de chirurgie ambulatoire l'expérimentation sur l'organisation de l'activité.

Un groupe de travail se met en place au sein de ce service auquel participent les infirmières et aides-soignantes du service ambulatoire, un brancardier, une chirurgienne du bloc opératoire et la cadre de santé. Le groupe de travail, piloté par la cadre de santé, s'empare alors de l'outil Safari Photo, après avoir été convaincu au cluster, lors d'échanges avec un autre établissement qui l'avait expérimenté et présenté. La démarche est animée par une chargée de mission de l'Aract.

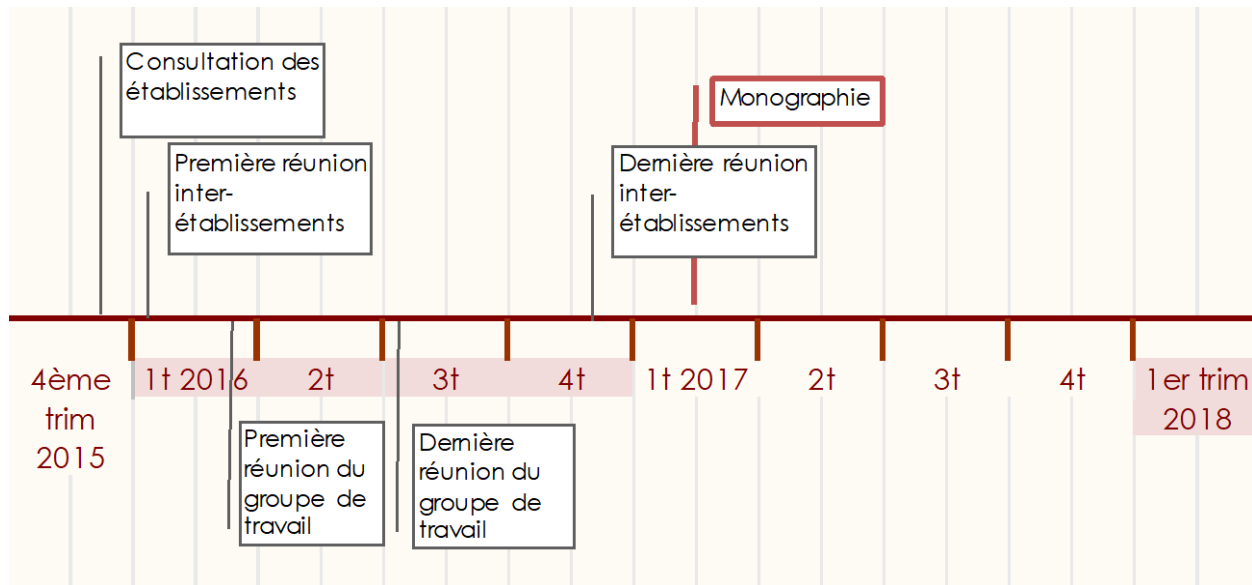


Le groupe de travail a ainsi réalisé les photos et croisé les regards sur ces situations de travail. Suite à cela, l'analyse des photos a été réalisée par les représentants de chaque service (ambulatoire, brancardage et bloc opératoire), qu'ils ont fait valider successivement par les équipes des services concernés, les services RH, la direction des soins et enfin par le CHSCT.

A l'issu des travaux, le groupe de travail a proposé un plan d'action pour améliorer la qualité du service comprenant l'acquisition de plusieurs matériels, une proposition de nouvelle organisation dans un service avec la mise en place d'un agent d'accueil et de soins pour la gestion des dossiers patients et de nouvelles modalités d'appel du service central de brancardage, des demandes de formation et l'aménagement de la salle d'attente pour pouvoir libérer plus vite les chambres en mettant les patients dans un endroit confortable avec un fauteuil adapté, la télé, la radio etc.



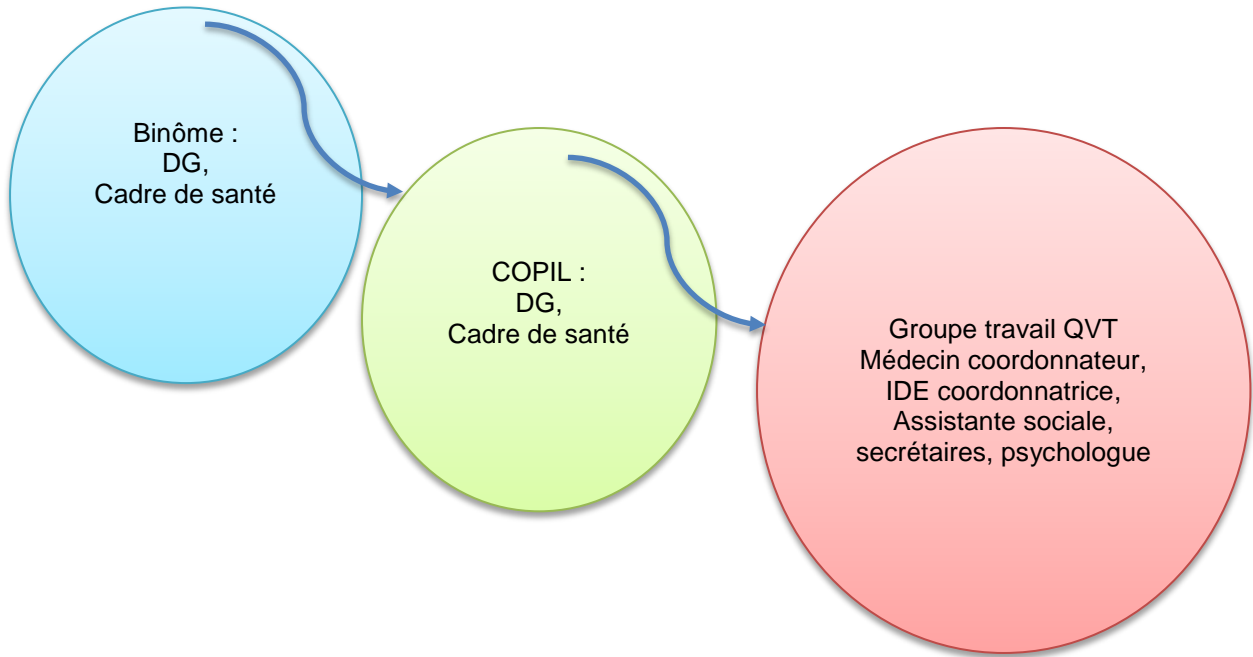
## 4.2 Picasso : établissement d'hospitalisation à domicile



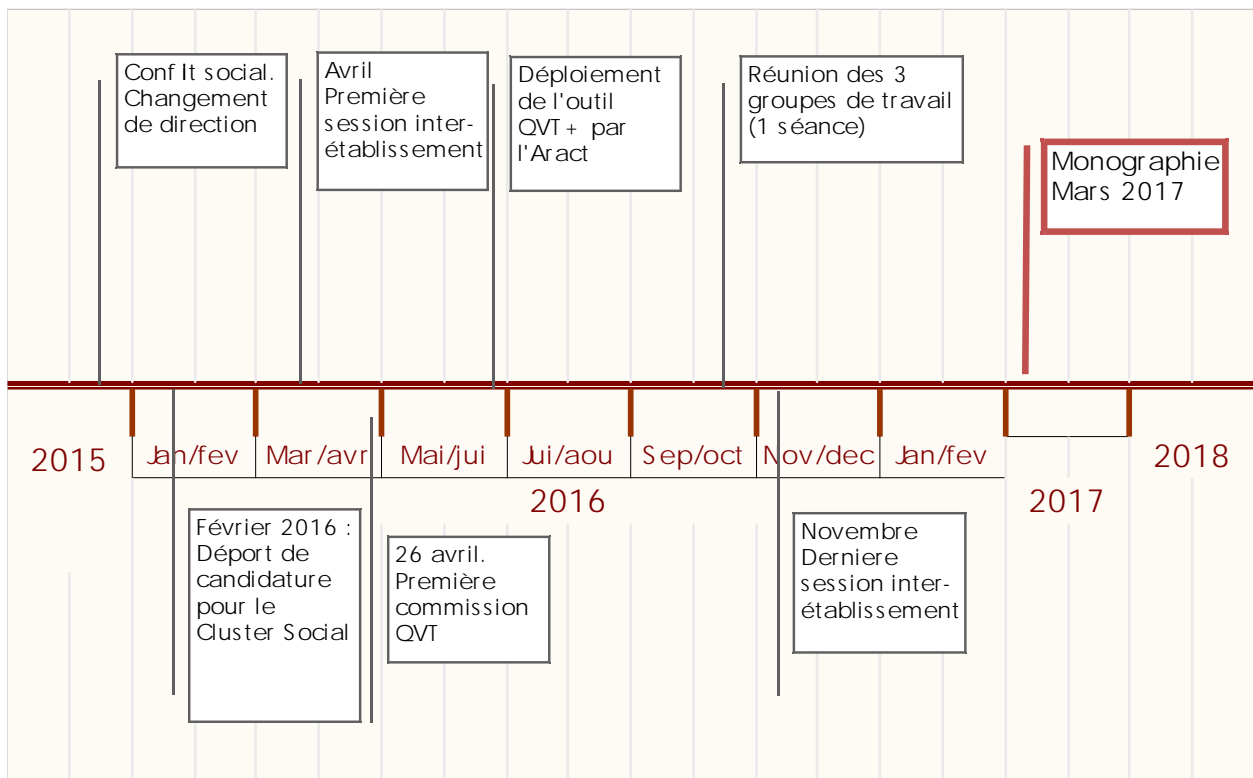
Il s'agit d'un établissement déployant une activité d'hospitalisation à domicile depuis 2009 et dotée d'un effectif de 12 salariés (en ETP). Les conditions d'emploi sont appréciées au plan des horaires, du contenu et des relations, mais une meilleure définition des rôles et de la façon de s'adapter aux variations de charge est attendue. La structure ne comporte pas de délégués du personnel et les sujets relevant du dialogue social institutionnel sont traités par la cadre de santé et le directeur.

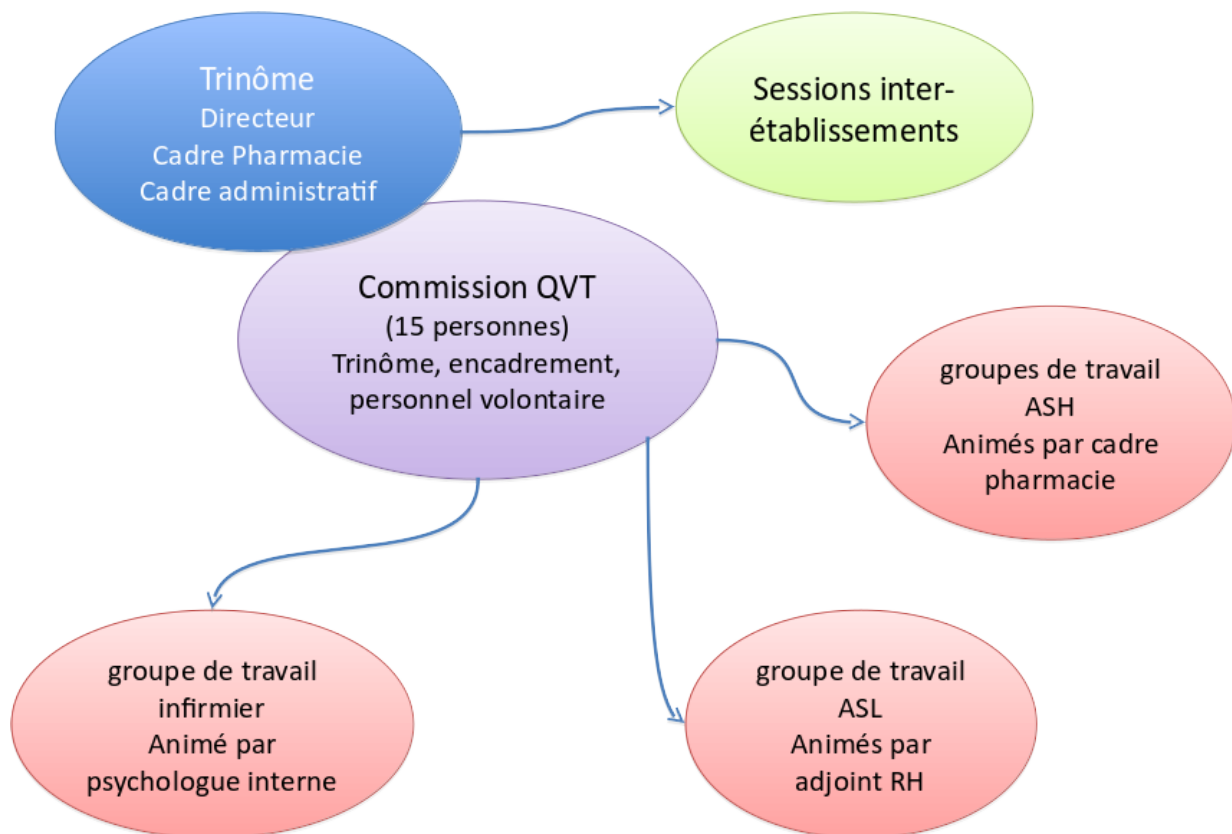
Début 2016, l'établissement s'inscrit dans le cluster car son directeur est membre de la fédération qui a déjà coopéré avec l'ARS et l'Aract. Son but est de rechercher une amélioration du bien-être et de la performance, notamment sur un sujet relatif à une étape du parcours du patient, l'entrée en relation avec l'infirmière libérale. Le directeur et le cadre de santé compose le binôme qui participe aux réunions inter-établissements et en retirent des bénéfices opérationnels, par exemple l'importation d'une procédure de sortie de nuit des infirmières mise au point par un confrère. Ils assurent aussi tous les deux la fonction de pilotage de l'expérimentation et lancent un travail en groupe sur l'amélioration de la coopération entre HAD et infirmières libérales qui soignent les patients hospitalisés à leur domicile. Cet objectif découle du vécu de tensions dans la relation entre le service et l'exercice libéral et le cluster fournit la méthode et le cadre temporel pour l'atteindre. Les groupes de travail sont animés par la psychologue interne, entre autres par des jeux de rôle. Ils se composent selon les groupes du médecin coordonnateur, des infirmières coordinatrices, de l'assistante sociale et des secrétaires. Ils aboutissent à élaborer une trame d'échange, validée ensuite par la direction en juillet 2016 et mise en œuvre de suite. Dans la continuité du cluster, l'établissement a aussi déployé deux autres actions, une formation sur la communication bienveillante pour laquelle l'établissement a bénéficié d'un financement de l'ARS et un second travail sur une autre étape du parcours patient, la rencontre des médecins libéraux pour laquelle la direction souhaite que les salariés promeuvent l'établissement.

Au-delà des bénéfices liés à la participation aux réunions inter-établissements, une amélioration de la relation avec les infirmières libérales est l'effet principal mesuré, ce qui est aussi perçu comme positif sur la qualité des soins (sécurité des soins très techniques à domicile, continuité des interventions de professionnels libéraux, circulation de l'information diagnostique et thérapeutique,...). Les difficultés rencontrées sont l'essoufflement du groupe de travail une fois l'établissement sorti du cadre prescripteur du cluster (il n'y a plus l'engagement envers l'Aract pour tenir le calendrier des travaux) et l'accentuation de la dimension de la performance au sein de la QVT, à la demande de la direction. Cela ne correspond pas à un enjeu opérationnel pour les salariés, mais en est un au plan éthique avec le rôle demandé en matière commerciale.



### 4.3 Arcabas : clinique de soins de suite et de réadaptation





Cette clinique de Soins de Suite et de Réadaptation, spécialisée en oncologie, peut accueillir jusqu'à 150 patients, répartis sur 3 unités, et emploie plus de 100 salariés.

Cet établissement a connu, en 2015, un important mouvement social, ce dernier s'enracinant dans une dégradation des relations hiérarchiques et des conditions d'exercice des soins. Au début de l'année 2016, un nouveau directeur est nommé.

Le directeur se saisit de la proposition, communiquée par l'ARS, de participer au Cluster social pour mettre au travail les questions de la coopération et de la communication entre salariés, la question de la QVT ayant été définie auparavant comme un enjeu stratégique par le nouveau directeur

Un trinôme est constitué par le directeur, un cadre administratif, participant au CHSCT, et le cadre responsable de la pharmacie. Ce trinôme participera à l'ensemble des sessions inter-établissements animées par l'Aract.

Une commission QVT, sur le modèle de l'ensemble des commissions régulant le fonctionnement de cet établissement, est mise en place.

Cette commission est ouverte à toute personne de l'établissement souhaitant y participer. Cette commission QVT réunit le trinôme, donc le directeur de l'Établissement, les principaux cadres de l'établissement, certains représentants du personnel, le personnel soignant (infirmier, ASH, ASL) et administratif. Son objet est de mettre en place collectivement une réflexion et des démarches QVT. Entre 10 et 15 personnes participent aux réunions de la commission QVT.

Cette commission QVT se réunira à 6 reprises pendant 1h à 1h30.

Cette commission déploiera, sur le conseil de l'Aract, le questionnaire QVT+. Le déploiement sera l'objet d'un désaccord : les salariés, infirmiers, ASH et ASL, estimant qu'il ne permet pas de prendre en compte les problématiques qu'ils disent vouloir aborder.

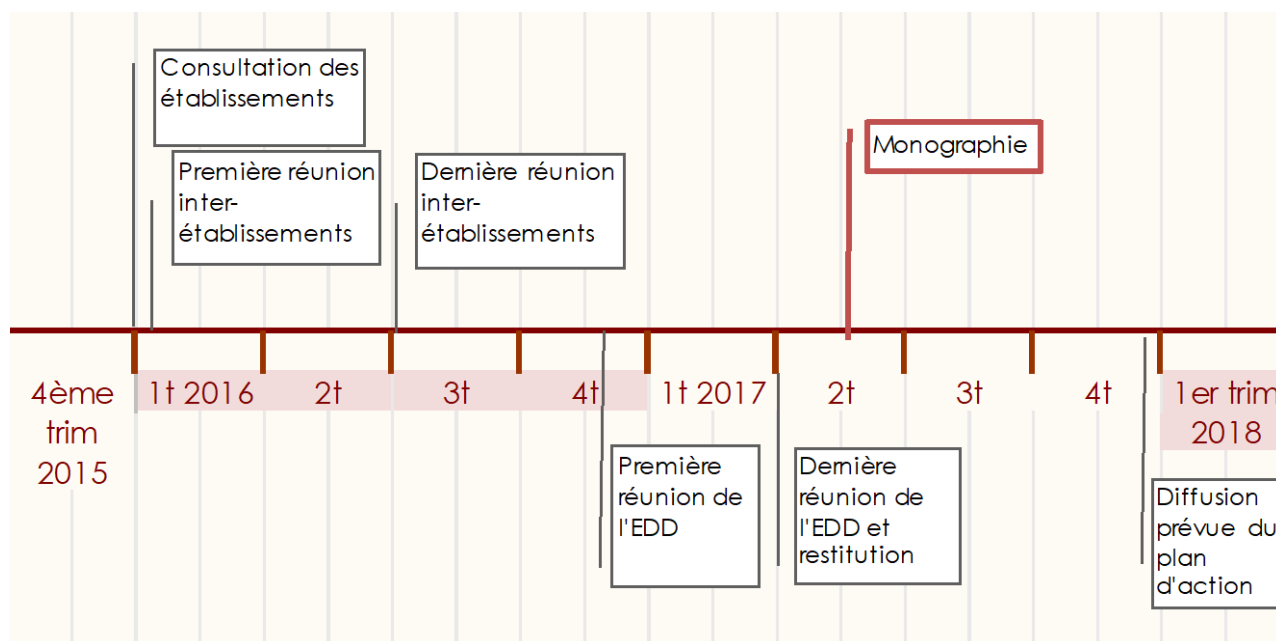
La commission mettra en place trois groupes de travail, animés par des membres de l'encadrement, pour mettre en discussion ces questions avec, respectivement, les Ide, AS et ASL.

Ces groupes de travail se réuniront à une unique reprise, regroupant entre 2 et 5 salariés. Ils ne permettront pas la mise en place d'une démarche ou d'action QVT dans ces métiers.

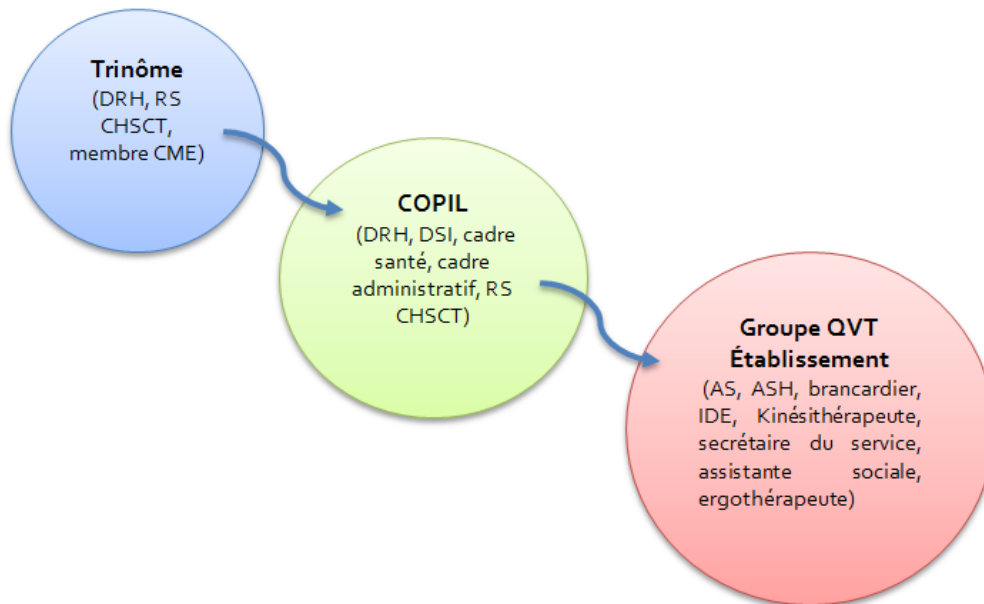
## 4.4 Vasarely : l'hôpital en soins de suite et réadaptation

L'hôpital de 300 lits et 420 agents assure des activités de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée. Il mène plusieurs projets : entrée dans un GHT, restructuration de son offre de soins, mode de financement à l'activité, ... Il est confronté au développement de TMS et de RPS et connaît une situation problématique de relations entre la direction générale et certains chefs de services, alors même que les lieux et les moyens pour travailler et l'image de l'établissement sont appréciés par les agents.

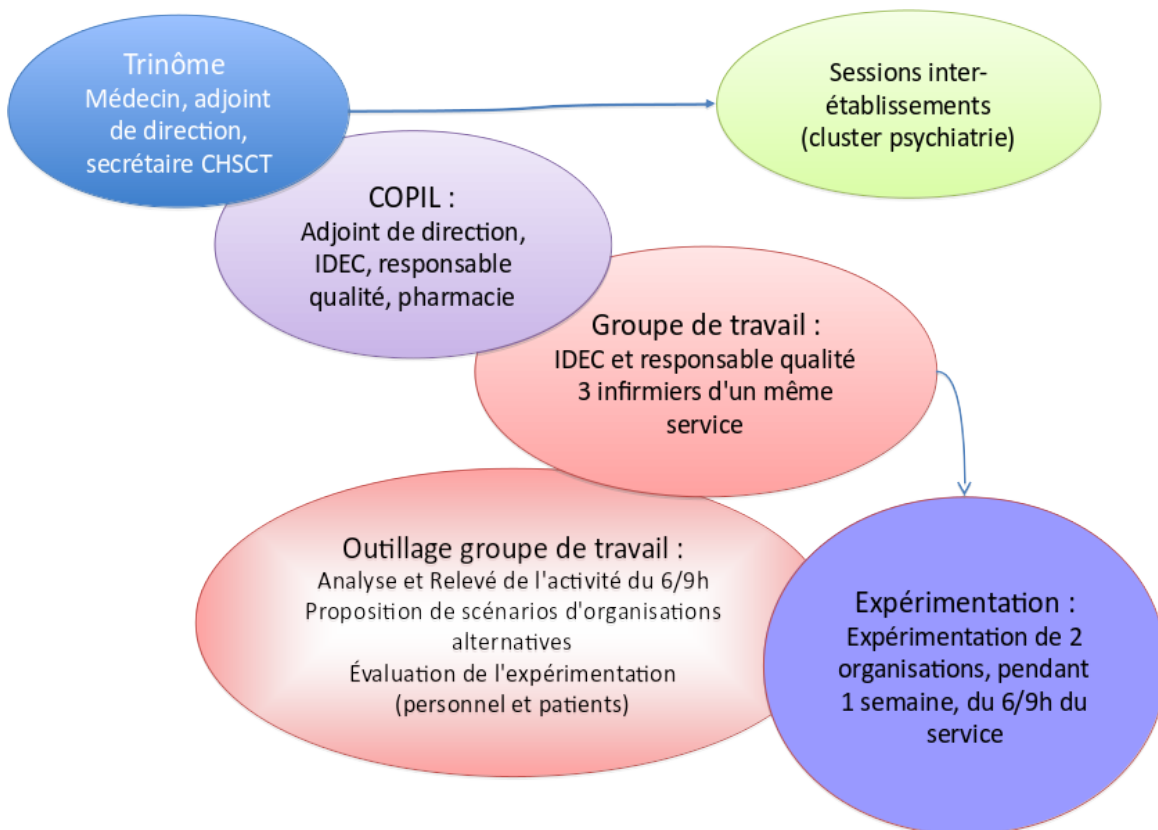
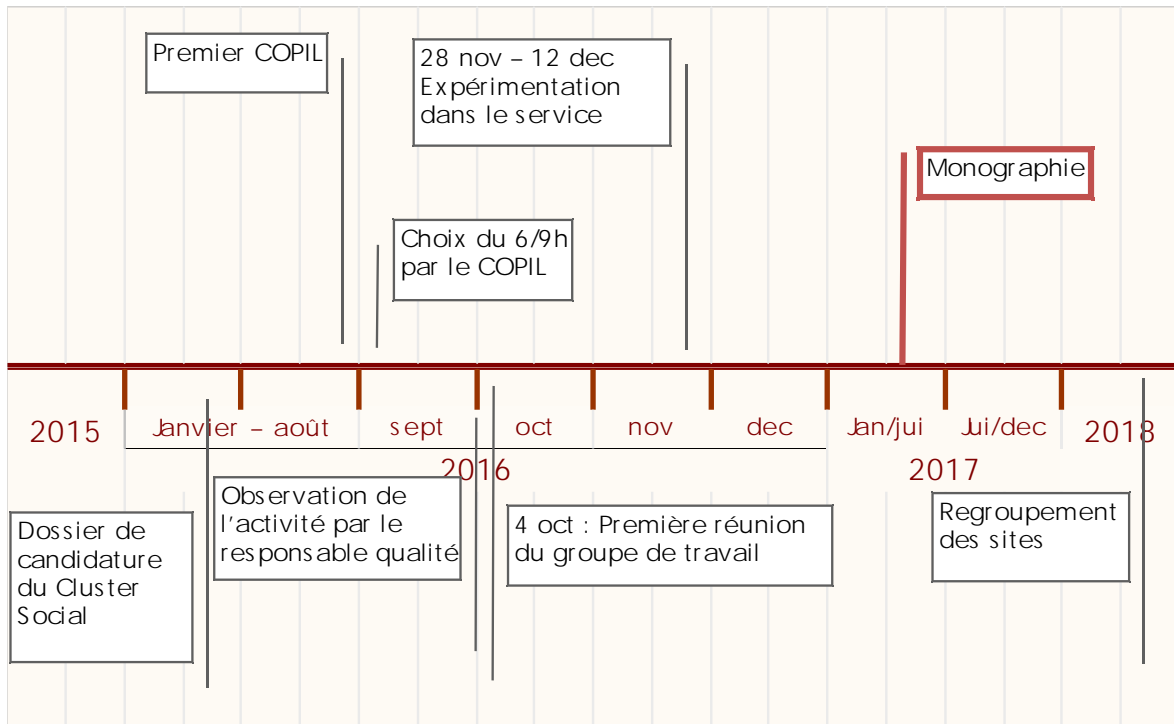
Il entre début 2016 dans le cluster car il souhaite relier les contenus QVT du projet social et de la certification. C'est aussi pour améliorer la situation d'un service connaissant des problèmes liés à une augmentation du nombre de lits, dont le praticien est membre du trinôme aux côtés de la DRH et d'un RS au CHSCT. Enfin, ces porteurs souhaitent acquérir une expérience méthodologique pour leur conduite participative des projets. Leur participation aux réunions inter-établissements répond à cette dernière attente, mais la transposition de l'expérience de leurs homologues n'est pas aisée au regard de la spécificité de chaque contexte hospitalier. Le comité de pilotage constitué au démarrage du cluster est ensuite réuni avec celui sur le projet social, dans une logique d'efficacité des ressources et de synergie des projets. Au moyen d'une grille fournie par l'Aract, le COPIL passe en revue 110 critères QVT, en dégage des actions qui alimentent les volets du projet social. Le comité lance aussi la mise en place du groupe de travail spécifique au service précité et qui sera animé par l'Aract sur le thème des interventions sur une journée d'un patient précis. Au terme de 5 réunions tenues de la mi-novembre 2016 à la mi-mars 2017, les constats et propositions sont restitués au COPIL. Ces résultats sont reçus positivement et certaines actions sont engagées de suite, sans attendre la formalisation d'un plan d'action, prévue pour juin 2017 puis décalée à la fin 2017.



Les effets positifs constatés à date sont multiples : connaissance mutuelle des contraintes du travail des intervenants et modification des modes opératoires pour contribuer à les réduire, évolution des représentations des difficultés relationnelles (de la personnification à la compréhension des problèmes d'organisation), circulation accrue de l'information (notamment pour les métiers plus connexes comme les brancardiers) améliorant la sécurité des patients, la pertinence des actes diagnostiques et thérapeutique et la relation avec les familles, dialogue social coopératif noué autour du cluster et qui s'étend ensuite avec la participation du RS CHSCT à la cellule inter-projets,... Les difficultés rencontrées dans la démarche réfèrent à la conduite de projet : attentes du plan d'action générées chez les agents participants, portage politique freiné par le caractère expérimental du cluster, degré d'engagement modéré des managers par crainte de ne pas pouvoir tenir les engagements pris en COPIL, communication interne absente sur la démarche.



## 4.5 Van Gogh : Clinique psychiatrique



Cette clinique psychiatrique peut accueillir un peu moins de 150 patients, pour des courts séjours et emploi plus d'une centaine de salariés

En février 2016, le directeur répond à l'appel d'offre pour participer au Cluster Social. Ce directeur veut utiliser le cluster pour mettre au travail la question du déménagement de plusieurs services à l'horizon 2018 dans un nouvel établissement : son objet est que ce déménagement se déroule dans les meilleures conditions.

Un trinôme est formé du directeur adjoint, d'un médecin et du secrétaire du CHSCT, le directeur refusant de participer au trinôme afin de ne pas être obstacle à la parole et à l'initiative du trinôme. Le trinôme se rendra à l'ensemble des sessions collectives.

Un Copil est formé, regroupant les membres du trinôme, un infirmier coordinateur et un responsable qualité. Le Copil, sur une proposition de l'infirmier, décide de mettre au travail la séquence horaire du 6/9h dans le service devant déménager.

Un groupe de travail est formé de l'infirmier coordinateur, de la responsable qualité et 3 infirmiers d'un service.

Ce groupe de travail décide d'envoyer le responsable qualité, seul non-soignant du groupe de travail, venir observer l'activité du service entre 6h et 9h. Le responsable qualité effectuera un compte-rendu exhaustif de son observation lors de deux séances du groupe de travail.

Le groupe de travail, à partir de ce compte-rendu, dressera une analyse des dysfonctionnements ou des fonctionnements insuffisants du service.

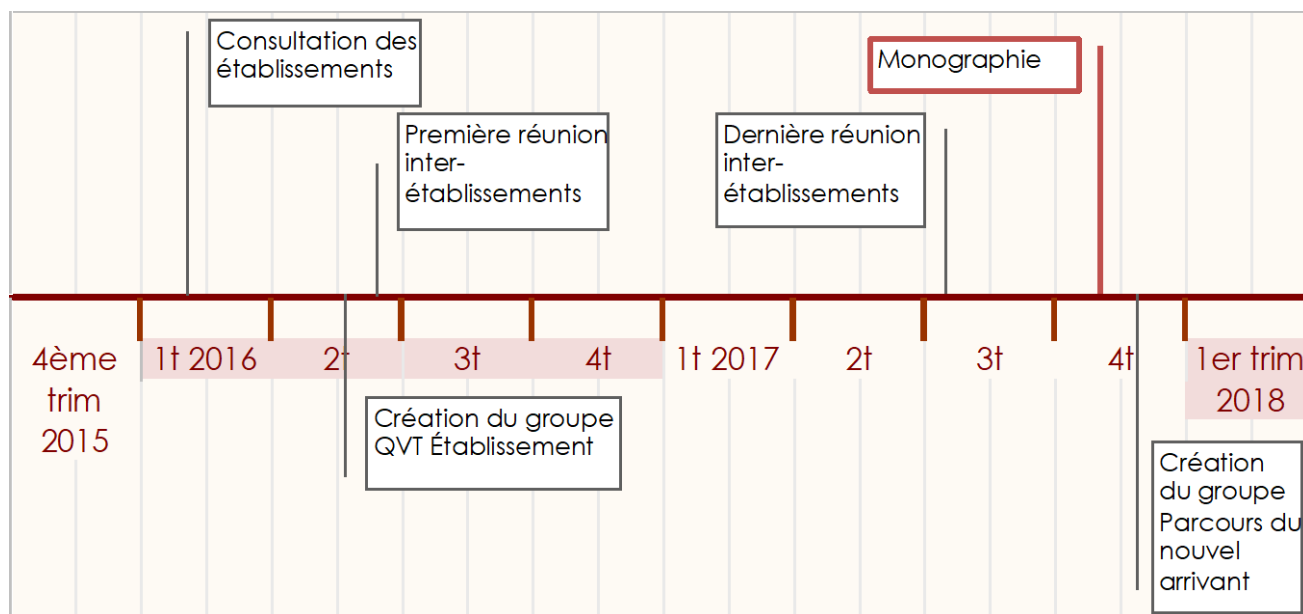
Après discussions, plusieurs propositions de solutions alternatives seront élaborées. Ces propositions étant contradictoires, il est décidé de les expérimenter chacune pour les faire évaluer par l'ensemble du personnel et des patients du service.

Cette expérimentation sera menée pendant une semaine, dans le service, après une présentation de son organisation à l'ensemble du personnel et des patients du service.

L'évaluation de ces expérimentations sera ensuite présentée au Copil.

## 4.6 Cézanne : centre hospitalier

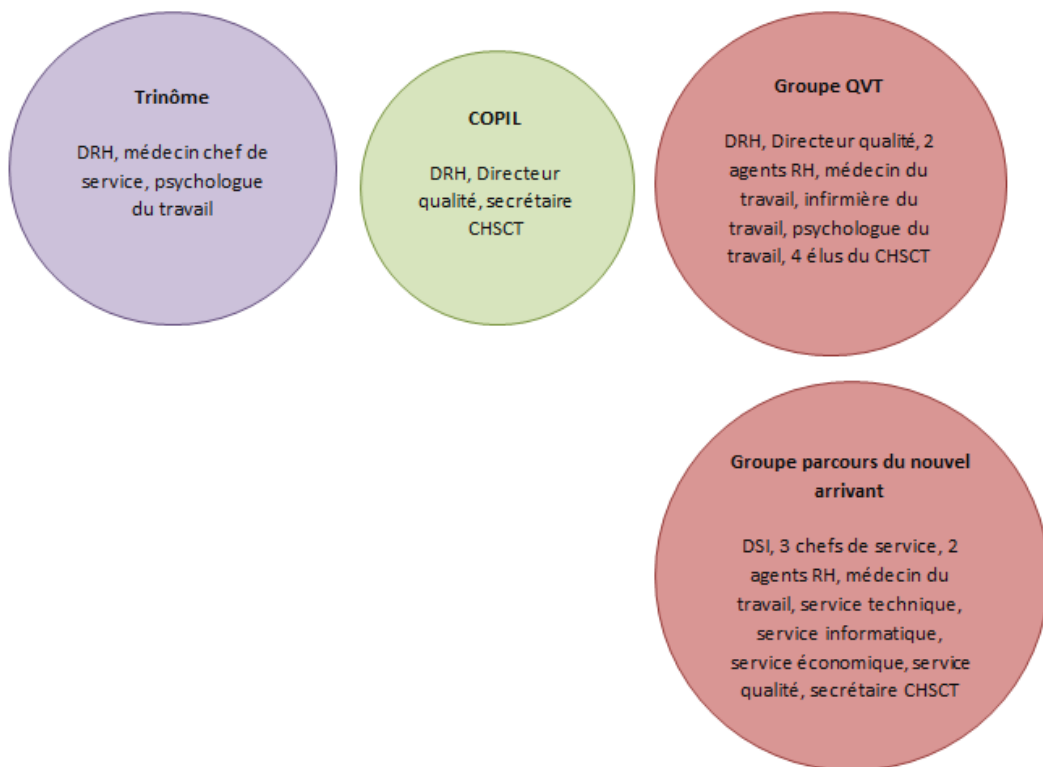
L'établissement prend en charge les personnes souffrant de troubles psychiatriques, ainsi que pour la cancérologie. Il est doté de 220 lits et d'un effectif de 803 agents dont 35 praticiens hospitaliers. Parc paysagé, crèche, matériels protecteurs pour la manutention des patients, organisation du temps de travail, ... sont des conditions d'emploi et de travail très appréciées. D'autres aspects le sont moins, comme la vétusté des locaux, l'usure liée à la spécialité « psy », les rapports sociaux dégradés par endroit, un management pour partie désengagé. Ces aspects sont reliés à un absentéisme élevé, mais la prévention s'est renforcée avec un nouveau CHSCT et le recrutement d'une psychologue du travail. C'est dans ce contexte que l'établissement entre dans le cluster, qui est vu comme pouvant renforcer la démarche qualité, ainsi que celle menée autour des RPS et de la QVT avec un groupe déjà créé. La participation prend sens aussi dans la stratégie relationnelle avec l'ARS et le partenariat passé avec elle (CLACT,...). Une image positive de la QVT est alors portée, doublée d'une attente pragmatique de la raccorder à la certification, mais celle-ci sera déçue. Toutefois, les échanges avec les pairs des autres établissements contribuent à s'approprier le contenu de la QVT et à définir un sujet de progrès demandé par le cluster : le parcours du nouvel arrivant. Ce cheminement se déroule sur une durée d'1,5 an. Sur ce laps de temps, se déroule en parallèle le projet du groupe QVT Établissement de déployer une enquête par questionnaire, lancée fin 2017. Le terme de ces deux projets, le plan d'action QVT pour l'établissement et pour les nouveaux arrivants, est envisagé vers la mi-2018, soit 2,5 ans.



Le membre de la CME ne peut participer au trinôme en raison de sa charge de travail et la psychologue du travail le remplace aux côtés du DRH et de la secrétaire du CHSCT. La démarche n'est pas portée par un COPIL officiel, mais par une structure informelle prenant la forme de moments de concertation entre DRH, DQ et secrétaire du CHSCT axés sur la relation entre les travaux pour le cluster et ceux menés en interne. La fonction de pilotage (choix des thèmes à investiguer, conception du questionnaire et de l'enquête, communication,...) est dévolue au groupe QVT Établissement.

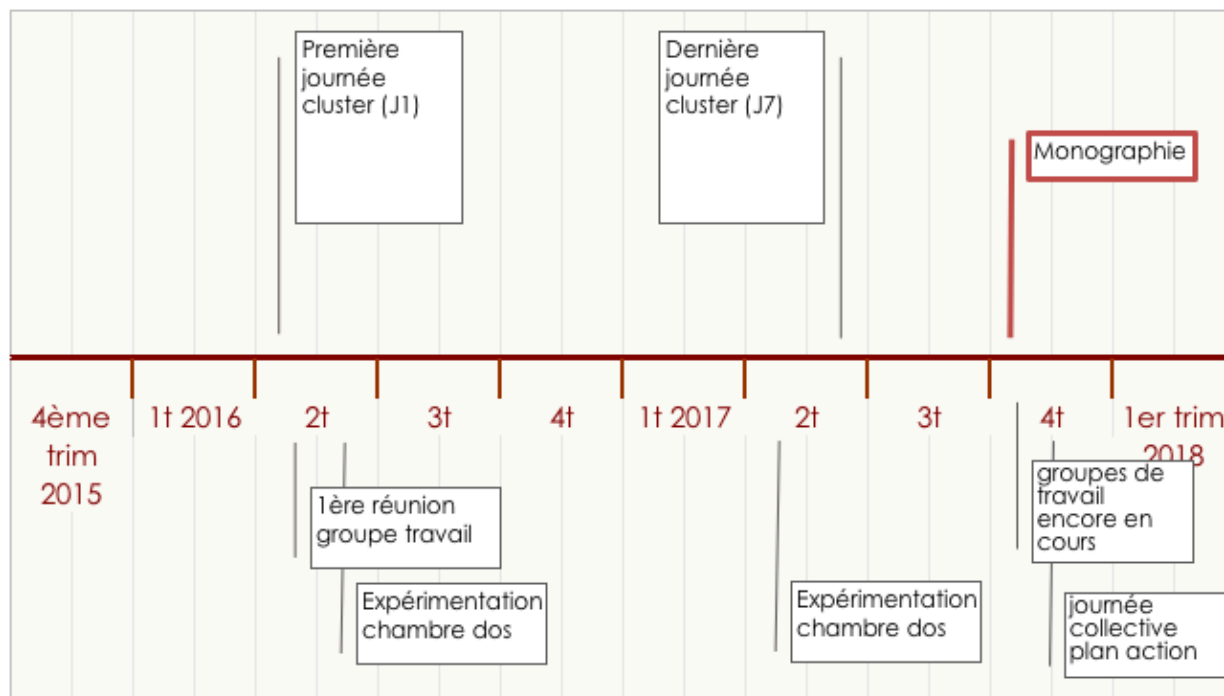
Eu égard à son stade de déploiement, les effets de la démarche ne peuvent être décrits ; ils sont attendus au plan de l'organisation du travail et des relations. Le champ de la qualité des soins n'est pas un enjeu central dans la démarche menée.





Des difficultés rencontrées dans la démarche sont d'ordre technique (notion de QVT, conception d'une enquête par questionnaire), de la conduite du projet (dégager du temps, départ des porteurs) et du portage politique (essoufflement de la CME dédiée QVT, management intermédiaire pour partie désengagé, changements de directeur). Deux facteurs de réussite se révèlent : le positionnement institutionnel de la QVT avec un groupe spécifique créé et un raccordement maîtrisé à la démarche de certification ; l'engagement des personnes (DRH, DQ, secrétaire du CHSCT).

## 4.7 Gauguin : groupement hospitalier

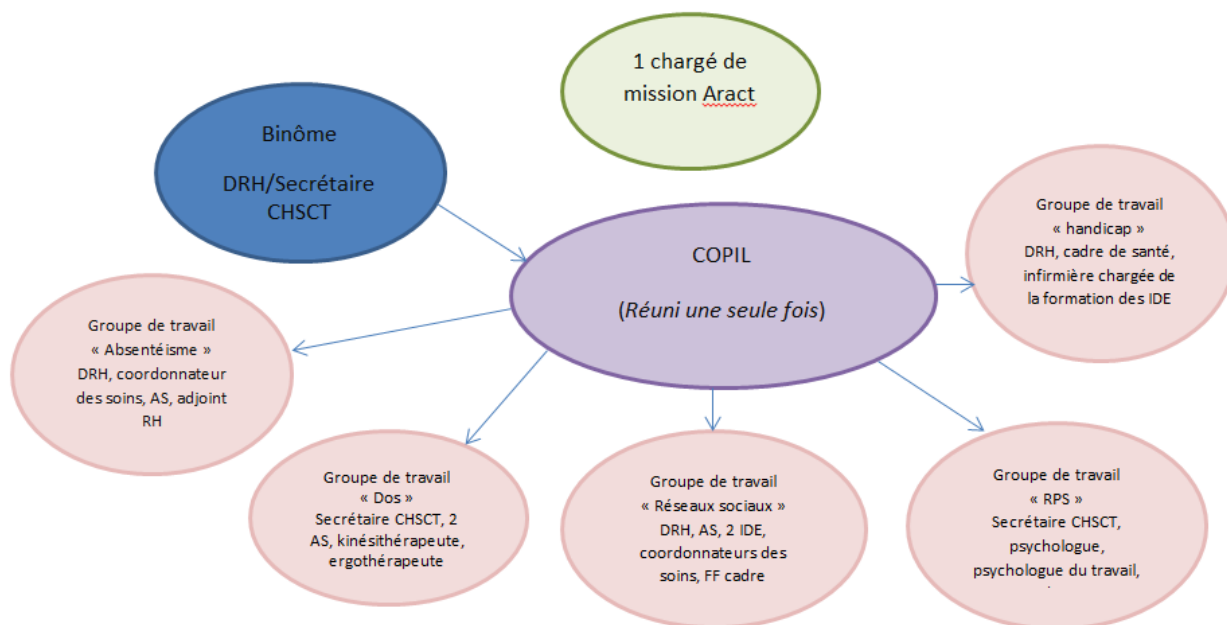


Le centre hospitalier Gauguin est un établissement proposant une activité de soins diversifiés sur deux sites. Le groupement hospitalier résulte de la fusion en 2005 entre deux centres hospitaliers de proximité. L'établissement emploie près de 600 salariés dont près de 50 médecins.

L'ANFH proposait depuis plusieurs années, avant le cluster QVT, des sessions de formation et de travail sous la même forme de cluster. L'établissement avait ainsi participé à l'un d'eux sur le handicap. Cet établissement a mis en place depuis plusieurs années déjà des groupes de travail sur les sujets problématiques (absentéisme, RPS, etc.). L'intérêt essentiel du cluster par le chargé de mission de l'Aract se situera autour de la méthode et de l'importance de l'évaluation des actions via les indicateurs. Par ailleurs, le fait d'être contraint par le temps et suivi par une personne extérieure oblige et cadence l'action, ce qui est vu comme un moteur pour l'action.

Le binôme (spécificité de cette région) qui participe au cluster est composé de la directrice des ressources humaines, moteur dans le binôme, et du secrétaire du CHSCT, qui ne souhaite pas qu'il en soit autrement. Selon lui, c'est à la direction, qui a le pouvoir de décision, d'être moteur, et lui est un acteur et concerte à chaque étape son organisation syndicale.

L'établissement avait mis en place un groupe de travail sur les RPS dès 2014 à la suite des résultats d'un questionnaire sur cette thématique (construit en CHSCT avec l'appui de l'Aract). Suite à l'analyse des résultats du questionnaire, la DRH propose alors de réunir tous les participants du groupe RPS et de créer des sous-groupes de travail, sur les thématiques prioritaires issues du questionnaire. Le comité de pilotage QVT est alors créé mais ne continuera pas à exister ensuite. C'est pendant les séances du CHSCT que sont présentées les avancées des différents groupes de travail. Dans la continuité de la démarche RPS, 4 groupes sont identifiés comme faisant partie de la démarche QVT ou créés. Chaque groupe expérimentera en parallèle mais des liens existent entre les différents groupes de travail d'une part par le binôme qui participe à l'essentiel des groupes et d'autre part par les discussions informelles dans les services.



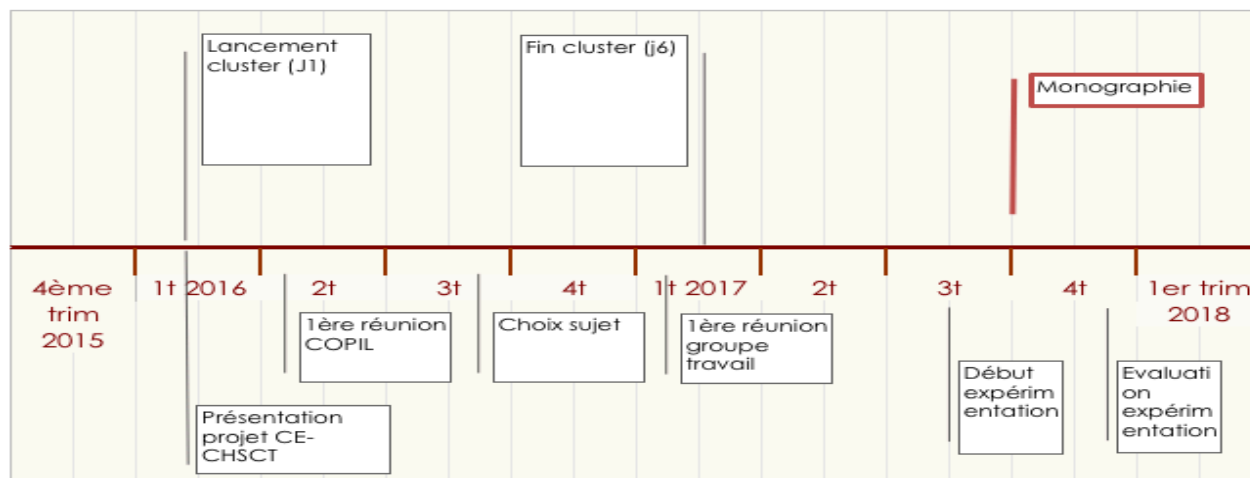
Les groupes de travail sont composés de soignants, de représentants syndicaux, de cadres et de personnels administratifs, même si les soignants sont les moins représentés dans certains groupes. Le groupe de travail s'appuie cependant sur les services pour trouver puis tester des solutions d'améliorations de conditions de travail.

Par exemple, lorsque le groupe Dos analyse les causes de l'absentéisme et se forme à l'analyse de l'arbre des causes, il décide d'acheter du nouveau matériel et le fait en concertation étroite avec les différents services comme ce fut le cas pour les guidons de transfert par exemple, où chaque service a testé 3 guidons de transfert durant un mois afin de choisir le plus adapté. Chaque service a ainsi le matériel le plus adapté à ses spécificités. Puis une formation est organisée pour tous les agents au moment de la livraison du matériel choisi par les différents services.

En octobre 2017, tous ces groupes de travail existent encore mais n'ont pas vocation à perdurer forcément, ils doivent être retravaillés via un groupe de travail unique qui œuvrera sur le projet social de l'établissement, à partir des résultats d'un questionnaire ad hoc, afin de reconstruire des groupes de travail en fonction des nouveaux besoins exprimés.

Une fois les résultats analysés, le comité de pilotage sur le projet social a proposé une journée de travail collectif avec un ou deux professionnels par service, « référents » de leur service. Ils ont alors eu 15 jours pour interroger leurs services sur la base des 8 thématiques issues du questionnaire afin de proposer les actions pertinentes et prioritaires à travailler dans chaque service. Ils disposaient d'une feuille de route et ont présenté à la journée collective ces propositions afin de monter un plan d'action. La journée a rassemblé 35 participants, tous les services et tous les professionnels ont été représentés (administratif, accueil, soignants, blanchisserie, direction, cadres, etc.). Le comité de pilotage « projet social » s'est réuni la semaine suivante pour monter le plan d'action à partir de ce travail collectif. Les référents se retrouveront dorénavant une fois par an pour faire le point sur les avancées du plan d'action et pour faire remonter les besoins des services collectivement.

## 4.8 Fisher : hôpital gériatrique



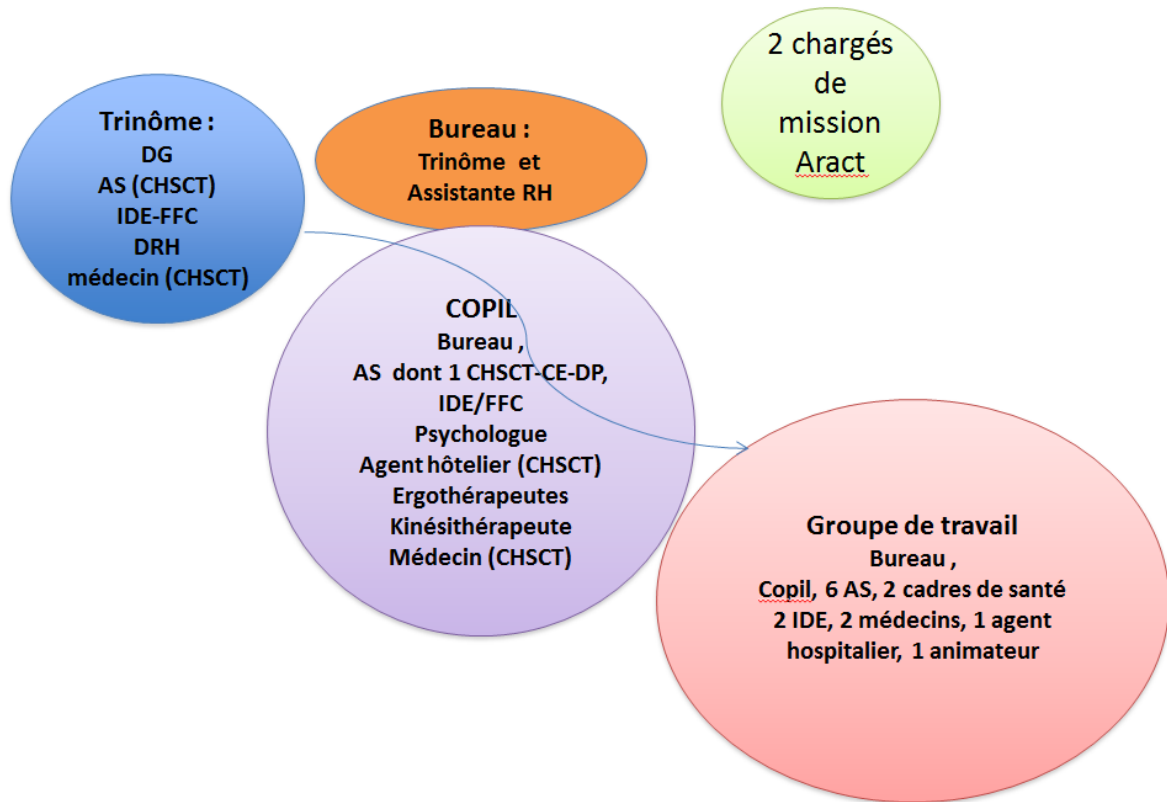
L'hôpital Fisher est un établissement qui accueille des personnes âgées. L'établissement emploie près de 300 salariés en 2017 et a une capacité de plus de 200 lits. L'activité se répartit entre services de médecine et de soins de suite et de réadaptation (SSR), plusieurs unités de soins longue durée (USLD), unité d'hébergement renforcé pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (UHR) ainsi que des services d'hospitalisation de jour et de consultations spécialisées.

L'établissement dispose d'un cadre de travail agréable souvent mentionné par les soignants comme ressource. Les locaux ont tous été refaits et d'importants investissements matériels de manutention ont été réalisés sur les dernières années. Cela étant, si les conditions matérielles sont bonnes aux yeux des soignants, des problèmes d'absentéisme ont émergés et se sont accentués. Différentes problématiques de conditions de travail co-existent à propos de la journée de 11h, de la charge de travail importante, ou encore des services de soins longue durée en souffrance depuis plusieurs années (notamment manque de temps avec les patients en fin de vie).

L'établissement a été en déficit pendant plusieurs années. Un plan d'action a été mis en place. L'hôpital revient tout juste à l'équilibre. L'hôpital est décrit par l'Aract comme étant en mode « projet permanent ». En mars 2016, l'hôpital souhaite entrer dans la démarche QVT afin de mettre en cohérence l'ensemble des actions conduites et de trouver un mode de gestion de projet plus près des besoins et impliquant réellement l'ensemble du personnel.

Le trinôme a été dans cet hôpital élargi à 5 personnes (le directeur général (puis sa successeuse), la DRH, un médecin coordonnateur de la CME, une aide-soignante secrétaire du CHSCT et une IDE faisant fonction de Cadre de santé. Les cinq professionnels ont été assidus aux journées collectives du cluster.

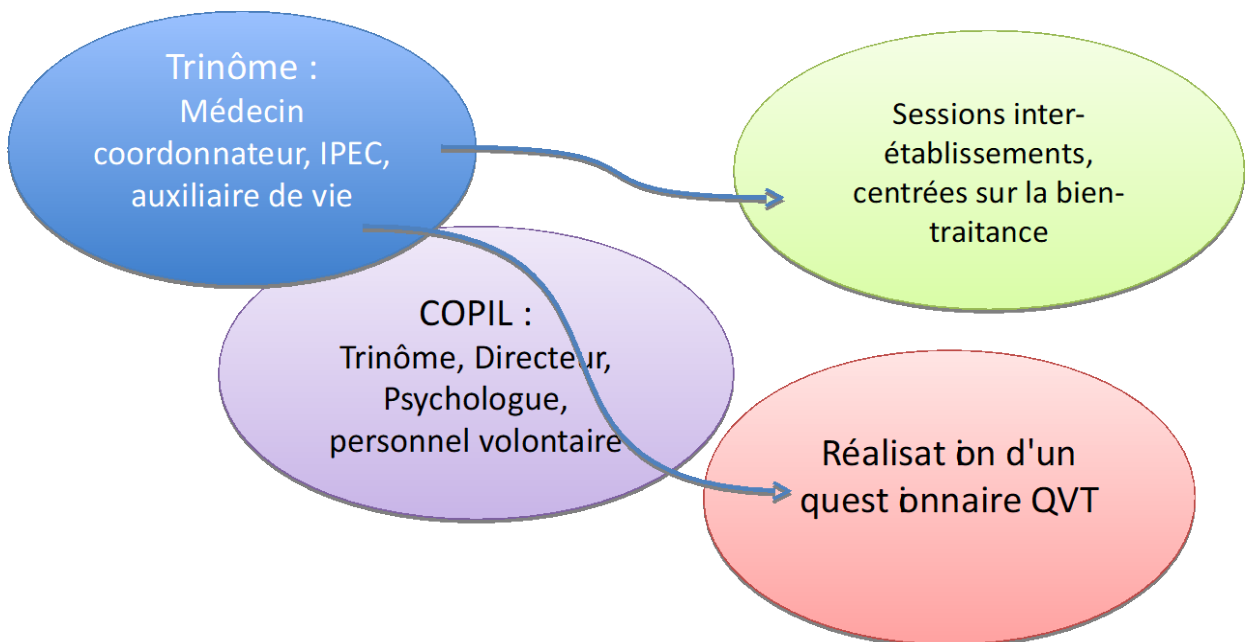
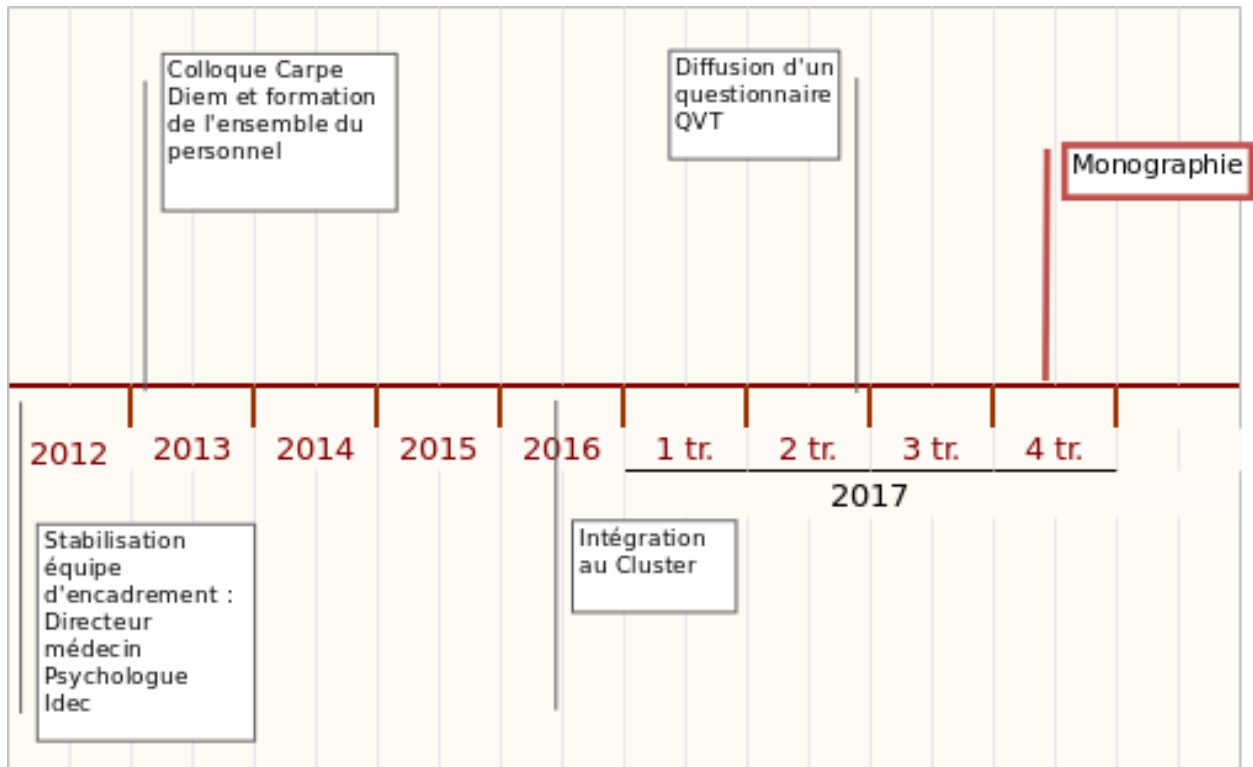
Une fois le cluster démarré en mars 2016, la DRH a envoyé un appel à candidature dans les services afin de constituer un comité de pilotage au sein duquel tous les métiers devaient être représentés. Rapidement, 14 personnes se sont déclarées volontaires et le choix a été fait de garder tout le monde. Les équipes souhaitent que tous les types de métiers y soient représentés.



Le COPIL travaille avec l'Aract durant l'année 2016 sur le choix du sujet à traiter. En effet, le premier sujet qui avait été retenu portait sur « travailler ensemble » avait ensuite été jugé trop large et les chargés de mission de l'Aract les incitent à préciser davantage leur objet pour travailler sur un point plus concret de l'activité. A l'automne 2016, ils décident de travailler sur la communication dans les services sur les unités de soins de longue durée, au vu des difficultés rencontrées dans les services depuis plusieurs années. Finalement, après présentation en COPIL, il est décidé de faire l'expérimentation sur deux services différents : l'USLD et la médecine. Un état des lieux est ensuite réalisé par les services concernés pour comprendre comment les équipes communiquent. L'absence de réunion de synthèses hebdomadaires depuis plus d'un an par manque de temps apparaît par exemple.

En septembre et octobre 2017, de nouveaux fonctionnements sont mis en place et testés, soit collectivement, soit individuellement (ex : un cahier de transmission d'information est testé dans deux services d'USLD). Début novembre, le COPIL prépare un travail d'évaluation des nouveaux fonctionnements, via un questionnaire à tout le personnel. Les résultats sont attendus pour fin janvier 2018.

## 4.9 Monnet : EHPAD



Cet Ehpad, ouvert depuis 2010, accueille, de nuit ou de jour, environ 50 résidents, atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, et emploie une cinquantaine de salariés.

Cet établissement a connu, à son ouverture, d'importantes difficultés de fonctionnement et de qualité des soins. En 2012, une nouvelle équipe d'encadrement, constituée du directeur, du médecin coordonnateur permanent, du psychologue et de l'Idéc, s'entend pour chercher les moyens de développer un autre rapport au résident et un autre fonctionnement de l'établissement.

Cette équipe participe, en 2013, à un colloque promouvant l'approche québécoise Carpe Diem de la maladie d'Alzheimer. L'ensemble du personnel, y compris le personnel intérimaire ou administratif, est ensuite formé à cette approche.

Un principe essentiel de cette approche fait valoir qu'il est de la responsabilité de l'établissement de s'adapter au résident, et non au résident de s'adapter à l'établissement, le résident, du fait de sa pathologie, perdant ses capacités d'adaptation. Il revient donc à l'établissement et à son personnel, par la compréhension collective, la plus précise possible, des capacités encore actives du résident, de soutenir les besoins, les désirs et les capacités des résidents. A défaut, sans cadre pour activer ses capacités, sans espace pour faire valoir ses désirs, le risque est celui d'une dégénérescence accélérée des capacités des résidents.

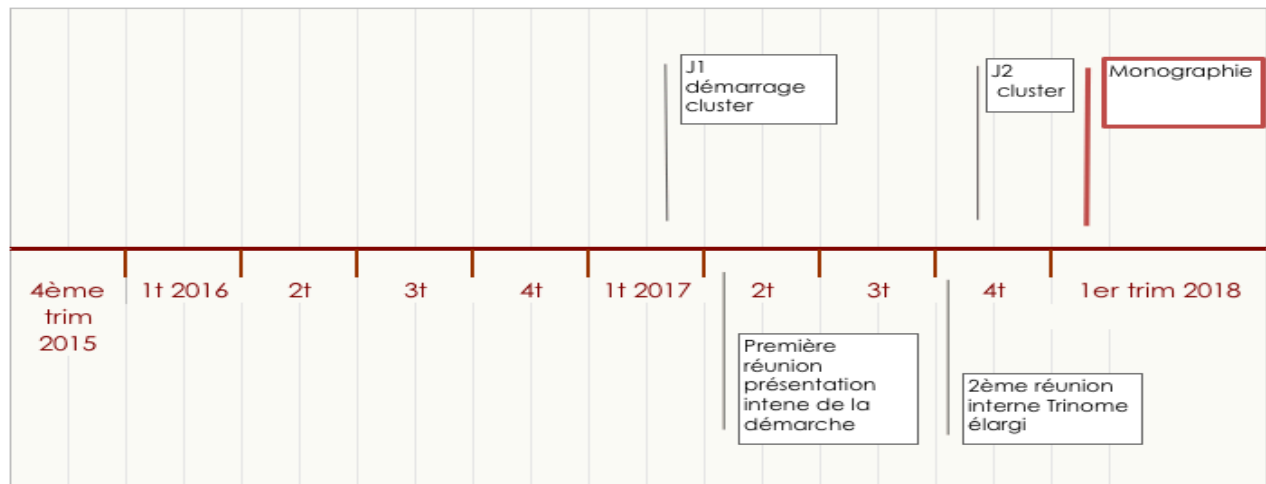
Dans ce cadre, l'ensemble du personnel, du médecin coordonnateur aux auxiliaires de vie, sont mobilisés pour partager leur compréhension des capacités et des désirs des résidents afin de trouver les moyens de les soutenir.

Les transmissions, conçues initialement sur le modèle d'une séance dans laquelle le médecin informe ses équipes des prescriptions médicales sont, par exemple, transformées en séance collective d'analyse de l'état des résidents, de leurs besoins et des désirs et des moyens possibles dont l'établissement, c'est-à-dire l'ensemble du personnel, peut y répondre. D'autres moments de l'activité et de l'organisation seront transformés selon ces principes. Cette transformation est encore en cours.

Le premier effet est la stabilisation du fonctionnement de l'établissement et la diminution du turn-over et de l'absentéisme.

Cet établissement a participé au Cluster Social à partir du printemps 2017, après l'initiation de sa transformation, afin de transmettre aux autres établissements son approche.

## 4.10 Matisse : centre hospitalier

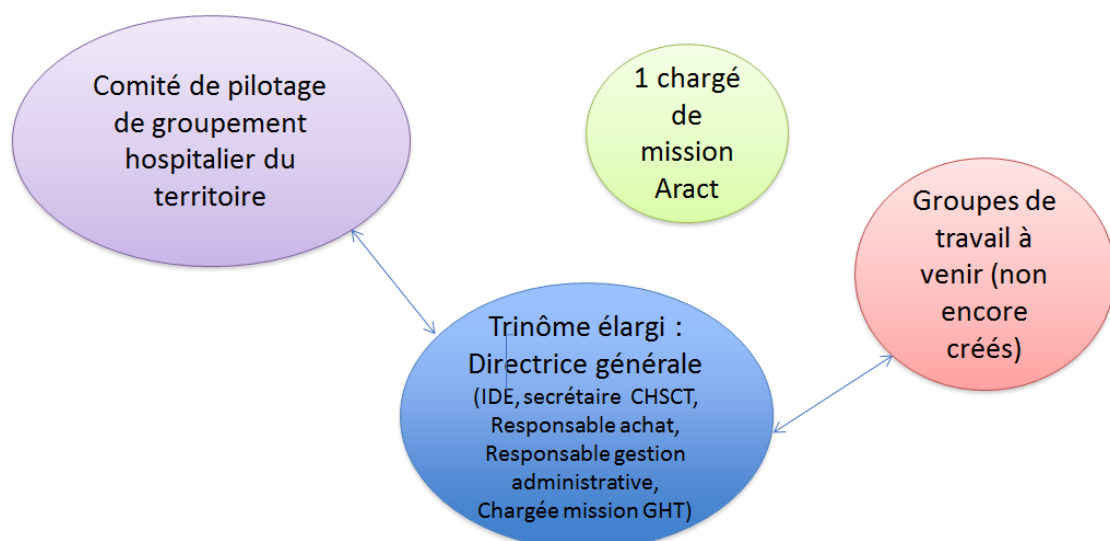


L'établissement est un centre hospitalier mono site de 120 lits et de 200 salariés répartis sur deux services de médecine et deux services de soins de suite et de réadaptation (SSR). L'établissement, comme les 6 autres établissements du cluster, n'a pas eu le choix de participer au cluster ou non, puisqu'il s'agissait dans ce cadre de rassembler les établissements du groupement hospitalier du territoire.

La configuration des instances n'est pas spécifique mais propre au cluster.

Il existe un comité de pilotage de groupement hospitalier de territoire avec les directions et les secrétaires du CHSCT et dans chaque établissement, il n'y a pas de comité de pilotage, ce sont les trinômes qui vont solliciter directement les groupes de travail. Ceux-ci ne sont pas encore créés au moment de notre monographie.

L'objet de la démarche (commune à tous les établissements) est la mutualisation de la fonction achat dans le cadre de la structuration des établissements en GHT. Au moment de notre venue dans l'établissement, celui-ci était en phase de diagnostic interne après la 2ème journée collective inter-établissement. Les groupes de travail n'avaient pas encore été mis en place.





## Deuxième partie : Du cluster et de sa dynamique territoriale aux démarches QVT dans les établissements

Notre hypothèse est d'appréhender les clusters sociaux QVT et des démarches QVT comme une innovation organisationnelle. L'enjeu, dans le cadre théorique de la sociologie de la traduction, est de comprendre pourquoi, et comment, les différents acteurs intéressés s'engagent dans ce processus de production d'une innovation capable de répondre de leurs différents problèmes.

### → Introduction : les clusters sociaux QVT au prisme de la sociologie de la traduction

L'objet de la sociologie de la traduction est l'étude des moyens et des dynamiques permettant l'émergence d'une innovation par l'action commune d'acteurs aux intérêts et cadres cognitifs différents. Cette sociologie s'est intéressée à l'étude de processus d'innovation compris comme une action convergente d'acteurs, humain, et d'actants, non-humains, initialement pris dans des positions différentes ou divergentes.

Les étapes d'un processus collectif d'innovation, *contextualisation, problématisation, intéressement/alliance, enrôlement, représentativité des porte-paroles et allongement du réseau*, sont initiées par la problématisation, c'est-à-dire la définition d'un problème commun liant les acteurs dans une action commune, malgré leurs positions et intérêts différents, ou même opposés.

La stabilisation initiale d'un problème permet de réunir des acteurs aux intérêts divergents par la recherche commune d'une réponse à ce problème. Elle consiste pour les promoteurs de l'innovation à rendre indispensable le traitement de leur offre par les autres acteurs<sup>23</sup> en démontrant que tous les acteurs réunis se posent une même question<sup>24</sup>, même s'ils se posent cette même question pour des raisons différentes.

Sans problème commun, les acteurs ne participeront que formellement à l'action commune : c'est, dans le langage de la sociologie de la traduction, le risque de la « figuration faussement participative ».

La sociologie de la traduction, à partir des enseignements issus de ses études et terrain, désigne la controverse comme moyen de cette problématisation.

La controverse permet de matérialiser la dissidence des actions comme moyen de chercher à définir un problème commun. En ce sens, l'expression d'une controverse vise à aboutir non pas à l'obtention d'un consensus entre les acteurs, les acteurs partageant alors la même vision, mais d'un compromis sur un problème commun, les acteurs reconnaissant le caractère contradictoire ou indépendant de leurs intérêts mais acceptant de coopérer pour soutenir un objectif commun d'action.

La controverse elle-même est un processus itératif, parfois conflictuel, conduisant au choix commun de s'arrêter sur un problème capable de soutenir une action commune : « Enfin les forces qui s'opposent tout au long de la controverse s'équilibrent en permanence ; même si à certains moments un acteur particulier parvient à faire taire les autres, à s'ériger en porte-parole du plus grand nombre, il est bien vite contesté et débordé de tous côtés. Cet équilibre rend peu efficace les arguments d'autorité et permet à la controverse de demeurer ouverte, mélangeant sans cesse considérations scientifiques, techniques, politiques ou économiques »<sup>25</sup>.

La problématisation repose donc sur une longue phase de discussion, de controverse, parfois de conflit mais conduisant progressivement à un accord pour une action commune.

Ce travail de problématisation est au fondement de la traduction : traduire c'est définir un point commun d'action au cœur d'espaces aux cadres cognitifs, aux langages, aux intérêts différents.

23 Alter N. (2000). L'innovation ordinaire, PUF, coll. Sociologies, Paris.

24 Gaglio G. (2011). Sociologie de l'innovation, PUF, coll. Que sais-je ? Paris.

25 Callon M. (1995), « Pour une sociologie de la controverse technique », dans M. Akrich, M. Callon, B. Latour Sociologie de la traduction. Textes fondateurs, Presses des Mines, p.139.

Des centres de traduction, espaces dédiés aux échanges, sont les lieux dans lesquels s'expriment les controverses, les craintes et se confrontent les points de vue. Dans ces lieux certains acteurs, comme le traducteur, « sécant médiant », ou l'acteur frontière, tiennent des rôles spécifiques.

Ce cadre théorique permet de reformuler notre questionnement en deux temps, avec un même cadre d'analyse :

- Comment les différents acteurs, d'un établissement de santé, peuvent, par une controverse active, définir un problème commun, réunissant des acteurs aux intérêts différents, auquel une démarche QVT, définie dans le cadre donné par la HAS et l'Anact, pourrait répondre ? Ou, dit autrement, comment les différents acteurs, membres de la direction, de l'encadrement intermédiaire, d'institutions représentatives du personnel et professionnels du soin, peuvent discuter pour s'entendre sur un problème à traiter par une démarche QVT ?
- Et avant cela, comment les Aract et les ARS ont pensés et mis en place les clusters sociaux QVT sur leurs territoires ? Comment ont-elles traduit ce dispositif au niveau local et avec quels acteurs ? Sur quels problèmes communs et avec quel intérêt commun à agir ?

De plus, en raison de l'objet même des démarches QVT, leurs effets ne peuvent être, justement, ni massifs ni généralisés. L'intérêt de ces démarches est de s'essayer à d'autres façons de fonctionner, en prenant pour objet ce qui peut être des détails de l'activité, pour poursuivre ensuite sur d'autres objets, une fois la démarche appropriée par les professionnels. Ce sont des effets par « petits pas ».

Cela ne minimise pas le travail réalisé tant ce sont de ces détails de l'activité que les professionnels font une maladie et ce sont ces détails qui permettent de rétablir le dialogue sur un sujet simple et de mettre les conflits potentiels en suspens.

En outre, l'absence d'évaluation embarquée, dans la plupart des démarches QVT étudiées, ne nous permet pas de préciser les effets au moment de notre évaluation, autrement que par les appréciations des acteurs interrogés.

Les temporalités, pour mener à terme ces changements, sont longues (de l'ordre de 1,5 ans à 3 ans selon les établissements). Ce n'est souvent qu'à mi-parcours des démarches que les premiers ajustements s'opèrent par la voie informelle des agents.

Notre analyse ne portera pas sur les effets des démarches QVT.

**L'enjeu, dans ce cadre théorique, est de saisir des modalités pratiques par lesquelles ces acteurs sont parvenus, ou non, à déployer l'espace d'une controverse pour parvenir à définir un problème commun, préalable de leur action.**

Notre plan d'analyse suivra alors le processus d'innovation que sont les démarches QVT dans le temps :

- De son impulsion et de son lancement au niveau régional (chapitre 5)
- De l'accompagnement des Aract au sein des clusters (chapitre 6)
- A la mise en œuvre d'expérimentation dans les établissements (chapitre 7)

## 5. La difficile inscription des clusters dans une dynamique territoriale

### 5.1 Introduction : les attendus d'une action collective territoriale

*« Partant des territoires, de nouveaux modes de régulation sociale seraient en train d'émerger, dans des actions collectives créatrices d'une base de normes communes pour l'action (Reynaud, 1989). »*

Un projet territorial peut construire un intérêt commun ou collectif à agir en couplant qualifications, conditions de travail et développement économique et social. La légitimité de l'action publique s'acquiert par sa capacité, d'une part, à définir et à mener un projet de développement alliant l'économique et le social et, d'autre part, à proposer une action publique cohérente et coordonnée avec les différents acteurs compétents et légitimes sur un objet donné (Verdier, Kornig, Mossé, Setbon, 2008), ici la qualité de vie au travail.

Afin d'anticiper la fin de l'accompagnement d'un nombre important, mais limité dans le temps, d'établissements de santé sur la démarche qualité de vie au travail, la mise en réseau d'acteurs territoriaux, sur la dynamique de la qualité de vie au travail, a été envisagée comme moyen de diffusion et de pérennité. La diffusion serait ainsi facilitée avec la multiplication d'acteurs compétents et complémentaires (fédérations, organisations syndicales, ARS, Direccte, Carsat, universitaires, etc.) et la pérennité assurée par l'engagement collectif d'un réseau d'acteurs.

L'action collective territoriale, en imbriquant plusieurs problématiques connexes, peut donner de la force au projet (Amnyos, 2011) :

- en entrant « en biais » sur les conditions de travail avec une approche intégrée des risques du travail et de l'emploi ;
- en entrant dans une logique de long terme, en accompagnant les entreprises, plutôt qu'en multipliant les successions d'actions ponctuelles ;
- en enclenchant ainsi le cercle vertueux « attractivité des emplois/qualifications/compétitivité territoriale ».

De plus en plus d'actions – initialement conçues dans un cadre sectoriel –, ne gagnent leur pertinence qu'à la condition de décroiser l'approche des problèmes en articulant, par exemple, les instruments en matière de formation avec ceux en charge du développement économique. » (Amnyos, 2011)

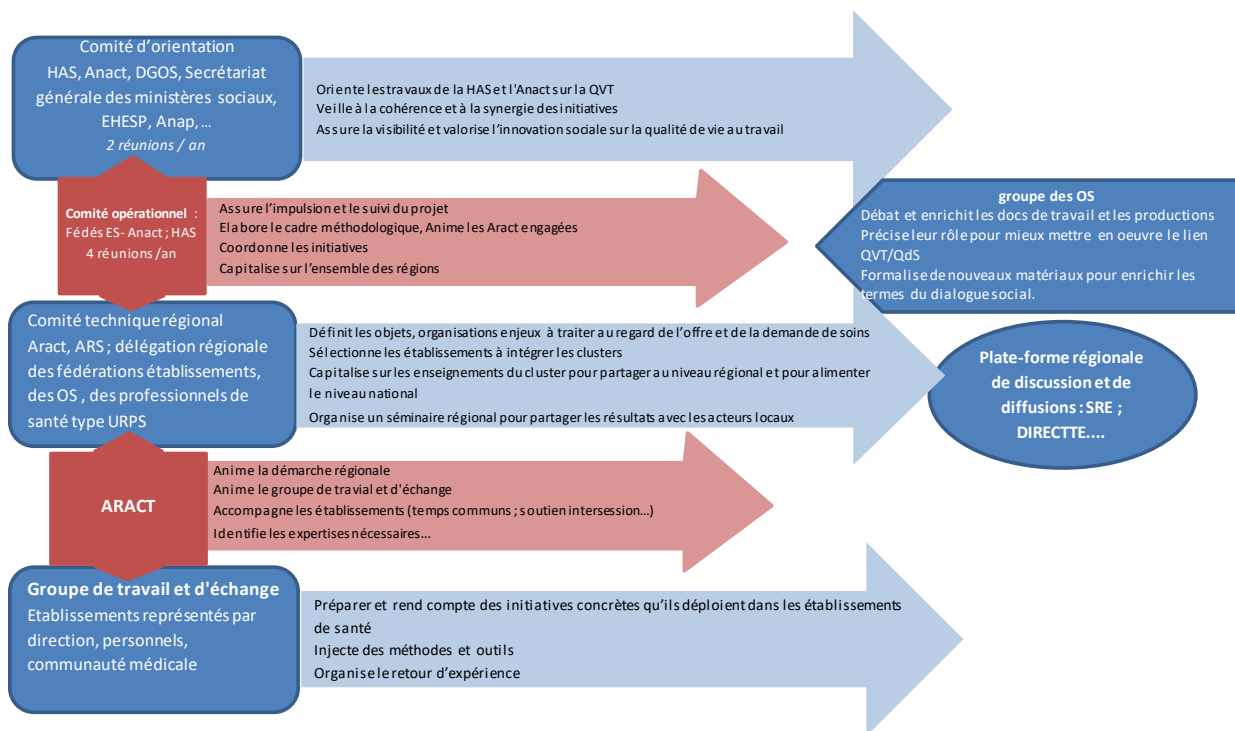
Si l'approche territoriale semble pertinente pour redonner sens à l'empilement des obligations réglementaires, à l'élargissement des acteurs compétents et légitimes sur de nombreux sujets, pour « incarner » davantage des politiques publiques, elle peut revêtir des configurations très différentes et rassembler des acteurs hétérogènes (acteurs publics, scientifiques, citoyens, etc.).

Pour autant, la juxtaposition d'intérêts d'acteurs différents, aussi légitimes soient-ils sur un même sujet, ne suffit pas à animer une dynamique territoriale pérenne. Dans le contexte français, où le cadre des politiques publiques comme les normes conventionnelles restent encore majoritairement issues de processus centralisés (au niveau de l'État, dans les négociations collectives de branche, etc.), le développement d'une régulation territoriale est le fait de règles et de configurations d'acteurs émergents et non stabilisées.

Il importe alors de comprendre comment se sont constitués ces réseaux sur un territoire autour des clusters QVT, tant du point de vue cognitif, des représentations et de l'expertise mobilisée ou co-construite, que des points de vue des enjeux individuels et collectifs qui se mêlent ou de l'instrumentation choisie.

**Notre analyse ne porte pas sur l'évaluation d'une politique publique ou d'une action collective territoriale, ceci n'était pas notre objet, mais sur le processus en œuvre dans la tentative d'impulsion de dynamique territoriale autour des clusters sociaux QVT.**

Le schéma suivant, produit par le comité de pilotage HAS/DGOS/Anact, synthétisait ainsi l'articulation des différents types de portage existant autour des clusters sociaux qualité de vie au travail :



C'est, ici, le niveau intermédiaire qui est analysé, au centre du schéma.

Dans ce cadre, le travail de diagnostic, de bilan partagé, d'échanges autour de l'analyse de l'existant et des problèmes en jeu est déterminant dans la compréhension des possibles dynamiques territoriales.

Cela permet de soutenir une coopération efficace entre les parties prenantes (Massardier, 2003), d'asseoir un diagnostic commun et des priorités communes qu'il reviendra à chacun de traduire (Verdier, Kornig, Mossé, Setbon, 2008). La sociologie de la traduction est ici un cadre analytique fécond pour comprendre les différentes étapes de l'innovation que représentent les clusters sociaux QVT.

L'enjeu, dans le cadre problématique de la sociologie de la traduction, est de saisir comment les différents acteurs mettent en relation leurs problèmes pour les traduire, par une controverse collective, en un problème commun, support d'une action collective et moyen de l'enrôlement des différents collectifs. L'engagement des différents groupes, actifs à une échelle régionale, représentés par leurs porte-paroles, est conditionné à la solidité et la légitimité du problème commun.

**Dit autrement, la question est de comprendre comment, d'un côté, le problème commun élaboré collectivement, et, de l'autre, le Cluster QVT et les démarches QVT dans les établissements, comme moyen d'y répondre, peuvent permettre à différents groupes, aux fonctions, intérêts et cadre cognitifs différents, de s'attaquer à leurs propres problèmes d'action.**

A l'échelle régionale les deux premiers acteurs sont l'Ars et l'Aract, le premier comme acteur pivot de la régulation territoriale des établissements de santé, le second comme acteur en charge des sessions collectives inter-établissements et du soutien au déploiement de démarches QVT dans les établissements. Et, en fonction des territoires, d'autres acteurs peuvent être parties prenantes et chercher à s'inscrire dans les dynamiques territoriales.

L'enjeu est donc ici de comprendre comment ces acteurs sont parvenus à construire un ou plusieurs problèmes communs, pour lesquels le cluster et les démarches QVT seraient un moyen d'action efficace, cette construction étant la condition de la solidité de dynamiques territoriales possibles.

## 5.2 Le lancement des clusters sociaux QVT : des configurations et des contextes différents selon les régions

L'inscription des clusters dans une dynamique régionale est présente dans l'esprit des initiateurs des clusters sociaux QVT, c'est-à-dire le comité de pilotage national (HAS, DGOS, Anact).

Cette évaluation a notamment pour objectif de comprendre :

- *En quoi la réalisation d'un cluster sur le territoire et l'animation d'un comité de pilotage régional vient nourrir des projets, des politiques et des pratiques au niveau régional ;*
- *Comment les ARS ont été conduites à porter la qualité de vie au travail en lien avec la qualité des soins et la performance. (Proposition de dispositif d'évaluation, décembre 2016)*

La territorialisation de l'action doit permettre à l'objet Qualité de Vie au Travail de s'institutionnaliser par des accords, plans d'actions ou autres dispositifs institutionnels, Co-construits par un réseau d'acteurs compétents et légitimes.

Comment cela s'est-il traduit et instrumenté sur les territoires et dans les régions ? Dans quel contexte ?

Le contexte socio-économique général des établissements de santé est compliqué et il est urgent d'agir. Les études et les enquêtes statistiques dressent un portrait dégradé des conditions de travail dans les établissements de santé (Loquet, Ricroch, 2014). Cependant, s'il est urgent d'agir, dans ce contexte, certains représentants syndicaux estimeront ce projet intitulé « qualité de vie au travail » intenable dans la situation.

L'année 2016 est par ailleurs celle de la réforme territoriale et de la création de 12 nouvelles grandes régions (sur 13 au total). Au 1er janvier 2016 : 17 ARS couvrent encore le territoire français et 7 nouvelles agences vont voir le jour (résultant d'une fusion). Les agences régionales de santé sont nombreuses à être en pleine restructuration interne.

Dans ce contexte, les services se restructurent et les organigrammes sont modifiés. L'identification des acteurs mobilisables dans le cadre des clusters s'appuie alors davantage sur les anciennes relations partenariales que sur les nouvelles affectations ou organisations. Ces temps de restructurations ne facilitent pas toujours une bonne lisibilité des objectifs stratégiques de l'agence et de son positionnement sur la qualité de vie au travail.

Les Aract suivent le même mouvement de fusion d'agences et doivent se réorganiser également.

Les clusters doivent ainsi se déployer dans un contexte de transformation de l'organisation territoriale, et donc de transformation interne des ARS et des Aract.

Le lancement officiel début 2016 des clusters sociaux QVT a été réalisé sous la forme d'un appel à projet HAS/DGOS/Anact. La réponse devait être portée à minima par un binôme ARS/Aract.

Dans les régions étudiées, les professionnels en charge du montage des clusters sociaux QVT soulignent combien ce temps de montage a été réalisé dans un laps de temps jugé trop court pour la première vague alors qu'une construction de projet avec de nouveaux partenaires nécessite un temps dédié. Cette temporalité a ainsi contraint les porteurs des clusters à constituer rapidement un groupe d'établissements de santé, mobilisable conjointement autour de ce projet QVT.

Cette contrainte amène alors les deux agences, Ars et Aract, à s'appuyer sur des réseaux d'acteurs en capacité de mobiliser rapidement des établissements comme une fédération, une filière ou un ensemble d'établissements ayant participé à un CLACT ou encore un réseau de directeurs d'établissements. En moyenne, ce sont 7 à 8 établissements qui participent à chaque cluster. La sélection finale des établissements a été le plus souvent faite par les ARS.

Ainsi, les configurations des clusters pouvaient être sectorielles ou thématiques par exemple, alors que d'autres rassemblent des profils d'établissements de santé plus diversifiés. Cela dépendait du type de réseau mobilisé et de la méthode utilisée pour sélectionner les établissements.

Le contexte partenarial dans lequel les clusters sociaux QVT sont mis en place diffère fortement selon les régions en fonction des contextes locaux. Dans quelques régions, les deux agences (ARS et Aract) se connaissaient et travaillaient ensemble depuis plusieurs années (sur les risques psychosociaux par exemple), et alors le projet de cluster s'est inscrit dans la continuité de ce travail. Dans d'autres, apparemment plus nombreuses, elles n'avaient pas de relations partenariales antérieures et il a fallu contractualiser rapidement.

### 5.3 Quels intérêts des acteurs en présence à œuvrer sur la QVT ?

Les deux acteurs ARS et Aract, partenaires dans le pilotage des clusters sociaux QVT en région ne sont pas dotés des mêmes expertises en matière de QVT et n'identifient pas les mêmes enjeux. Si cela n'est pas discuté collectivement, comme nous le verrons ultérieurement, cela apparaît au fil des entretiens comme un possible frein au processus partenarial territorial.

#### ► Les Aract et la qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est mobilisée par l'Anact et les Aract depuis plusieurs années, au moment de la mise en route de la première vague de clusters et dans de nombreux milieux professionnels différents.

Elles sont ainsi invitées à accompagner les ARS dans la mise en place des clusters, étant à l'origine de la méthode dite des « clusters » déjà expérimentée sur d'autres secteurs d'activité. L'ANACT a contribué, avec la HAS et la DGOS, à l'élaboration des Clusters QVT. De plus, les Aract et l'ANACT ont forgé leur méthodologie d'intervention par des expérimentations et des dispositifs soutenus dans de nombreux milieux professionnels. En d'autres termes, l'ANACT et son réseau d'Aract est la conceptrice de la démarche cluster et les Aract apportent ainsi leur expertise à travers l'animation des sessions collectives inter-établissements et d'appui à l'élaboration des démarches QVT dans les établissements.

La QVT pour les Aract est un moyen de réinterroger les organisations. C'est alors un problème méthodologique : pour ces intervenants de l'Aract. Il s'agit de comprendre comment déployer une démarche QVT dans un établissement. La QVT est un moyen avant tout.

Cependant, on peut distinguer deux types d'approches de la QVT au sein des Aract :

- l'une davantage centrée sur le déploiement de dispositifs méthodologiques existants du réseau Anact/Aract tels que QVT+, EDD, ou encore la mobilisation de savoirs théoriques ;
- l'autre davantage centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnels, et ce, quelle que soit la méthodologie.

Le cluster y est alors un moyen d'équiper les établissements, de faire émerger des innovations et de les diffuser.

Dans leur pratique d'intervention, les intervenants de ce type d'approche insistent alors davantage sur la nécessité de faire émerger des pratiques et des innovations ayant des effets sur l'activité et la qualité des soins.

L'un d'eux utilise le terme de « dé conceptualisation » pour signifier la nécessité, non pas de former les établissements aux concepts définis par l'ANACT, ou de déployer ses outils QVT+ ou EDD, mais de faire émerger l'initiative des acteurs des établissements à des expérimentations effectives.

La QVT est ici le moyen de faire émerger des initiatives locales, portées par l'ensemble des acteurs d'un établissement, direction, salariés et IRP, permettant d'agir sur le travail, son organisation et la qualité des soins.

En d'autres termes, le problème est celui de définir les moyens effectifs permettant de soutenir l'expression et l'action des salariés sur le contenu du travail, comme est définie la QVT par l'ANI de 2013.

## ► Les ARS et la qualité de vie au travail

Les ARS ont historiquement une relation aux établissements qui s'organise plutôt autour de problématiques de contrôle que d'accompagnement, même si certaines ARS voient émerger des débats autour d'un « nécessaire infléchissement du contrôle vers l'accompagnement » des établissements.

La qualité de vie au travail est un sujet relativement nouveau pour de nombreux professionnels des ARS. Ces derniers s'engagent dans ce projet de clusters sociaux QVT sans forcément connaître la méthodologie envisagée et le périmètre de cet objet.

La QVT est appréhendée du point de vue des ARS davantage comme un levier qui peut permettre de répondre à trois enjeux majeurs du secteur hospitalier que l'on peut résumer ainsi :

- La lutte et la prévention de l'absentéisme,
- L'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients,
- La nécessaire attractivité des établissements.

Elle s'inscrit ainsi pour partie dans une problématique de ressources humaines et de qualité. Pour certains professionnels des ARS, la démarche qualité de vie au travail est un moyen de prolonger le déploiement d'une culture de la qualité, définie comme la prise en charge collective par un établissement des risques sanitaires, ces risques étant articulés à l'activité de l'ensemble du personnel de soin. Le problème porte alors sur la manière de déployer, diffuser et de consolider la culture de la maîtrise du risque sanitaire et de la qualité des soins, par l'ensemble des personnels impliqués dans l'activité de soin, à l'échelle d'un territoire.

Dans certaines régions, la qualité des soins est reformulée en problématique de bientraitance par exemple et la question de l'absentéisme y est essentielle. La QVT est appréhendée par les ARS comme un moyen possible de répondre à ces problèmes.

Ensuite, sur la méthodologie, pour l'ARS, il ne s'agit pas d'intervenir dans chacun des établissements. Ce n'est pas matériellement et financièrement possible, certaines ARS ayant en charge le pilotage de plusieurs milliers d'établissements de santé.

La QVT peut être le moyen pour l'ARS d'élaborer des moyens de répondre aux problèmes de qualité des soins, d'absentéisme et d'attractivité pour les milliers d'établissements d'un territoire. L'enjeu est donc de construire des outils et des dispositifs généralisables et diffusables à cette échelle.

Pour les professionnels de l'ARS qui participent au cluster, celui-ci est un outil parmi d'autres (« il n'y a eu que 8 structures ») et ne suffit pas à activer une démarche QVT. Il est nécessaire de diffuser une « doctrine » qui serait celle d'une « action performante ».

Ainsi pour l'une des chargées de mission en charge d'un cluster au sein d'une ARS, la QVT est intéressante parce que multifactorielle, c'est « de la gestion des ressources humaines, et c'est d'abord de la formation », « il faut que cette démarche QVT soit intégrée au projet d'établissement, à une démarche managériale globale » et c'est également « la santé au travail et de la prévention primaire ». La QVT doit pouvoir être évaluée via des indicateurs RH notamment.

L'ARS a pris part au déploiement des clusters sociaux parce que cette agence cherchait et cherche les moyens de répondre à ces problèmes. Elle a vu les expérimentations comment la possibilité de tester un de ces moyens et un moyen de préciser sa conception de la QVT.

## 5.4 A quels problèmes doivent répondre les clusters régionaux ?

### ► Des comités de pilotage centrés sur le suivi du cluster le plus souvent

Certaines régions ont réuni au lancement des clusters différents partenaires (comme les fédérations par exemple), mais cela n'est bien souvent pas allé au-delà de ces premières réunions de présentation. Cela étant, les acteurs d'un même territoire se « croisent » et travaillent souvent ensemble par ailleurs (dans le cadre du Plan régional santé par exemple).

Globalement, les régions qui ont associé d'autres partenaires que le duo Aract/ARS, l'ont fait avec un réseau déjà mobilisé par l'ARS (via une filière ou une fédération) pour capter rapidement des établissements jugés « mûrs » et capables de suivre la démarche, c'est-à-dire soit avec un climat social relativement apaisé, soit avec une direction dont on faisait l'hypothèse qu'elle pourrait soutenir ce type de démarche. L'enjeu était alors de constituer un vivier d'établissements et non de travailler avec d'autres acteurs institutionnels compétents également sur la qualité de vie au travail ou intéressé par le sujet (type Direccte, Carsat, OPCA, etc.).

Si les professionnels des deux agences ont rapidement pu monter les clusters avec un nombre suffisant d'établissements à accompagner, elles sont restées le plus souvent dans une configuration de binôme ARACT-ARS avec l'appui du réseau initial, sans chercher forcément à se structurer autour d'un comité de pilotage régional élargi à d'autres partenaires. Les dimensions territoriales et partenariales semblent avoir été le plus souvent un impensé des dispositifs régionaux. Lors des entretiens avec les chargés de mission des ARS notamment, nombreux sont ceux qui n'avaient pas intégré cette dimension dans leur compréhension générale du projet. L'appel à projet national ne la mentionne pas non plus.

L'objet principal des comités de pilotage régionaux, quand ils existaient, est celui du cluster, soit la réunion de plusieurs établissements à accompagner. Il n'y a pas eu d'adaptation du fonctionnement du cluster au contexte spécifique de leur territoire, d'une branche ou d'un type d'établissements. Dans certaines régions, l'ARS a souhaité inscrire les clusters directement dans leurs problématiques d'absentéisme par exemple, mais cela n'a pas été suivi. Il y a eu débat mais cela n'a pas abouti à un objet commun.

Il n'y a pas eu de définition d'un problème commun, à l'échelle régionale, entre ARS et Aract, même s'il y a eu la volonté de mener ce travail à l'échelle nationale. Il n'y a pas eu d'opération de traduction des différents enjeux en un intérêt commun à agir collectivement sur le territoire. Parfois l'un des partenaires a réalisé une analyse de la demande en son sein mais cela a été relativement marginal sur les différents territoires. Ce fut le cas par exemple d'une fédération qui a souhaité inscrire les problématiques de son secteur comme base de travail du cluster ou d'une filière qui a souhaité l'aval de ses adhérents avant de s'engager. Cependant, si une analyse de la demande a pu être faite en interne, elle n'a pas été pour autant partagée et traduite dans le travail du cluster.

Dans deux régions sur les 5 étudiées, le comité de pilotage n'a pas été mis en place ou ne s'est pas réuni formellement, n'ayant pas d'objet de travail en soi, hormis ce qui était détaillé dans la convention de partenariat entre l'ARS et l'Aract.



## ► **ARS/ARACT : une configuration commanditaire/prestataire récurrente**

L'ARS et l'Aract ont bien souvent, lors de leur contractualisation dans le cadre du cluster QVT, pensé un projet de déploiement des démarches QVT, et pour certaines régions, dès le début du cluster. La position de commanditaire (ARS) et de prestataire (Aract) revient souvent dans les propos des différents acteurs et interroge les deux acteurs, sans que cela ait été discuté ouvertement au préalable. Les rôles, tels qu'ils sont observés par les uns et les autres, ne sont pas toujours conformes à ceux attendus. En réalité, il ne semble pas y avoir eu de débat sur la forme de ce travail partenarial et sur les rôles de chacun. Le Co pilotage ARS/Aract semble être un pilotage par l'ARS avant tout.

Les Ars ont eu pour fonction d'initier le Cluster, en convoquant les établissements lors d'une réunion de présentation du cluster et en les sélectionnant. Ils n'ont pas suivi leurs expérimentations pour en juger l'efficacité ou les piloter.

Les professionnels des ARS ont le plus souvent participé à la première réunion de lancement du cluster, mais n'ont que rarement participé ensuite aux journées collectives inter-établissements. Cette position était unanimement partagée par les Aract afin de permettre une plus grande liberté de parole des établissements en l'absence de leurs tutelles, même si elle posera la question du suivi et de l'apprentissage des professionnels des ARS autour de ces démarches QVT. Les professionnels des ARS ont assisté le plus souvent à la dernière journée collective inter-établissements, moment de bilan. De ce fait, ils n'ont pas pu bénéficier d'un processus d'acculturation à la qualité de vie au travail et d'appropriation progressive de l'objet du cluster. Ce qui a fait perdurer cette inégalité d'expertise et fragiliser parfois l'engagement partenarial.

Les Aract ont souvent « briefé » les ARS sur l'objet qualité de vie au travail en raison de leur expertise et cela souligne l'inégalité des ressources deux acteurs (Aract et ARS) sur la qualité de vie au travail. Si pour les ARS, la qualité de vie au travail s'inscrit dans des enjeux de ressources humaines et de qualité de soins plus globalement, cela n'a pas été discuté et traduit dans l'espace du cluster ou de son comité de pilotage. On retrouve dans plusieurs entretiens des ARS, une volonté de « reprendre la main », signe d'une volonté de poursuivre, mais également d'un manque de prise réelle avec le sujet.

## ► **Quelques comités de suivi voient le jour**

Dans certaines régions, un réseau d'acteur a été associé, qui s'est réuni au sein de comité de suivi. Ces derniers se sont réunis à plusieurs occasions et ont été le lieu de partage de réflexion sur la qualité de vie au travail. Il y avait pourtant une différence d'objet commun comme nous l'avons déjà souligné : pour l'Aract il s'agissait de formation et d'échanges de pratiques et pour l'Ars, il s'agissait d'agir sur qualité des soins – absentéisme – attractivité à l'échelle d'un territoire. Ces approches différentes n'ont pas fait l'objet d'une discussion et d'un accord.

Lorsqu'un comité de suivi a été constitué, il s'agissait alors de regrouper l'ensemble des acteurs intéressés par la question du déploiement du cluster et des démarches QVT dans les établissements. Ces comités de suivi avaient pour objet de présenter les retours d'expériences des clusters et de permettre des échanges et des exposés sur les démarches QVT. Ils n'étaient pas définis comme des lieux décisionnels et de construction de projet.

Dans une autre région, le comité de pilotage avait imaginé lors de sa deuxième réunion (qui s'interrogeait sur les moyens d'associer d'autres acteurs régionaux) fonctionner avec deux instances : un comité stratégique régional (pour associer les institutionnels régionaux au projet et valoriser des actions de transfert) et un comité technique local (pour réunir les acteurs régionaux afin de diffuser et déployer ces démarches et leurs enseignements). Finalement, sur la base d'un constat de la multiplicité des instances et des acteurs énormément mobilisés, les membres du comité de pilotage s'accordent également, sur proposition du pilote d'un des partenaires, pour que leur comité de suivi soit celui de leur instance, déjà existant. Ce comité de suivi est présenté comme un réseau efficace pour mobiliser les acteurs institutionnels (OPCA, Carsat, etc.) d'une part et pour partager et diffuser de l'information d'autre part.

## ► Quels partenaires enrôler ?

Les partenaires mobilisés par les ARS et les Aract sur la qualité de vie au travail, l'ont été principalement dans un premier temps afin de permettre de s'appuyer sur leurs réseaux d'établissements et de constituer ainsi dans les délais impartis une liste d'établissements pouvant participer au cluster. C'est le cas d'une filière, d'une fédération ou encore d'un organisme de formation du secteur.

Les réseaux mobilisés sont parfois des réseaux constitués par les ARS elles-mêmes (filière ou réseau de qualitatifs par exemple).

Sur les 5 régions étudiées, 3 d'entre elles s'appuient ainsi sur des réseaux alors que les 2 autres travailleront uniquement dans le cadre Aract-ARS.

Sur les 3 régions étudiées ayant travaillé avec un autre partenaire, deux s'appuient sur un réseau d'établissements et un seul mobilisera une variété d'acteurs, dont notamment les organisations syndicales. Celles-ci ont été invitées à participer au lancement de leur comité de pilotage régional. La CARSAT, la DIRECCTE ou des universitaires ont pu être sollicitées ensuite pour participer au comité de pilotage ou au comité de suivi (nous reviendrons sur ces deux instances), sans que cela n'ait toujours abouti.

Le cas unique d'associations d'autres partenaires que le binôme Aract/ARS est toutefois singulier puisque ce cluster n'a pas fonctionné de la même façon que les autres. En effet, les établissements intégrés au cluster l'ont été notamment pour pouvoir faire valoir leurs expériences. Ces établissements ont, de fait, participé au cluster davantage pour exposer leurs expérimentations passées ou en cours que pour réaliser de nouvelles expérimentations. La spécificité de ce secteur est d'avoir été pensé et conçu comme un lieu d'échanges de pratiques et de problématiques.

Dans l'une des régions étudiées, après avoir eu connaissance du projet de cluster, c'est au contraire un partenaire qui s'est tourné vers l'ARS, après avoir eu connaissance du projet de cluster. Le partenaire propose alors de dédier le projet de cluster pour les établissements régionaux de son secteur d'activité. Des établissements adhérents de ce partenaire s'étaient déjà réunis dans le cadre d'un groupe de travail qui traitait de sujets communs à cette activité. Pour ce partenaire, la QVT est l'un des moyens permettant de répondre à une problématique RH de conditions de travail et de fidélisation, et de gagner en efficacité puisque le cluster apporte des moyens - l'accompagnement de l'Aract - pour mettre en œuvre la démarche, dont son organisme professionnel ne dispose pas. Le déploiement revient ici à un acteur qui s'en saisit parce qu'il a un intérêt singulier à cela et qui entre ensuite dans une négociation avec l'ARS pour sa mise en place.

Notre matériau d'analyse ne permet pas de détailler finalement les différentes approches de la QVT des autres partenaires mobilisés (hors ARS et ARACT), mais il confirme l'absence de problématisation au niveau territorial en amont des clusters, au moment de la création des comités de pilotage.

Compte tenu du caractère polysémique de la QVT et de la non spécialisation des partenaires sur cet objet, l'absence de discussion autour de la définition de la QVT, des enjeux des clusters et d'un intérêt commun à agir questionnent la pérennité du dispositif au niveau territorial. La simple juxtaposition d'intérêts et d'enjeux suffit-elle à légitimer et institutionnaliser la qualité de vie au travail dans les territoires ?

Plusieurs tentatives d'association d'organisations syndicales et patronales nous ont pourtant été signalées, mais aucune n'a réellement abouti.

*« Monter les comités de pilotage a souvent été un vrai casse-tête, en raison des tensions qui existent entre certains établissements et les ARS et à cause du fonctionnement paritaire de l'Aract, auquel est peu habitué le monde hospitalier » (membre du COPIL national, interview).*

Si certaines raisons sont avancées, les acteurs font état également d'une incompréhension autour de cet échec, n'ayant pas pu connaître les raisons parfois de la réticence de certains acteurs à s'engager dans une voie partenariale. Plusieurs raisons permettent d'éclairer cette situation.

Certaines organisations syndicales s'étaient opposées au niveau national à la QVT en ne signant pas l'accord national interprofessionnel (c'est le cas pour Force Ouvrière et la CGT). Les représentants du personnel de ces organisations syndicales ont alors suivi le mot d'ordre national.

Nous faisons l'hypothèse que l'absence de mise en discussion et de traduction des enjeux autour des clusters sociaux QVT entre les différentes parties prenantes a freiné l'engagement des acteurs, la question de la QVT n'ayant pas trouvé d'articulation avec les conflits existants aux niveaux régionaux et nationaux, notamment les conflits portant sur la tarification à l'activité, les plans de retours à l'équilibre, le virage ambulatoire, les GHT, les conditions de travail, etc.

L'objet QVT étant polysémique et objets de controverses vives (de la salle de sport aux plantes vertes bien souvent moquées), l'absence de discussion sur les intérêts et enjeux régionaux des clusters QVT n'a pas pu permettre de trouver une traduction, un intérêt commun à agir, qui fasse sens aux priorités des organisations syndicales notamment.

Sans cela, nous faisons l'hypothèse que les partenaires mobilisables, peu documentés ou expérimentés sur la qualité de vie au travail, ne capteront pas spontanément l'intérêt d'une telle démarche et n'adhéreront pas à un énième projet, au vu de leurs agendas surchargés et de la diversification des expertises nécessaires.

Au niveau national, au sein du comité de pilotage national paritaire des clusters, l'objet QVT a été discuté, interrogé, et les représentations d'une « QVT gadget » se sont estompées une fois l'objet QVT mieux appréhendé et une fois qu'a été discuté l'intérêt commun à agir sur ce sujet.

## 5.5 Une volonté de déploiement des démarches QVT sur tout le territoire qui se heurte aux questions de moyens

Les clusters ont, dans ces conditions, travaillé essentiellement :

- sur l'animation et l'accompagnement des établissements,
- à l'essaimage et à la diffusion des pratiques.

Le travail a pour autant été relativement divisé entre les acteurs avec :

- l'animation et l'accompagnement des établissements pour l'Aract ;
- la diffusion et l'essaimage pour l'ARS via ses réseaux d'acteurs ressources.

Une Aract parmi les 5 régions étudiées a toutefois missionné une chargée de mission spécifiquement sur l'animation stratégique du cluster, en plus des chargés de missions affectés à l'accompagnement des établissements. C'est alors la correspondante compétente sur la question du déploiement et de la mobilisation des partenaires.

Dans les différentes régions étudiées, on observe :

- une volonté de poursuivre sur une 3ème vague de cluster,
- une volonté de diffuser et de faire connaître ces « bonnes pratiques » par des opérations de communication diversifiées,
- une volonté de mobiliser les établissements ayant participé aux clusters pour en faire les porte-paroles des démarches QVT.

Des plans d'action de déploiement existent dans plusieurs régions. Dans l'une d'elles, l'Aract et l'ARS ont œuvré avec leur partenaire sur un plan de déploiement et ont élaboré un plan d'action. Celui-ci n'a pas pu encore être réellement mis en œuvre suite au changement de direction de l'ARS et de la validation par le directeur de la poursuite de ce projet. De nombreuses communications sont prévues dans les différents réseaux sur le bilan du cluster QVT en mobilisant les établissements du cluster, ainsi que des groupes de travail faisant se rencontrer les établissements du cluster et des nouveaux établissements.

Des « matinales » devraient être organisées, au sein desquelles seront réunis des acteurs volontaires (Directeur général, gestionnaires, directeur des ressources humaines) en présence des structures qui ont déjà produits une démarche QVT, afin de faire émerger un intérêt collectif à agir. L'idée est d'en expérimenter deux dans un premier temps, puis d'évaluer l'efficacité et la pertinence de ce type de dispositif.

Parallèlement, l'ARS a sollicité l'Aract pour une formation des inspecteurs de son académie au changement de posture « afin qu'ils puissent davantage accompagner que contrôler ».

Mais la question qui se pose notamment pour plusieurs ARS, in fine, est celle des moyens de la pérennisation des démarches QVT, à l'échelle régionale, au-delà de l'expérimentation dans quelques établissements. Comment les établissements peuvent, de manière autonome, développer des démarches QVT et généraliser une approche QVT ? Il ne peut s'agir, pour ces ARS, de financer des intervenants pour les milliers d'établissements de leur territoire. Comment alors construire et former les acteurs à des outils de pilotage, à l'échelle d'un territoire permettant, à l'ensemble des établissements, de déployer une politique QVT effective ? Si l'expérimentation a permis de faire connaître la question de la QVT, il s'agit pour les ARS d'agir ensuite à l'échelle de tous les établissements du territoire. Ce problème indique la volonté de ne plus simplement déléguer à l'Aract la mise en œuvre du Cluster et des expérimentations mais de porter soi-même et « prendre la main » sur le déploiement des actions QVT à l'échelle du territoire. L'ARS veut se rapprocher le pilotage et la définition des politiques et démarches QVT.

Plusieurs ARS cherchent à trouver les moyens de faire évoluer les Clusters et le Comité de Pilotage régional vers un plan d'action régional porté par l'ARS.

## 5.6 Quelle pérennité ou comment rallonger le réseau d'acteurs ?

Des initiatives existent pour tenter de pérenniser ou « verrouiller », selon la terminologie de la sociologie de la traduction, les exigences en matière de qualité de vie au travail :

- Un indicateur RH dont un indicateur QVT au sein des CPOM,
- Un axe stratégique dans le PRST,
- Un indicateur QVT dans l'évaluation des directeurs d'établissement par les ARS,
- ....

Mais ces initiatives ne font pas l'objet d'un plan d'action construit collectivement. Elles sont le fruit d'initiatives multiples et juxtaposées.

En l'absence de comités de pilotages régionaux effectifs et actifs, il n'y a eu que peu d'évaluations collectives réalisées en dehors de celles établies lors de la dernière réunion inter-établissement. Dans certaines régions, les clusters de la vague 2 ont été mis en place, mais sans comité de pilotage régional.

Lors de ces dernières, les établissements ont souvent émis le souhait de faire perdurer encore le cluster, ou de pouvoir retrouver les établissements présents six mois ou un an plus tard afin de ne pas perdre leur dynamique.

Quelques Aract ont tenté de faire un travail d'analyse dans le cadre des conventions ARS/Aract, mais elles se sont heurtées à la difficulté d'évaluer les effets des démarches dans les temps impartis.

Plusieurs éléments nous incitent à une certaine prudence au sujet de l'évaluation des « effets » des démarches qualité de vie au travail. Comme le soulignent Véronique Ghadi et Olivier Liaroutzos :

*La qualité de vie au travail est multidimensionnelle, elle s'ancre pour une bonne part dans des éléments de culture managériale et organisationnelle et elle dépend des enjeux spécifiques de l'établissement. Il est délicat alors de chercher à transposer des solutions, des objectifs d'un établissement à un autre, ce qui pose d'emblée la question de la robustesse et de la reproductibilité du regard des experts-visiteurs (Ghadi V., Liaroutzos O., 2015).*

Par ailleurs, peu de démarches menées dans les établissements disposent d'indicateurs construits collectivement pour mesurer les résultats des changements réalisés, c'est-à-dire les effets attendus (ou non attendus), directs ou indirects. Le suivi de l'avancée des démarches par établissement, opérée par l'Aract, et le plan d'action QVT du Copil sont les seuls instruments formels qui permettent une certaine appréciation sur le processus. Au-delà de la dernière réunion inter-établissements, peu d'établissements ont mené une appréciation collective formalisée de leur démarche, sur laquelle nous appuyer, et ce, malgré les recommandations des Aract autour de l'évaluation embarquée.

Deux Aract ont toutefois proposé à l'Ars la constitution d'un « club de pairs QVT » qui aurait pour objet de pérenniser le Cluster et la diffusion de la QVT.

Dans la première, un bilan du cluster a ainsi été réalisé lors du dernier jour collectif inter-établissements auquel ont participé l'ARS, l'Aract et leur troisième partenaire. Le bilan fait état d'une grande satisfaction des établissements et des différents partenaires et d'un besoin d'accompagnement encore dans certains établissements.

Lors de ce bilan, les établissements ont été questionnés sur les suites à donner au cluster. Il a été décidé de mettre en place, dans le cadre de la filière, des groupes de travail réunissant des établissements ayant participé au cluster (afin de pérenniser les démarches en travaillant sur le projet d'établissement ou avec la démarche qualité) et des établissements n'y ayant pas participé (afin « d'essaimer »).

Dans la seconde région, où certains établissements de la Vague 1 souhaitaient continuer à être accompagnés et participer à la Vague 2 du Cluster, centrée sur une problématique qui les intéressait. L'intervenant de l'Aract a proposé que les établissements de la vague 1 participent à cette vague 2 en transmettant leurs expériences.

L'objectif serait que l'intervenant de l'Aract, pendant deux ou trois séances, anime des séances d'échanges de pratiques. Ensuite, pendant à nouveau deux à trois séances, il aiderait ces établissements à élaborer les moyens de transmettre leurs expérimentations et leurs pratiques QVT à de nouveaux établissements n'ayant pas encore participé au Cluster Social.

Il reviendrait aux établissements de construire les formes de la transmission des expérimentations QVT, même si l'Aract dispose déjà de certains outils éprouvés dans d'autres milieux professionnels. Par exemple, il ne s'agirait pas nécessairement de s'appuyer sur les trinômes des expérimentations QVT mais sur tout acteur jugé légitime.

L'objectif de cet intervenant de l'Aract est la mise en place de moyens permettant que les acteurs territoriaux soient en capacité de diffuser, de manière autonome, l'approche QVT et les différentes démarches menées dans les établissements :

*Ce sont les établissements qui vont présenter leurs démarches dans leurs réseaux. Ils sont autonomes. Et on arrive à beaucoup plus diffuser comme ça. C'est une méthode d'intervention qui fonctionne, on le fait dans d'autres milieux professionnels. Pour nous, ça fonctionne bien. Et on a du matériel, des chartes, des documents sur ce qu'est la QVT et ce que n'est pas le QVT. Avec ce club, l'idée c'est que les établissements soient ensuite autonomes pour diffuser. (Intervenant Aract)*

Le point de vue de cette Aract est que les démarches QVT ne doivent pas seulement s'inscrire dans un processus dit « QVT » : si la QVT est l'expression et l'action des salariés sur le contenu du travail, elle peut, elle doit s'inscrire dans l'ensemble du fonctionnement d'un établissement, et non seulement dans une commission ad hoc ou une expérimentation particulière. Il revient donc aux établissements, et notamment à leurs directions, de déployer cette approche dans leur organisation générale et leur stratégie de gouvernance. La QVT est le moyen et la première étape d'une transformation générique.

Ici, l'Aract aurait pour fonction de mettre en place ces clubs, il reviendrait ensuite à l'ARS de les soutenir et aux établissements de les animer.

Nous trouvons là, peut-être la possibilité d'une pérennisation de la démarche QVT par sa généralisation et son animation par les établissements eux-mêmes.

Notre analyse des différents clusters pose la question de l'existence de réelle dynamique territoriale. Il semble que chacun des acteurs (ARS et Aract) continue à œuvrer, mais de façon isolée de plus en plus, voire parfois dans des relations entre Aract et ARS qui se sont quelque peu tendues.

Dans plusieurs régions, encore en cours de cluster, le contact entre le chargé de mission Aract et son homologue à l'ARS n'existe plus, et ce, sans qu'aucune explication n'ait été donnée.

## 5.7 Conclusion : la dynamique territoriale, un impensé ?

Pour reprendre la première question posée en introduction par l'évaluation sur la dynamique territoriale, « En quoi la réalisation d'un cluster sur le territoire et l'animation d'un comité de pilotage régional vient nourrir des projets, des politiques et des pratiques au niveau régional ? », il semble que l'objectif de territorialisation de l'action et ses enjeux étaient en réalité peu appréhendés par les professionnels des Aract et des ARS et semblent ne pas avoir été travaillés collectivement dans ce sens, ce qui explique la relative faiblesse des dynamiques territoriales.

Il semble que cette inscription du cluster au niveau du territoire dans un souci de pérennisation de l'action n'ait pas été perçue par les acteurs des deux agences, qui ont davantage appréhendé l'appel à projet comme un dispositif à appliquer en référence à un projet national, HAS, DGOS et ANACT.

Par ailleurs, la temporalité du lancement de l'appel à projet a contraint les acteurs à mettre en place les premiers clusters rapidement, sans avoir le temps d'échanger sur l'objet concret de leur partenariat. Cela étant, la vague 2 des clusters, qui a pu être anticipé davantage d'un point de vue temporel, n'a pas donné lieu à ces temps d'échanges et de problématisation de l'action collective territoriale.

N'ayant pas perçu la dimension territoriale du projet cluster régional, le territoire n'a alors pas été l'objet de discussion entre les ARS et les Aract. Et ce, alors même qu'il est un périmètre légitime et incontournable pour les deux agences :

- tant pour les ARS (avec le schéma régional de santé, la création des GHT, des pôles ou encore l'attractivité des établissements répartis sur le territoire)
- que pour les Aract (organisées structurellement autour du territoire, en associations régionales).

Le territoire est appréhendé dans le cadre des clusters par les deux agences non comme un espace d'expérimentation et de construction d'alliance avec un réseau d'acteurs pour ancrer les démarches qualité de vie au travail en son sein, mais davantage comme un espace de « diffusion » des clusters et de leurs objets.

Ainsi sur les 5 clusters régionaux étudiés, aucun n'a mis à l'ordre du jour du comité de pilotage le partage des besoins du territoire identifiés par les différents acteurs, ni le besoin de travailler avec d'autres acteurs du territoire sur ce sujet. Et si tous les clusters ont organisé un temps de bilan autour de la dynamique collective inter-établissements permise dans le cluster, rares sont les régions où un comité de pilotage régional a travaillé autour un bilan de cette dimension territoriale (en termes de problèmes ou d'enjeux territoriaux en évolution, d'acteurs à mobiliser, etc.).

Par ailleurs, et pour répondre à la deuxième question, « *Comment les ARS ont été conduites à porter la qualité de vie au travail en lien avec la qualité des soins et la performance ?* », il semble que là aussi, nous soyons face à un impensé. L'objectif d'équipement des ARS sur le sujet de la QVT devait permettre de développer et d'instituer des pratiques de qualité de vie au travail, en faisant des ARS, tutelles financières des établissements, des accompagnants des établissements sur ces questions. Les entretiens avec les chargés de mission et leurs supérieurs hiérarchiques à l'ARS ne font pas état de cet objectif.

Si le travail de problématisation n'a pas toujours été fait par les deux agences (ARS et Aract), cela n'a pas empêché d'autres partenaires de prendre ce rôle central de traducteur. Le cluster a pu permettre à certains acteurs partenaires de monter un projet sur la base de leurs besoins et d'expérimenter un projet qualité de vie au travail sur leur champ d'activité et de compétences, en intéressant ensuite les autres partenaires (ARS et Aract).

## 6. Les séances inter-établissements du cluster : échanger, former et expérimenter

Les intervenants Aract, dans le cadre du Cluster QVT, disposaient de 5 à 6 séances « collectives », inter-établissements, regroupant les 7 ou 8 trinômes des établissements d'un Cluster. Ces séances, en fonction des particularités de ces Clusters, pouvaient durer une demie ou une journée entière. Certains intervenants des Aract ont pu choisir de répartir ces 5 journées collectives en 6 séances, certaines séances se déroulant sur une journée, d'autres sur une demi-journée.

Ces intervenants disposaient ensuite, entre ces séances collectives, de 3 séances dites « individuelles » avec les trinômes d'un établissement. Ces séances ont également pu être réparties, en fonction des clusters, sur une demie ou une journée entière.

La prescription faite aux intervenants des Aract est formulée en ces termes dans une convention Ars/Aract « Cluster QVT » :

*La mission de l'Aract vise à outiller, accompagner méthodologiquement les établissements dans la mise en œuvre de leurs expérimentations QVT. Il revient à chaque établissement de s'en emparer et de mettre en place une dynamique interne et développer des expérimentations effectives. Les résultats des actions menées au sein de chaque établissement relèvent de leur responsabilité, et seront suivis dans le cadre des indicateurs que chacun sera amené à construire avec l'aide de l'Aract.*

Les intervenants ont pour mission l'accompagnement méthodologique des établissements « dans la mise en œuvre de leurs expérimentations », la responsabilité du déploiement effectif d'expérimentations relevant cependant aux établissements.

**La question posée ici est de comprendre comment les intervenants des Aract ont cherché et sont parvenus, ou non, à tenir cette demande d'accompagnement dans la mise en œuvre d'expérimentation QVT. Cette dernière devant permettre, selon la définition de la QVT portée par la HAS et l'ANACT, de soutenir l'expression et l'action des personnels sur le contenu du travail, au nom de la qualité des soins.**

Pour répondre à cette question, nous nous pencherons d'abord sur la question de la constitution de ces trinômes et des clusters, cette constitution conditionnant le fonctionnement de ces séances collectives et individuelles.

Nous verrons ensuite que l'activité des intervenants des Aract, avec les trinômes, a consisté à favoriser l'échange entre les trinômes, former ces trinômes à la QVT, soutenir le déploiement de dispositifs QVT élaborés par l'Anact et soutenir les expérimentations QVT. Nous poserons la question de l'articulation et de la spécificité de chacune de ces activités.



## 6.1 La constitution des Clusters et des trinômes

### ► A. Des Clusters initiés sans co-analyse de la demande

Le lancement de la première vague de cluster de 2016 s'est fait de façon très rapide, parfois dans l'urgence, en janvier et février 2016. Dans certaine région, entre la réception de l'appel à participation par les établissements et l'Aract, il n'a pu se dérouler que quelques semaines ou même quelques jours. Dans ce cadre, les Aract et ARS ont cherché s'appuyer sur des réseaux d'établissements ou de directions d'établissements déjà constitués.

L'enjeu premier a été de pouvoir mobiliser des réseaux ou des collectifs d'établissements en capacité de répondre aux demandes de l'appel à projet, notamment, par exemple, de pouvoir constituer, rapidement, un trinôme et d'être en capacité de mener, à terme, une expérimentation QVT.

L'activité des ARS et des Aract s'est centrée, à ce moment, sur l'activation de réseaux et la sélection d'établissements.

Mais de ce fait, les intervenants des Aract n'ont pu bénéficier de la possibilité de procéder à une analyse de la demande tout à la fois avec les Ars et les trinômes des établissements.

Ensuite, pour parvenir à tenir les délais des Clusters, c'est-à-dire réaliser une expérimentation à l'horizon de l'automne 2016, les séances collectives ont rapidement démarré, dès avril 2016.

Les responsables des Clusters à l'Ars ont pu, généralement, assister à deux séances : lors de la présentation du projet Cluster aux établissements, avant février, et lors de la matinée de la première séance collective, animée par l'intervenant de l'Aract, au printemps 2016.

La fonction des responsables de l'Ars a donc essentiellement consisté à transmettre, à destination des établissements de santé, l'appel à projet Cluster, à sélectionner les établissements puis à présenter, lors de la première séance collective, le Cluster.

Ils n'ont, généralement, pas disposé d'espace et de temps pour discuter du projet Cluster, de la notion de QVT et des expérimentations en amont du Cluster. Puis en aval, avec les établissements.

Nous soulignons cependant, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, que certains établissements ont pu se rendre aux séances des Comités de Suivi ou de Pilotage Régionaux pour rendre compte de leurs démarches.

Cependant, à l'initiation des Clusters, les responsables des Ars ne disposent pas d'une connaissance précise de la QVT et d'expérimentations pouvant effectivement soutenir l'expression et l'action des salariés sur le contenu du travail.

Les responsables de l'Ars se situaient sur d'autres types de problématiques :

*Au départ, on parlait moins de QVT. On était plus sur la prévention TMS et RPS. Ou sur la gestion de certains accidents graves, comme des agressions dans les services d'urgence. Mais la QVT on ne connaissait pas... On l'a découvert avec l'appel à projet. (Chef de projet Cluster Ars)*

Ce peut être à l'occasion d'une première réunion d'information, organisée entre janvier et février 2016, animée par l'Aract, avec les établissements, que les chefs de projet de l'ARS commencent à se saisir du concept de QVT :

*(Responsable Aract) était venu présenter le travail de l'Aract. Il a présenté la pâquerette et d'autres choses. Et c'est comme ça que je rentre dans une thématique plus QVT. Parce que pour moi c'était quelque chose encore d'impalpable ! J'étais encore TMS, formation posture, groupe de parole, achat matériel etc. Pas sur la QVT. (Chef de projet Cluster de l'ARS)*

Faiblement équipé, tant du point de vue théorique que des expériences pratiques menées, les chefs de projet ont « laissé la main », selon une expression souvent utilisée, aux intervenants des Aracts pour mener les Clusters, sans que, faute de temps, une instruction bilatérale de la question de la Qvt et des clusters ne soit menée.

*Et le déroulé de l'Aract... On est là sur une méthodologie expérimentée par la HAS et l'ANACT. Les ARS n'ont pas la main dessus. Parce que c'est vrai aussi qu'on ne sait pas trop faire. C'était nouveau pour nous. (Chef de projet Cluster de l'Ars)*

Les intervenants des Aract ont estimé, de leur côté, que la présence des Ars, dans les sessions collectives, gêneraient la capacité des établissements et des trinômes à échanger et discuter :

*Nous, on a une approche où l'ARS ne doit pas être en co-animation des clusters, parce que malgré tout leur rôle d'inspection est très fort. Donc même si ils évoluent vers une fonction appui, dans l'esprit des établissements de soin, la fonction contrôle de l'Ars est hyper présente. Et clairement, on n'a pas la même qualité d'échange avec ou sans l'ARS. (...) L'ARS doit être là comme pilote, pour mobiliser les ES, qu'elle anime le territoire, pour porter le sujet, mais dans l'animation non ! (Intervenant Aract)*

Ensuite, les responsables des Ars n'ont pas toujours trouvé les moyens de suivre les expérimentations et de participer effectivement au Cluster.

*Ce qui est bien, c'est le lien avec l'Aract... Mais il faudrait que je participe à ce retour collectif des établissements. Je ne sais pas sous quelle forme d'ailleurs. J'ai eu ce retour sur (l'établissement X) parce que je suis allé à des formations sur la QVT où il était présent. L'Aract m'informe sur certains établissements... Mais pour d'autres établissements, je ne sais pas trop ce qu'ils ont fait ou pas. Ce qui n'a pas marché... Il me manque de la matière sur ce qu'il se fait pratiquement. (Chef de projet Cluster ARS)*

Le Cluster a été rapidement lancé sans que les intervenants des Aract et les responsables des projets Cluster des Ars ne puissent mettre en discussion leurs besoins, leurs moyens et leurs problèmes.

Ensuite, comme nous l'avons déjà souligné précédemment, le Cluster a été amorcé puis s'est déroulé sans que cette absence ne semble avoir pu être comblée.

Les intervenants des Aract n'ont pu, à certaines exceptions, de leur côté, procéder à une instruction de la demande avec les établissements avant la première séance collective.

Les établissements, dans certains Clusters, présentent des profils, des besoins et des problèmes très différents.

*Des établissements avaient une maturité très différente. Et des positions très différentes sur la QVT. Pour certains, en arrivant, il s'agissait de mettre en place des groupes en parole, pour d'autres une salle zen ou une salle de repos. D'autres de faire un questionnaire ou un diagnostic, d'autres encore de travailler sur la communication. Et d'autres encore avec un projet interne. Bref, on ne savait pas trop à quoi s'attendre. (Intervenant Aract)*

De plus, les établissements peuvent être de taille différente, présenter donc des fonctionnements internes hétérogènes.

Les intervenants des Aract n'ont pas eu le temps le plus souvent et les moyens de traiter l'hétérogénéité et les spécificités de ces demandes en amont de la première séance collective.

*Le problème c'est qu'il n'y a pas eu d'analyse de la demande (avec l'établissement X). On l'a vu, avec l'ARS, lors de la première journée de présentation, et après directement avec les séances collectives. Et donc il y a des choses qu'on n'a pas pu voir. (Intervenant Aract)*

L'absence d'instruction de la demande, dans la plupart des Clusters, n'a pas permis aux intervenants des Aracts d'élaborer un cadre, en amont de la première séance collective, permettant de comprendre les besoins et les demandes des trinômes et de les traduire pour exposer les attendus d'une démarche QVT.

Cependant, dans certains Clusters, une instruction de la demande a pu être réalisée :

*Ensuite (après une première réunion collective de présentation du Cluster QVT), on a organisé des entretiens préalables avec chaque établissement de santé. A plusieurs coté Aract. C'étaient des entretiens de 1h30. On a demandé d'avoir le trinôme. L'idée, c'était d'insister et mesurer l'engagement de la structure à y aller. Nous, on a insisté sur les enjeux et sur le participatif. Mais même si on a demandé à ce que vienne le trinôme, c'était souvent la direction et le représentant cadre qui sont venus. Plus rarement les représentants de salariés. Ils étaient très motivés, ils disaient : « c'est vital pour nous, on a des problèmes d'absentéisme, quand les équipes ne vont pas bien, le soin suit pas » etc. Il y avait une vraie volonté et motivation de départ pour aller vers un versant positif. Une vraie attente. De les voir ça a permis de comprendre ce qu'ils attendaient et nous ce qu'on attendait. (Intervenant Aract).*

Le faible nombre d'instructions de la demande ne nous permet pas d'élaborer des conclusions sur leurs effets. Mais nous pouvons faire l'hypothèse qu'une instruction de la demande, même en une seule séance, peut permettre aux intervenants des Aract de comprendre le cadre d'action et la demande des établissements pour leur préciser ce qu'il est attendu de leur part. Il y a alors une mise au travail des conditions de participation au Cluster, qui peut avoir un effet puissant sur la suite de l'engagement des membres du trinôme et de l'établissement.

## ► B. La représentativité et l'engagement des membres des trinômes

La méthodologie du Cluster implique que « les établissements sont représentés par la direction, un représentant du personnel désigné par le CHSCT et un représentant des médecins issus des commissions paritaires ou de la CME suivant les établissements »<sup>26</sup>.

L'effectivité d'une expérimentation QVT, comme nous le verrons dans la partie la concernant, dépend de la capacité du trinôme à formuler, avec les personnels concernés, un problème commun, un « point de passage obligé », selon l'expression de la sociologie de la traduction<sup>27</sup>, permettant d'initier la recherche commune de solutions à ce problème.

Ces différents acteurs doivent donc élaborer, par la controverse, un problème commun, intégrant leurs problèmes et questions spécifiques.

Cette controverse est portée par les représentants et porte-paroles de ces différents groupes, c'est-à-dire l'encadrement ou la direction, le corps médical et le personnel.

Cette controverse et la formulation de ce problème commun ne peuvent être effectives qu'à la condition que ces porte-paroles soient légitimes, c'est-à-dire en capacité de porter effectivement les problèmes de leurs groupes et reconnus comme tel<sup>28</sup>.

Cependant, les trinômes, également rapidement constitués, n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une élaboration collective : l'intervenant de l'Aract n'a pu discuter de leur légitimité en amont de la première séance collective, les groupes, dont les problèmes doivent faire l'objet d'une controverse par les trinômes, n'ont pu s'exprimer sur la légitimité de ces porte-paroles.

De ce fait, dans certains établissements, les acteurs des trinômes sont effectivement légitimes : les représentants du personnel sont actifs dans leur CHSCT et soutenus par leurs CHSCT dans ce travail, les représentants du corps médical, ou d'autres corps professionnels dans certains clusters, ont une légitimité professionnelle et les représentants de la direction ont une autorité opérationnelle ou un mandat effectif transmis par leur hiérarchie.

Mais pour d'autres trinômes, cela peut être moins vrai.

26 Note technique Fabriquer la qualité de vie au travail : une invitation à innover (2016), HAS, ANACT.

27 Akrich M., Callon M., Latour B. (1995), Sociologie de la traduction. Textes fondateurs, Presses des Mines.

28 « Pour qu'un changement technique ou organisationnel soit accepté, il est nécessaire que tous les acteurs le jugent compatibles avec leurs logiques, le considèrent comme légitime, le considèrent comme un service utile et enfin soient sollicités pour le mettre en place et ne pas l'imposer ». Bernoux P., 2009, La sociologie des organisations, Essais, Points, réédition.

Des représentants du personnel peuvent ne pas avoir de mandat électif, mais être un membre invité permanent des CHSCT. D'autres peuvent être également élus mais participent à titre plus individuel, sans être représentant du collectif.

Des représentants du corps médical peuvent travailler dans un autre service que celui dans lequel l'expérimentation pourra lieu.

Des représentants de la direction peuvent ne pas avoir de réel mandat opérationnel.

Le défaut de représentativité réduit la capacité du trinôme à définir un problème commun effectif et donc à engager une action collective de recherche de solutions.

De plus, l'absence d'instruction de la demande n'a pas pu permettre de discuter avec les membres des trinômes de leur fonction de porte-parole. Certains membres des CHSCT ou du corps médical ont été invités à participer au Cluster sans comprendre préalablement leur fonction dans le dispositif.

Certains acteurs ont pu endosser ce rôle de porte-parole dans le trinôme et, ensuite, dans le Comité de Pilotage, dans l'établissement.

Mais d'autres ont pu refuser ou ne pas s'en sentir capables.

Les intervenants des Aract ont dû outiller et accompagner méthodologiquement des établissements, dans la mise en œuvre de leurs expérimentations QVT, représentés par des trinômes qui n'étaient cependant pas toujours ni représentatifs de leurs groupes ni engagés dans leur fonction de porte-parole et la controverse devant permettre de définir un problème commun.

Cet affaiblissement de la capacité de représentation et d'action du trinôme a pu être, dans certains clusters, une difficulté, indépendante de l'activité des intervenants des Aract, dans la mise en œuvre d'expérimentations et de démarches QVT.

## 6.2 L'animation des séances collectives par les intervenants de l'Aract

L'activité des intervenants des Aract, avec les trinômes, dans les sessions collectives et individuelles a consisté à favoriser l'échange entre les trinômes, les former à la notion de QVT, soutenir le déploiement interne de dispositifs QVT élaborés par l'Anact, notamment les outils de diagnostic, et soutenir les expérimentations.

Ce sont ici les 4 registres de l'activité, dans les sessions collectives et individuelles, des intervenants des Aract, ces derniers articulant chacun différemment ces 4 registres, faisant ainsi varier les formes des interventions des Aract.

Les intervenants semblent avoir disposé d'une certaine autonomie dans l'adaptation de leur méthodologie et de leur activité lors des séances collectives et individuelles.

*On avait une méthodologie assez large, et c'est nous qui avons affiné la méthodologie. (Intervenant Aract)*

### ► A. Favoriser l'échange entre établissements

Le premier élément souligné par les membres des trinômes, surtout par les membres de l'encadrement et les représentants de la direction, est que les sessions collectives ont été des espaces d'échanges entre établissements.

*Ça a été très intéressant de pouvoir comparer avec des établissements qui sont très différents. Et on s'est rendu compte qu'on avait, pour beaucoup, les mêmes problèmes ! On voyait qu'on n'était pas seul dans notre galère. Mais que c'était partagé. (Représentant direction)*

*J'y suis allée avec ma collègue cadre du bloc. Nous ça nous a amené des outils à ma collègue et moi. Dans les organisations, avec les autres établissements, on s'est rendu compte qu'on avait tous les mêmes problématiques et qu'on n'était pas si mal que ça, même par rapport à d'autres, que des CHU. C'était plutôt rassurant, les échanges étaient très riches. On se sent moins seul (...)* (Cadre de santé)

La qualité de ces échanges, lors des sessions collectives, auxquelles participaient à la fois des membres de l'encadrement, des IRP et du corps médical ne semble pas avoir toujours été immédiat, ont pu avoir besoins de plusieurs séances pour se mettre en place.

*Le cluster avec les autres établissements, c'est très bien mais ça ne marche pas tout de suite, il faut plusieurs sessions pour se parler, il faut se connaître un peu...* (Infirmière cadre de santé)

Les participants disent avoir apprécié la possibilité d'échanger non pas seulement sur l'analyse et les diagnostics des problématiques de leurs établissements mais surtout sur les expériences menées.

*On a travaillé sur des thématiques, par ex les TMS, chacun présente sur ce qu'il a fait ou pas, et on échange sur des échanges plus concrets. Du coup on avait une vision globale, on a vu ce qui marchait et ce qui ne marchait pas* (directrice des ressources humaines)

Certains membres des trinômes ont développé des relations en dehors du cluster, s'invitant réciproquement à visiter leur établissement pour en comprendre le fonctionnement et présenter les dispositifs ou innovations mis en place.

*On a échangé nos adresses email sur les temps collectifs. On sait qu'on a des contacts pour aller visiter des organisations de bloc dédiés à la chirurgie ambulatoire. (...) On peut aller visiter, avec un cadre sup et le médecin qui met ça en place avec moi. On peut récupérer des documents pour ensuite monter nos propres documents. Et voir comment s'organisent les services. Comment ils font avec leur population* (Cadre de santé)

De plus, pour certains, ces échanges ont permis d'instruire d'autres rapports entre les membres du trinôme :

*Ce genre de réunions nous permet de décroisonner. De travailler ensemble* (cadre de santé)

Mais cet intérêt pour l'échange est essentiellement formulé par les représentants des directions et de l'encadrement.

Certains représentants du personnel disent avoir eu des difficultés à participer aux échanges collectifs, d'autres avoir échoué ou refusé d'y participer.

*On s'est réunis, on a travaillé sur des sujets... mais honnêtement, ça a été dur. J'ai beaucoup écouté, pas beaucoup parlé. Y'avaient quand même beaucoup de directeurs, donc bon...* (Secrétaire CHSCT)

*C'était intéressant... Mais bon. C'était plus une discussion de direction ou un truc comme ça... Sur la communication ou l'absentéisme... Nous, on est plus sur le personnel, sur les arrêts de travail. Donc voilà. On n'intervenait pas trop* (secrétaire CHSCT)

Les échanges ont essentiellement concerné les directions et l'encadrement, les représentants du personnel ayant des difficultés à exprimer leurs problèmes et à échanger avec des membres d'autres établissements, qu'ils soient représentants du personnel, de l'encadrement ou du corps médical.

Certains membres de l'encadrement disent avoir bénéficié d'informations spécifiques concernant certains aspects de leur activité, il n'apparaît que soit en jeu des démarches QVT.

*Des échanges ont eu lieu sur mise en place d'outils informatiques. Eux étaient en cours de paramétrage de (logiciel X). Ils avaient donc un module sur l'ambulatoire qu'on n'a pas encore. Du coup j'ai pu dire à la direction : « on en a besoin ». Ma direction a renvoyé la question auprès de la boîte du logiciel pour faire évoluer l'outil. C'était très positif (Cadre de santé)*

Il est difficile, cependant, de déterminer avec précision les usages, effectués dans leurs établissements, par les représentants de la direction ou de l'encadrement, des informations et des savoirs échangés lors des séances collectives du Cluster.

Dans l'établissement d'hospitalisation à domicile par exemple, lors des échanges inter-établissements, la cadre de santé qui y participe prend connaissance d'une nouvelle procédure de sortie d'astreinte de nuit définie par un autre établissement participant au cluster pour la mettre en place dès son retour. De la même façon, elle modifiera le livret d'accueil des patients, à la suite des rencontres.

S'il est souligné souvent que ces échanges ont été « riches » et « intéressants », il n'a pas toujours été précisé quelles pratiques ou expérimentations QVT ces échanges ont soutenues.

Les intervenants des Aract soulignent combien les échanges, entre les membres des trinômes, et donc plus spécifiquement entre les représentants de l'encadrement ou de la direction se sont installés mais bien souvent après un certain temps d'observation réciproque.

## ► B. Former et transmettre

Les séances collectives sont des lieux de formation et de transfert de connaissance animés par les intervenants des Aract. Les deux objets de cette formation sont la QVT et le dispositif Cluster QVT.

La formation à la QVT est une demande initiale de nombreux établissements. Dans les fiches de candidature au Cluster, plusieurs établissements ont répondu à la question « décrivez les difficultés à la mise en œuvre de la QVT dans votre établissement » par le constat d'un déficit de formation et de connaissance. Différents établissements ont candidaté pour pouvoir bénéficier d'une formation, théorique et méthodologique, à la question de la QVT.

### → Définir la QVT

Le premier corpus transmis concerne les définitions théoriques de la QVT. Ici, les documents, formés par les nombreuses présentations transmises par les intervenants des Aract, montrent deux principales sources à ce corpus.

La première est la définition issue de l'ANI du 19 juin 2013. Dans différents diapositives de présentations de séances collectives, il est indiqué :

*Qu'est-ce que la QVT ? Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail ET leur **capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu** de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte<sup>29</sup>.*

La seconde sont les définitions, produites par l'ANACT, davantage orientée vers une opérationnalisation contextualisée de cette première définition.

Par exemple, un intervenant de l'Aract, après une première définition de la QVT prolongeant la conception portée par l'ANI, propose cette seconde définition :

*Enfin, la Qualité de Vie au Travail ... n'est pas un modèle type, mais une construction sociale propre à chaque structure ... c'est une démarche : basée sur le triptyque participation - dialogue social - management, articulant vision politique/stratégique et ancrage dans la réalité du travail, à appréhender comme un véritable projet stratégique de la structure.*

Cette même définition procédurale est utilisée par plusieurs intervenants lors des sessions collectives.

Les intervenants exposent également l'idée que la QVT se tient au centre d'un système de facteurs, d'enjeux ou de dimensions :

*Face à ce contexte, 4 types d'enjeux en lien avec la QVT sont à prendre en considération :*

- *La performance économique et sociale, en lien avec les évolutions d'activité, d'organisation, de process, de produits et de services*
- *La cohésion interne des équipes, du management dans un contexte interne/externe qui engendre le désengagement, le retrait des salariés!*
- *La cohérence dans les négociations administrées et les plans d'action entre égalité professionnelle, pénibilité, GPEC, seniors ...*
- *Le dialogue social, l'implication des partenaires sociaux dans une approche intégratrice des différentes thématiques et la possibilité de déboucher sur un accord cadre ou un accord de méthode (enquête annuelle paritaire, groupes d'expression de salariés, plans d'action décentralisés...)*

En fonction des clusters, les intervenants des Aract articulent différemment ce système d'enjeux ou de dimensions. Un autre intervenant présente en ces termes ce système de dimensions dans lequel la QVT se tient.

*Les dimensions de la qualité de vie au travail - les éléments à mettre en débats dans les établissements.*

*LES RELATIONS : La qualité des relations de travail, La qualité des relations sociales, La qualité de l'information partagée, La qualité de l'engagement partagé*

*LES CONDITIONS DE TRAVAIL : La qualité du contenu du travail, La qualité de l'environnement physique de travail, La qualité des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail*

*L'ARTICULATION DES TEMPS : La possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle*

*LES PARCOURS, L'ÉGALITÉ : Les possibilités de réalisation et de développement, Le respect de l'égalité professionnelle*

Ces définitions montrent combien la QVT s'inscrit dans un contexte et ensuite qu'elle n'est pas un outil ou un système de solutions mais une démarche à adapter à ces contextes.

## → Le dispositif Cluster

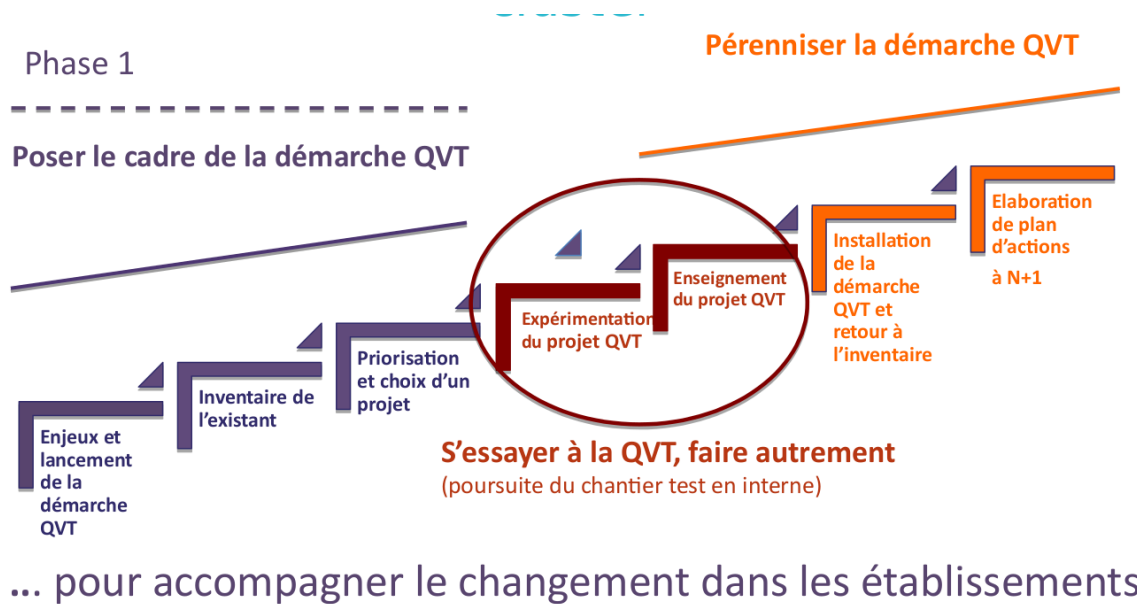
Les intervenants précisent ensuite le fonctionnement du dispositif Cluster et ses acteurs, s'appuyant sur les formulations produites par la HAS ou l'ANACT.

Mais ce fonctionnement est compris depuis deux registres : les séances collectives et les démarches QVT dans les établissements.

Sous le premier registre, les intervenants exposent les étapes du suivi de la démarche QVT par l'Aract, lors des séances collectives.

Sous des présentations différentes, ces étapes sont formulées en ces termes : poser le cadre de la démarche QVT, réaliser un état des lieux, mener une ou des expérimentations QVT, évaluer et pérenniser la démarche QVT.

Ces différentes étapes sont présentées, par deux intervenants Aract différents, sous ces formes :



## Le principe de la démarche: les 4 étapes



Positionner le sujet au niveau stratégique  
Définir le cadre et le processus

### *Comprendre le travail d'aujourd'hui...*

Verbalisation du vécu  
Identification des leviers d'actions

### *...pour le transformer...*

Expérimentations / Tests  
Evaluations / Ajustements

Validations

### *...et construire la structure de demain.*

Il est ensuite indiqué que l'activité des 5 journées collectives et 3 demi-journées individuelles suivront ces étapes.

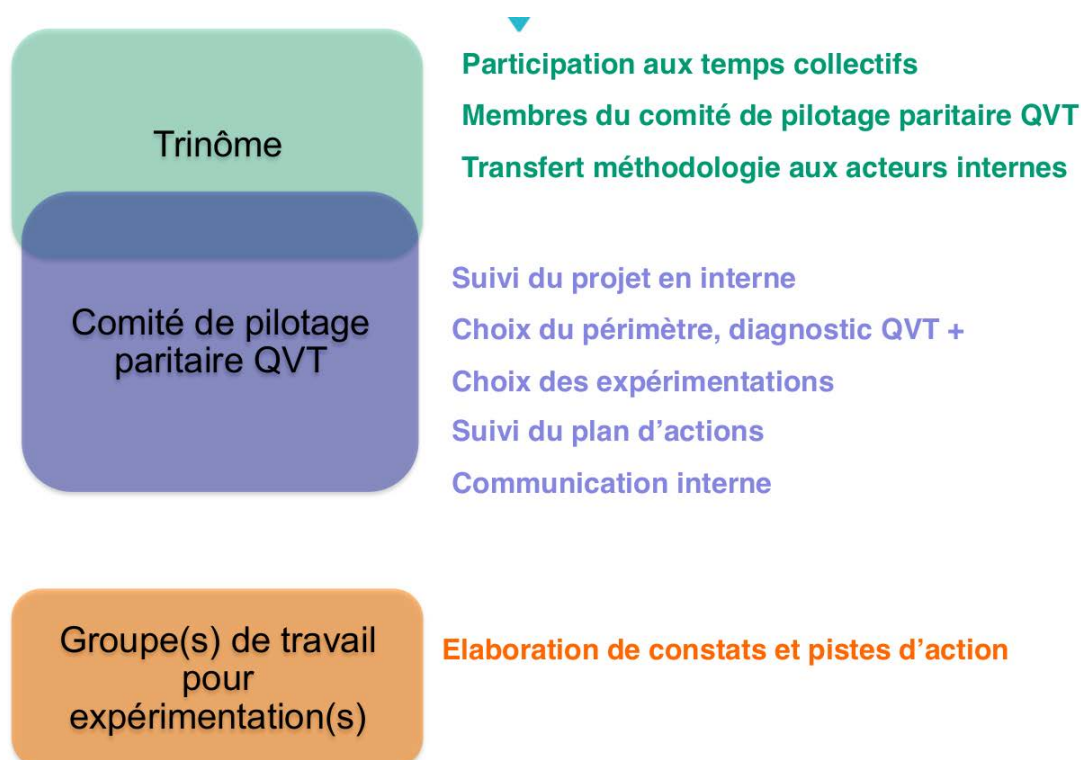
Il est indiqué que l'étape essentielle du dispositif est l'expérimentation. Elle est la finalité de l'ensemble du dispositif, comme le précise cet intervenant dans une diapositive :



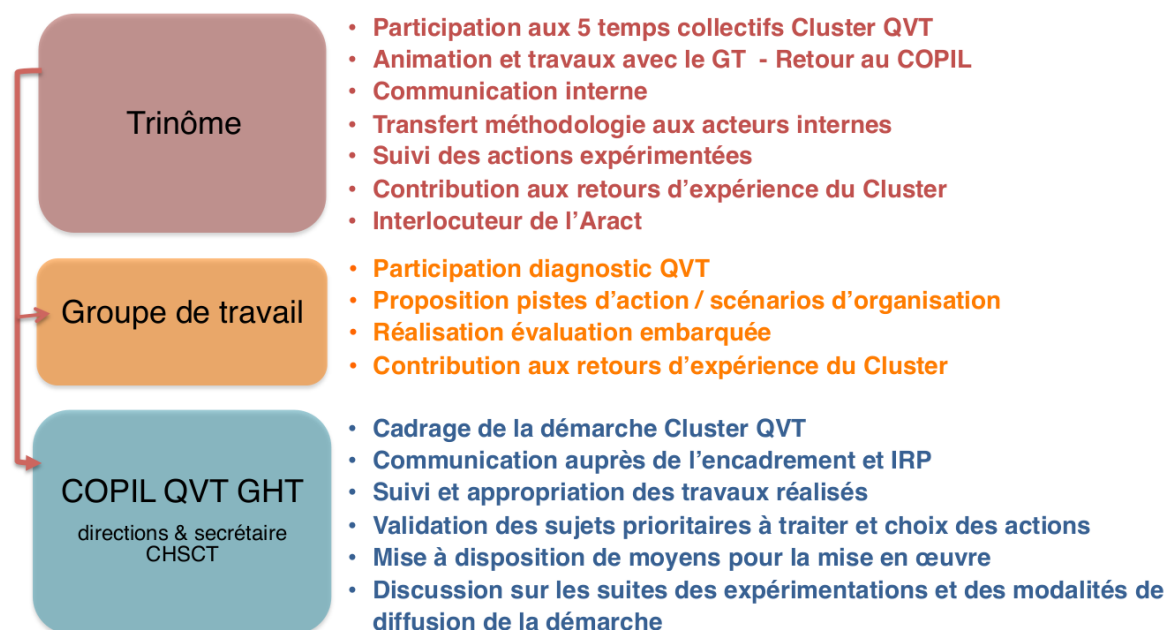
### Ambitions et finalités du cluster

- Promouvoir les démarches QVT et accompagner les acteurs et les projets, notamment sur le lien QVT / Satisfaction patient
- Susciter et soutenir l'émergence de nouvelles pratiques sociales dans les établissements articulant performance et qualité du travail
- Faire émerger des innovations socio-organisationnelles
- Valoriser et diffuser les pratiques « qui fonctionnent »
- Appuyer des dynamiques territoriales

Sous le second registre, les intervenants exposent les étapes du déploiement de ces expérimentations dans les établissements de santé, du Copil jusqu'au groupe de travail :



Ce fonctionnement est être adapté en fonction des clusters, ici, par exemple, à un GHT :



Ces présentations peuvent être plus ou moins articulées à des exemples, des séances de travaux en groupe sur des cas pratiques ou des discussions collectives en fonction des méthodologies pédagogiques des intervenants.

Nous voyons cependant ici une difficulté de cette transmission : il s'agit tout à la fois, pour les intervenants de transmettre une connaissance tout en faisant comprendre, aux membres du trinôme, qu'il leur revient d'adapter cette connaissance, de s'en emparer pour inventer, innover et expérimenter.

La QVT est tout à la fois un savoir, une connaissance constituée et une pratique qui doit se défaire d'un cadre trop contraint pour explorer des innovations socio-organisationnelles.

Pour éviter le risque d'une reproduction d'un processus ou de l'application de solutions déjà éprouvées, les intervenants proposent des définitions ouvertes de la QVT, centrées sur la notion de transformation et d'invention.

Les intervenants se tiennent là sur le fil ténu tendu entre savoir et action.

### → La réception par les acteurs des trinômes

La première difficulté, pour les intervenants, est qu'ils connaissent peu les acteurs des trinômes, n'ayant pas eu le temps et les moyens d'instruire leurs demandes, et que ces groupes peuvent être fortement hétérogènes.

Il a paru nécessaire, de ce fait, à ces intervenants d'assurer une même formation pour donner à tous le cadre de ce qui relève de la QVT et des démarches QVT.

Les acteurs des trinômes semblent cependant avoir eu des difficultés à articuler ce savoir théorique à leurs questions et problèmes :

*Je n'ai pas toujours trouvé la pédagogie adaptée. Parfois au départ c'était trop technique, trop long. Les organisations syndicales ont été perdues (directrice des ressources humaines).*

*Les formations à la QVT, ce sont des conférences quoi ! Un peu des trucs de partout comme avec la pâquerette ou la marguerite... C'est un peu... Ce sont les trucs un peu techno ou administratif des ministères quoi ! Il faut dire que ça reste un peu loin de la vie de tous les jours dans nos services ! Bien loin (rire) (représentant du corps médical)*

Dans le cadre de la sociologie de la traduction, les acteurs des trinômes ne sont pas parvenus à articuler la formulation de la QVT, et des problèmes qu'elle porte, aux problèmes d'activité et d'organisation du travail, de santé au travail ou de stratégique dont ils pouvaient être les porte-paroles.

Il nous a été ainsi difficile de comprendre, quelques mois après ces séances inter-établissements, ce que ces acteurs des trinômes avaient repris et retenu de ces formations. Il semble qu'ils ne soient pas parvenus à se saisir des enjeux de ces formulations.

Certains professionnels nous ont fait part d'une sorte de malentendu quant aux attendus de la démarche QVT par exemple. Dans plusieurs établissements, la direction de l'établissement souhaitait participer notamment pour être accompagnée sur ce compte QVT de la certification mais cette question, à leur grand regret, ne sera pas mis en discussion.

De la même façon, dans plusieurs établissements, les porteurs se saisissent de l'opportunité du cluster pour tenter d'agir directement sur une situation de tensions ou de conflits. Il était attendu que l'intervenant de l'Aract agisse comme un consultant, spécialiste des conflits ou des situations de crise, la QVT étant le moyen de son action.

C'est le cas de la clinique Arcabas, par exemple, où la direction s'est saisie de l'opportunité du cluster pour tenter de maîtriser une situation de difficultés relationnelles. Cet objectif n'a pas été atteint au moment de l'étude. Les causes du conflit antérieur, à l'entrée dans le cluster, sont retrouvées dans la commission QVT et n'ont pu être dépassées. Il était attendu des échanges qu'ils agissent, par une vertu supposée « naturellement » pacificatrice du dialogue, sur ces conflits mais le dialogue et le travail de la commission n'a pas porté sur les causes de ces conflits. La démarche est devenue alors elle-même l'objet de tensions entre les cadres de santé.

## ► C. Déployer un outil de diagnostic ou un Espace de Discussion

Lors des séances collectives, certains intervenants ont proposé, aux trinômes, le déploiement d'outils portés par l'Anact, essentiellement des outils de diagnostics, comme l'outil QVT+ ou la mise en place des Espaces de Discussions.

L'outil de diagnostic doit permettre d'aider le trinôme et le Copil à réaliser un État des lieux.

QVT+ est un outil de diagnostic, par questionnaire adressé aux salariés, intégrant 6 thématiques de la QVT : engagement et management participatif / Relations au travail et Climat social / Santé au travail / Développement professionnel / Contenu du travail / Égalité professionnelle pour tous. Dans le questionnaire, ces thématiques sont subdivisées en 6 items, c'est-à-dire en 6 questions auxquelles il est possible de répondre sur une échelle de 1 à 6, de « pas du tout prioritaire » à « tout à fait prioritaire ». Ces résultats sont ensuite représentés par un hexagone, à l'intérieur d'une toile. Il permet de mettre en relief certaines dimensions de la QVT. Ainsi pour cet intervenant d'une Aract :

*Les établissements ont utilisé l'outil QVT+. On ne le fait pas sur un grand périmètre. Et avec ce qui ressort, le comité de pilotage valide ensuite le périmètre de l'expérimentation QVT. Ils peuvent discuter des priorités, dire quels sont les points prioritaires.*

Cet outil a été utilisé par une minorité d'intervenants et d'établissements.

La question a été posée, par des membres des Copil et des groupes de travail, de déterminer si cet outil est un moyen effectif permettant de soutenir des expérimentations.

Dans la clinique d'Arcabas, il a été l'objet d'un conflit avec les membres du personnel. Pour certains membres de la commission QVT, le désaccord portait sur le fait que ce questionnaire ne permettait pas à tout le personnel de répondre, certains se sentant exclu de la possibilité de s'exprimer sur les problèmes en cours dans l'établissement.

*Et puis il y avait des réticences... Pour le questionnaire QVT+, ils ne voulaient que 12 personnes. Les (salariés) de la commission QVT, ils le prenaient très mal. (Membre de la commission QVT)*

Il semble qu'il y a ici un quiproquo dès la mise en place de la commission QVT : certains salariés attendant de la commission QVT qu'elle soit un espace permettant de mettre en discussion les problèmes des services, et ont estimé que l'outil QVT+ a empêché cette mise en discussion.

*On est venus en se disant on va enfin parler de nous, de notre travail, de ce qu'on vit et de ce qu'on a vécu. Et en fait, on voyait (l'intervenant de l'Aract) qui nous vendait son truc. On n'avait pas notre mot à dire. Il fallait qu'on rentre dans un processus bien cadré. Avec les présentations... En fait, nous c'était simple on voulait parler de ce qu'on fait... Et on était obligées... On a senti qu'on était des outils pour des stats. Pour d'autres quoi. Que c'était bien pour l'ARACT, pour le Cluster, mais on ne pouvait pas parler ! Je suis resté en me disant qu'il y aurait peut-être des choses, que c'est quand même un espace... Parce c'est quand même un espace. Parce que c'est là où il pouvait y avoir des choses un peu différentes. (Membre de la commission QVT)*

Le déploiement de l'outil QVT+ a été l'objet d'un désaccord : pour certains, il ne permettait pas d'ouvrir la discussion sur ce qui posait problème au personnel. Pour d'autres, au contraire, il pouvait permettre un premier état des lieux et restait un outil préalable au déploiement d'actions et d'expérimentations QVT.

Les Espaces de Discussion ont été présentés et mis en place selon la terminologie et la méthodologie portée par l'Anact30. Cependant il est difficile de distinguer, sur le fond, le déploiement d'un espace de discussion et d'un groupe de travail QVT. Ces deux instances ont la commune volonté de mobiliser les salariés pour mettre en discussion les problèmes d'un service, du travail et de son organisation et chercher des solutions opérationnelles.

## ► D. Soutenir une expérimentation

L'enjeu premier des Clusters QVT et de l'action des intervenants des Aract est de soutenir le déploiement d'une expérimentation permettant de soutenir l'expression et l'action des salariés sur le contenu de leur travail.

*Mais à la fin, l'enjeu c'est qu'il y ait des changements réels... (Intervenant Aract)*

L'effectivité de cette expérimentation est la condition de l'effectivité du déploiement du dispositif Cluster QVT.

Plusieurs démarches ont effectivement été amorcées à partir du travail du trinôme et des Copil.

Dans un des hôpitaux étudiés, le groupe de travail a défini de nouvelles modalités d'appel des brancardiers pour que leur effectif soit mieux articulé au nombre de patients à déplacer, jusque-là, les brancardiers venaient systématiquement à deux même si le patient, assis dans une chaise roulante, n'avait besoin que d'un brancardier.

Dans un service d'un établissement d'hospitalisation à domicile, lors de la réunion de travail, l'objet de la discussion du Copil est le problème de la cotation des actes des infirmières libérales à la supérieure hiérarchique pour libérer les infirmières coordinatrices de cette tâche qui les mettait en tensions. La cotation est alors dédiée au seul cadre, les infirmières libérales ne pouvant plus négocier avec l'IDE coordinatrice. La cadre dispose de ressources plus appropriées à ce type d'échange.

Dans un service de SSR de l'établissement Vasarely, les réunions avec les familles sont vécues comme nécessaires et constructives. Mais le discours face à la famille est estimé ne pas être coordonné entre les différents professionnels. La cause identifiée est l'absence de réunion préparatoire. Cette situation produit des effets indésirables : double discours, discrédit, désaccords entre collègues apparaissent devant la famille et le patient. Les agents proposent deux pistes d'action : systématiser les réunions de préparation avant la deuxième réunion famille ou s'accorder sur les projets en amont.

À la clinique psychiatrique Van Gogh, à partir de 8 h 15, l'administration des médicaments dans une seule salle de soin, par une infirmière, n'est pas assez fluide. Certains patients, angoissés par cette prise de médicament, peuvent attendre très tôt pour pouvoir accéder à la salle de soin. D'autres, âgés ou fatigués, ou du fait même de leur pathologie, ne peuvent pas attendre. D'autres encore refusent d'at-

tendre, les infirmiers devant ensuite venir les chercher. Deux organisations différentes de l'administration des médicaments sont testées, chacune sur une semaine, pour être éprouvées et comparées : administration dans les chambres, administration dans deux salles de soin.

Ces établissements ont initié dans démarches QVT effectives, cherchant à agir sur le contenu du travail, de son organisation, du rapport au patient et de l'activité de soin. Mais c'est précisément à ce point, dans l'orientation de l'activité du trinôme vers cette opérationnalisation des démarches QVT, que réside la difficulté, et l'effectivité, de l'activité de l'intervenant de l'Aract :

*La difficulté de ce cluster, c'est mettre en place des changements organisationnels. Quelque chose qui touche le personnel. Mais c'est très compliqué ! (intervenant Aract)*

Il y a, à ce point, un renversement : ce ne sont plus les acteurs des trinômes qui viennent, auprès d'un intervenant de l'Aract, se former à la QVT et s'initier à certains dispositifs, mais ce sont ces derniers qui doivent initier ou devenir les concepteurs, dans leur établissement, des démarches QVT.

Et l'enjeu essentiel de l'activité des intervenants des Aract est « d'installer » ce renversement selon les termes d'un intervenant :

*Ce qui compte, c'est comment on passe du cluster à l'interne. On a pris ça pour quelque chose d'automatique, au départ, le passage du cluster inter-établissement dans l'établissement. Mais ça ne l'est pas. Et c'est une grosse partie de notre boulot que d'installer ça. (Intervenant Aract)*

Cependant une imprécision concerne ici la notion d'expérimentation : pour certains intervenants, il peut s'agir d'expérimenter un dispositif, par exemple un groupe de travail ou un espace de discussion, pour d'autres de trouver les moyens, par le groupe de travail, de soutenir l'expression et l'action du personnel sur le contenu du travail.

Pour certains, il s'agit d'expérimenter un dispositif, pour d'autre de transformer les rapports sociaux au travail.

Ce renversement vient également bousculer les conceptions de certains acteurs des trinômes ne disposant, avant de participer aux séances collectives, que d'une idée faible de la notion de QVT :

*La QVT, j'ai appris ce que c'était au cluster. Au début, ça m'a fait doucement rigoler. Je comprenais que c'était essayer de se sentir mieux au travail. Bon. Ok (sourire). Puis en fait j'ai compris que c'était « essayer de faire le bon geste au bon moment ». Donc de passer par notre façon de travailler. Là, j'ai compris autre chose. Et surtout, j'ai compris que c'était à nous de réfléchir à cette question. Ce n'était plus la même chose (Représentant du corps médical)*

*On pensait que (l'intervenant de l'Aract) allait nous aiguiller et qu'on allait suivre les rails... Bon. On a compris qu'il fallait qu'on se débrouille. Qu'on trouve quelque chose d'adaptée pour ici. Mais la question restait : comment faire ? (membre CHSCT)*

L'intervenant s'appuie en premier lieu sur les problèmes formulés par les trinômes, généralement par les représentants de la direction, ces derniers disposant d'un pouvoir hiérarchique et restant à l'origine de la constitution du trinôme.

Mais la première formulation du ou des problèmes est rarement directement utilisable.

Le problème de l'intervenant est d'aider, les membres du trinôme à reformuler ou transformer le problème initialement posé, potentiellement trop important pour être traité dans le cadre des expérimentations soutenues par le Cluster ou trop éloigné des problèmes des personnels de soin.

L'action des intervenants consiste d'abord à aider les acteurs du trinôme à reformuler le ou les problèmes posés :

*La problématique au début, comme pour de très nombreux établissements, c'est que leur demande était très générale et qu'ils ne savaient pas comment s'y prendre. Ils me disaient : « on sait que (projet X) va être lancé. On sait que ça va poser des problèmes qu'on doit aborder en amont. Mais on ne sait pas par quel bout le prendre. On ne sait pas trop comment faire... Aidez-nous à voir plus claire pour pouvoir anticiper ». C'était donc au début un problème très large directement tiré d'un projet très important pour eux ! Et comme tel, on ne pouvait pas le traiter. (Intervenant Aract)*

Cette reformulation consiste à amener les trinômes vers la formulation d'un problème « opérationnel », c'est-à-dire en lien avec les problèmes effectifs d'activité ou d'organisation intéressant le personnel et pouvant être traité par les moyens du cluster.

La difficulté est alors de soutenir ce travail de reformulation par les membres du trinôme.

Pour que cette reformulation soit possible, cet intervenant indique qu'elle ne peut se faire sans utiliser l'expression des personnels des services, c'est-à-dire leur analyse et leur formulation des problèmes opérationnels :

*Ce que j'ai cherché à faire, c'est de les ramener sur de l'opérationnel. Mais surtout je leur ai dit qu'ils ne pouvaient pas le faire tout seul ! Entre eux trois ! Je les ai rencontrés et je leur ai dit : « il va falloir faire un pré-état des lieux auprès des salariés pour définir votre projet. C'est là que vous allez trouver des éléments pour nourrir votre expérimentation ». Et ils ont compris. (...) Je dois souligner qu'ils sont très ouverts à l'échange. Ce n'est pas quelque chose qui est apparu avec le Cluster. C'était déjà là... (Intervenant Aract)*

Cet intervenant utilise la capacité, déjà présente, des acteurs, et de manière générale du personnel de cet établissement, à mettre collectivement en discussion les problèmes des services et de leur organisation. Nous verrons, en examinant les expérimentations menées dans les établissements, combien il peut être difficile, pour un intervenant de l'Aract, de soutenir cette controverse si les espaces de discussion et les capacités dialogiques collectives d'un établissement se sont rétractés.

Tout se passe comme si le rôle de l'intervenant consistait à soutenir la controverse, entre les membres du trinôme, comme moyen d'élaborer un problème commun effectif, la définition de ce problème permettant la recherche commune de solution et l'engagement des groupes que ces porte-paroles représentent.

*Là, notre objet, au niveau de ce dialogue, c'est : on détermine le terrain d'expérimentation et que ce soit construit par tous. C'est certain que la direction, le personnel ou les IRP n'auront pas le même point de vue. Mais, moi, l'objet c'est de faire converger vers un enjeu commun avec des IRP, des directions, des personnels qui ouvre vers une expérimentation... On a trouvé un accord sur un enjeu commun et, là, on se lance. Et là on apprend par cet enjeu, on apprend ce processus QVT. Et une fois qu'on l'a appris. (Intervenant Aract)*

Certains intervenants des Aract estiment que le centre de leur activité réside précisément dans leur capacité à soutenir la discussion et la controverse pour que les membres des trinômes définissent un problème commun.

D'autres intervenants des Aract choisissent de délimiter un cadre problématique, en amont des séances collectives, à l'intérieur duquel les trinômes pourront formuler un problème commun d'activité ou d'organisation. Ce premier cadre problématique est pensé pour être le moyen, pour les membres des trinômes, de penser et formuler leurs propres problèmes.

Par exemple cet intervenant d'une Aract, présente 4 thèmes illustrant des problèmes possibles et des exemples d'action d'amélioration :

#### **4 thèmes illustrant les sujets retenus dans les établissements**

*La QVT permet d'aborder de manière transversale et cohérente les problématiques rencontrées par les établissements et jusqu'alors traitées de façon isolée. (...)*

##### **LA CONDUITE DE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL**

*Quelques exemples d'actions d'amélioration : Organiser une journée porte ouvertes pour communiquer sur un changement, Organiser des réunions du personnel sur les projets stratégiques (...)*

##### **LA CHARGE DE TRAVAIL**

*Quelques exemples d'actions d'amélioration : Organiser des réunions de service pour échanger sur l'organisation du travail, Elaborer un nouveau planning adapté aux besoins du service en associant les équipes (...)*

##### **LA COMMUNICATION INTERNE**

*Quelques exemples d'actions d'amélioration : Répertorier ou compléter différents supports de communication : intranet, panneaux d'affichage, écrans TV, journal interne, etc., Créer un mail professionnel pour chaque salarié / agent (...)*

##### **LA CLARIFICATION DES ROLES ET RESPONSABILITÉS**

- *Organiser des groupes de travail par métier pour redéfinir les missions de chaque catégorie professionnelle*
- *Déployer la matrice de responsabilités dite « RACI » (Responsable, Acteur, Consulté, Informé) qui permet de visualiser qui fait quoi dans un processus ou un projet, et ainsi traiter des coopérations et de la continuité de service*

Tout se passe comme si cet intervenant de l'Aract proposait une première formulation, ouverte et indicative, d'enjeux ou de problèmes dont pouvaient ensuite s'emparer les membres du trinôme pour formuler leurs propres problèmes. C'est là un travail de cadrage, en amont de la controverse, devant permettre de soutenir l'activité délibérative du trinôme.

Il faut souligner ici l'impératif d'efficacité auquel est contraint l'intervenant de l'Aract : il dispose de 5 journées collectives et de 3 demi-journées pour former les trinômes à la QVT, mener ce travail de reformulation, soutenir l'élaboration d'expérimentations pratiques, suivre les expérimentations et chercher les moyens de les évaluer.

Plusieurs intervenants de l'Aract ont dépassé le temps dont ils disposaient initialement pour pouvoir mener l'ensemble de ces tâches.

Une posture, difficile à tenir pour ces intervenants, est celle du refus, face à la demande de certains trinômes, de techniciser les démarches QVT, conçues alors comme un dispositif à appliquer, indépendamment du travail collectif de problématisation devant être effectué collectivement par les membres du trinôme, et d'animer, dans les Copil ou les groupes de travail, la formulation des problèmes et des expérimentations.

*On est venu en appui en Copil et pas en groupe de travail. On les a laissé faire malgré leurs demandes. On avait très peu de temps individuel. On ne voulait pas animer les groupes de travail. On ne voulait pas faire à leur place. C'était à eux de prendre la main. (Intervenant de l'Aract)*

Dans certains clusters, peu nombreux, les intervenants ont cependant participé aux groupes de travail. Cette participation leur a paru nécessaire, comme dans l'établissement Vasarely, pour mettre à distance la seule expression de la souffrance au travail et des conflits interpersonnels et recentrer l'activité du groupe de travail sur les problèmes d'activité et les moyens de pouvoir y répondre. Cette participation a été demandée par les membres du groupe de travail :

*C'est bien que ce soit quelqu'un de l'extérieur, de neutre, qui a pris en compte ce qui se disait, sans jugement, c'est ça qu'est bien. Il a pu aussi reformuler nos phrases. Ça pourrait pas être fait par quelqu'un d'interne, ce n'est pas faisable parce que dans les hôpitaux, on regarde la fonction de la personne et puis parce que ça se déforme de suite, un tel a dit ça,... Même si on a des bons cadres, qui sont derrière nous, qui nous appuient, même les cadres de soins, ça déforme et ça craint après. (Membre du groupe de travail)*

Cet intervenant de l'Aract a joué un rôle de traducteur, c'est-à-dire d'articulation des problèmes des différents acteurs de l'établissement, personne dans cet établissement ne semblant en capacité à naviguer à la frontière des différents mondes mis en relation, notamment de l'encadrement et du personnel de soin.

Comme nous le comprendrons en analysant les expérimentations menées dans les établissements, le travail de soutien des expérimentations, menées en quelques séances par les intervenants des Aract, consiste essentiellement à chercher à initier une controverse, entre responsable de l'organisation et les personnels des établissements, moyen de l'élaboration d'un problème commun et de la recherche collective de solution et d'innovations.



## 7. Moyens et conditions de l'efficacité d'une démarche QVT

La QVT est le produit, nous disent la HAS et l'ANACT, de la capacité des personnels de soin à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail, selon la formule de l'Accord National Interprofessionnel de 2013, au nom de la qualité des soins. « La question centrale est celle des conditions nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins. L'hypothèse fondatrice renvoie à l'idée qu'à un sentiment de travail « bien fait » correspond un sentiment de qualité de vie au travail » écrivaient, en 2013, la HAS et l'ANACT<sup>31</sup>. En 2017, ces deux institutions réitérèrent cette hypothèse fondatrice : « une démarche QVT doit être imaginée comme un processus itératif étroitement corrélé à l'amélioration de la qualité des soins »<sup>32</sup>.

Le développement de la capacité des personnels de soin à s'exprimer sur le contenu de leur travail pour soutenir et développer la qualité des soins est donc l'objet et la finalité d'une démarche QVT.

**La question de l'efficacité d'une démarche QVT peut être alors reformulée en ces termes : à quelles conditions et par quels moyens une démarche QVT parvient-elle effectivement à soutenir l'expression et l'action des salariés sur leur travail pour développer la qualité des soins ?**

Dans ce rapport, l'interrogation porte sur les démarches QVT initiées de manière expérimentale par le dispositif des Clusters Sociaux QVT. Les expérimentations et les démarches QVT, soutenues par la HAS, l'ANACT, les ARS et la DGOS, menées par les établissements, sont le matériau premier de notre compréhension des conditions et des moyens de l'effectivité de ces démarches. Ici l'expérimentation est le moyen de l'analyse et de la connaissance.

Pour répondre à cette question, nous avons principalement mobilisé deux cadres théoriques : la sociologie de la traduction (présentée au début du chapitre 5) et la clinique de l'activité en psychologie du travail. Chacun de ces deux cadres théoriques a permis de reformuler notre question initiale. Rappelons ici celui de la clinique de l'activité avant de présenter notre approche croisée.

### → La problématisation de la clinique de l'activité

La clinique de l'activité en psychologie du travail s'est donnée pour objet la recherche méthodologique des moyens de soutenir le développement, de l'activité, de la santé ou des métiers, lorsque celui-ci est empêché : « dans (la) démarche d'intervention, notre action est tout entière portée vers la transformation des situations d'activités et d'organisation. Elle n'est pas tournée vers la production de connaissance sur le métier ou l'organisation »<sup>33</sup>.

La connaissance, objet de la recherche, porte non pas sur le fonctionnement mais sur les conditions et moyens de la transformation : « l'objet de connaissance est moins l'activité que le développement de l'activité et ses empêchements. Ce sont les mécanismes de ce développement qui sont ici au centre de l'attention »<sup>34</sup>.

Dans la perspective de la psychologie historique soutenue par le psychologue russe L. Vygotski, il y a développement quand un fonctionnement devient le moyen d'un autre fonctionnement<sup>35</sup>.

31 Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé Note du groupe établissement, Juin 2013, HAS, ANACT.

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

33 Kostulski K. (2010), « Quelle connaissance pour l'action en clinique du travail ? », dans Y. Clot et D. Lhuillier (s/d) Agir en clinique du travail, Éditions ERES, coll. Clinique du travail, p.33.

34 Clot Y. (2004), « Action et connaissance en clinique de l'activité », @ctivités, vol.1, n°1, p.31.

35 Kostulski K., Clot, Y. (2007), « Interaction et migration fonctionnelle : un développement en auto-confrontation croisée » dans Y. Clot & K. Kostulski, Dialogue, activité, développement, Psychologie de l'interaction, p.73-109.

Donc, dans le cadre des milieux de travail, quand une activité devient le moyen d'une autre activité : « Comme intervention réalisée à la demande des professionnels d'un milieu, [la clinique de l'activité] est la mise en place de cadres dialogiques afin qu'ils développent une activité nouvelle sur leurs activités antérieures qui affecte leur situation de travail et touche leur métier »<sup>36</sup>.

Plus précisément, le moyen de ce développement est le conflit, notamment le conflit dialogique et la controverse : « Notre méthodologie, notamment par la mise en place de la méthode des auto-confrontations croisées, cherche à restaurer le pouvoir d'agir des professionnels par le développement des controverses sur le métier. [...] Nous tentons ainsi d'installer un cadre dialogique qui offre la possibilité, à travers la multiplicité des adresses qu'il convoque, de redécouvrir toute l'épaisseur des activités de travail. (...) Peuvent alors s'ouvrir, se construire ou se retrouver, d'autres destins possibles à l'activité et au métier »<sup>37</sup>.

La controverse, sur l'activité, ses problèmes, ses qualités et ses autres destins possibles, entre professionnels et entre professionnels et responsables de l'organisation, est, dans ce cadre, le moyen de soutenir le développement possible de l'activité, de la santé et de l'organisation.

La controverse est le moyen d'exploration d'autres possibles de l'activité et de son organisation.

Ce cadre théorique permet également de reformuler notre questionnement : comment les acteurs des démarches QVT ont employé la controverse comme moyen, non plus seulement de définir un problème commun, mais d'exploration d'autres possibles de l'activité et de son organisation pour agir sur le contenu du travail ?

**L'enjeu, dans ce cadre théorique, est de saisir des modalités pratiques par lesquelles ces acteurs sont parvenus, ou non, à déployer l'espace d'une controverse pour parvenir à explorer leur propre activité et organisation pour imaginer d'autres fonctionnements.**

## → Controverses et mise en commun de l'initiative

La controverse est le moyen, pour la sociologie de la traduction et la clinique de l'activité, du déploiement effectif de démarche QVT.

Nous chercherons à comprendre comment, dans les démarches QVT des établissements dans lesquels nous nous sommes rendus, les différents acteurs ont cherché à initier et soutenir cette controverse.

Une controverse ouverte implique une égale participation et initiative de ses acteurs. Ce que les acteurs mettent en commun, en premier lieu, c'est leur initiative à pouvoir exprimer leur point de vue. Ce partage de l'initiative s'oppose à la division du travail ou au rapport hiérarchique institué. Un principe horizontal d'expression vient se heurter à une organisation verticale.

Ou, dit autrement, comment déployer un espace de controverse dans des milieux où, justement, les espaces de régulation conjointe et de discussion se sont rétractés pour laisser la place à une régulation de contrôle et à la prescription, même incomplète ? Comment soutenir une controverse, entre professionnels et encadrement, pour définir un problème commun quand justement les rapports hiérarchiques ont basculé dans les conflits interpersonnels ou le seul contrôle à distance ?

La controverse n'est possible que par le partage des capacités d'action et la mise en commun de l'initiative.

La question devient alors celle de comprendre comme ce partage et cette mise en commun peuvent-ils être eux-mêmes initiés et soutenus : Comment une autre distribution des responsabilités et la mise en commun de l'initiative a-t-elle pu, dans certains établissements se réaliser ?

Nous examinerons d'abord comment certains établissements ont utilisé la controverse pour initier et développer les démarches QVT pour ensuite comprendre par quels moyens une autre distribution de l'initiative et des responsabilités a pu rendre possible l'utilisation de ces controverses.

36 Clot Y. (2009), « La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie », Éducation Permanente, n°177, p.67.

37 Litim M., Kostulski K. (2015) « Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie » dans Y. Clot, D. Lhuillier (s/d) Perspectives en cliniques du travail, Éditions Erès, Toulouse, p.67.

## 7.1 L'expression et l'action sur le contenu du travail dans les démarches QVT

Deux types de questions sont posés aux établissements dans lesquels nous nous sommes rendus pour comprendre les conditions et les moyens de l'effectivité des démarches QVT, c'est-à-dire de démarches parvenues à soutenir l'expression et l'action des professionnels sur le contenu de leur travail :

- Dans quelles mesures une discussion collective et une controverse ont permis la définition d'un problème commun, permettant d'initier une démarche QVT ?
- Dans quelles mesures des espaces de discussion et de controverse ont permis, à des collectifs constitués, d'explorer d'autres fonctionnements et d'inventer d'autres manières de faire ?

Nous proposons de suivre le cheminement des démarches QVT pour ensuite chercher à en recomposer les enseignements.

### ► Groupement hospitalier Gauguin : rendre effectif les groupes de travail en faisant évoluer leur objet

Dans cet établissement hospitalier de 600 salariés, le Comité de Pilotage s'est rapidement effacé, après une unique réunion, pour laisser place à 5 groupes de travail, les groupes « Absentéisme », « RPS », « Handicap », « Dos » et « Réseaux Sociaux ».

Ces groupes de travail sont composés de soignants, de représentants syndicaux, de cadres et de personnels administratifs, même si les soignants sont moins représentés dans certains groupes. Ils seront animés par le Drh de l'établissement ou son adjoint.

Ces différents acteurs partagent l'idée que ces groupes de travail doivent porter une orientation opérationnelle, au-delà du constat de problèmes de RPS, de santé ou de mal-être.

*La démarche QVT, je trouve ça bien. Ils nous en ont parlé en instance. Il faut réunir l'encadrement avec le personnel soignant, parce que les réunionistes de cadres, ça pullule. Ils ne savent plus accompagner leur équipe et discuter sur une organisation. Les groupes de travail, c'est le lieu où le soignant va pouvoir dire « je fais ça et je fais ça ». (AS, représentant personnel).*

*Il ne faut pas faire de la déception. D'où l'importance d'avoir les moyens et d'agir. Après il faut analyser et apporter des réponses. Si c'est faire sans mettre en œuvre. On génère des frustrations. (Directeur général)*

Ces différents acteurs ont identifié, dès le lancement de la démarche, deux problèmes communs : ce qui pèse au personnel, ce sont les dysfonctionnements possibles de l'activité et il ne s'agit pas de seulement s'exprimer, mais de trouver les moyens de l'action.

Le Drh et son adjoint cherchent à animer ces groupes de travail pour qu'ils soient des espaces de libre et égale expression, quel que soit le niveau hiérarchique ou la fonction, permettant de produire des propositions opérationnelles.

*Pas de hiérarchie, ici mais une parole libre, tout le monde donne son avis, propose et on discute. (Drh en début de réunion lors de la présentation du groupe de travail à un nouveau membre)*

Les groupes de travail sont conçus pour être des lieux, non pas seulement d'expression, mais de discussion et donc de controverse, les points de vue différents étant autorisés à s'opposer.

A titre d'exemple, le groupe de travail « absentéisme » élabore, progressivement, au cours de plusieurs séances, le constat d'un lien entre l'absentéisme et la question des TMS. Le problème de l'absentéisme est requalifié, par un travail collectif, en problème d'exposition de la santé par le travail.

Pour agir, ce groupe de travail, avec le Drh, décide alors de chercher, en interne, dans l'établissement, des professionnels en capacité de mener une réflexion précise sur cette question : kinésithérapeute, ergothérapeute, aides-soignants.

Ces acteurs mènent collectivement un travail de réflexion sur les gestes professionnels pouvant exposer les salariés au risque de TMS. Leur réflexion les amène à proposer l'achat de matériel pouvant permettre de soulager les professionnels, ce matériel étant ensuite testé puis acquis par les services et les professionnels concernés.

Ce groupe de travail organise également des « chambres du Dos », sur le modèle de la « chambre des erreurs », déjà existante. Une fois par an, une chambre est équipée d'un lit et de l'ensemble du matériel disponible. Le personnel soignant de différents services, n'ayant pas participé aux groupes de travail, peut venir, sur leur temps de travail, exécuter les gestes de leur métier, sous le regard des collègues du groupe de travail. Près d'une centaine d'agents viendront discuter de leurs gestes de métier et des moyens de prévenir les risques de TMS dans cette « chambre du Dos » pendant deux journées.

Ce groupe de travail a d'abord été organisé autour du problème générique de l'absentéisme, problème appartenant au cadre d'action des ressources humaines ou de la santé au travail. Il a reformulé ce problème vers la mise en discussion des gestes de métier, notamment des gestes consistant à déplacer ou à aider au déplacement des patients. Ce groupe de travail a alors élaboré les moyens d'une mise en discussion, au-delà du groupe de travail, des problèmes liés à ces gestes et aux TMS. Cette ouverture a permis, par la mobilisation des compétences de ces différents acteurs, la recherche d'action et d'autres modalités de fonctionnement, pour affronter ce problème.

La participation de plus d'une centaine de salariés à une de ces actions est le signe de l'effectivité de ce cheminement, de cette réflexion collective et de cette action, c'est-à-dire de sa capacité à répondre aux besoins et demandes de ce personnel.

## ► Clinique Van Gogh : l'analyse collective de l'activité comme moyen d'innovation

### → Un transfert progressif et encadré des responsabilités

Dans cet établissement, la démarche QVT est placée, par le directeur d'établissement, dans un cadre précis : la production d'un cahier des charges, par les personnels de soin, pour préparer le déménagement d'un site vers un nouveau. C'est ici, en premier lieu, un problème d'efficacité d'un projet.

*Donc le groupe de travail QVT, je vais leur demander, ainsi qu'à d'autres, de construire un cahier des charges pour la future organisation (et le déménagement) (...). Moi ce que je veux c'est qu'il y ait un cahier des charges des propositions qui seront forcément différentes. Ou qui ne seront pas réalisables. Et ensuite, il faudra voir comment on peut chercher à les raccorder. L'enjeu pour moi il est là. (...) Je reconnais que mon rôle il est simple mais essentiel. Il ne dure pas longtemps : je prends l'affaire, je lui donne un cadre et c'est ensuite aux gens du terrain de s'en occuper. Mais sans ça, je reconnais que ce ne serait pas possible. (Directeur)*

Le directeur place la démarche QVT dans un cadre précis : cette démarche est le moyen d'une réflexion collective des personnels devant permettre de définir une organisation efficace et un travail de qualité, organisation qui pourra ensuite, après discussion avec la direction, être mise en place dans le nouvel établissement.

Une fois ce cadre mis en place, ce directeur se retire de la conduite opérationnelle de la démarche QVT, décidant de ne pas faire partie du trinôme et de ne pas participer au Copil.

*Je ne voulais pas être sur le comité de pilotage ou le trinôme : je ne veux pas être un facteur bloquant... (Pourquoi ?) La hiérarchie est un facteur bloquant dès qu'il est question de parole. Ce n'est pas une histoire de personne mais de fonction. Le Copil j'aurai peut-être pu le faire, mais je ne suis même pas certain que..... Il faut laisser la main aux personnes qui sont sur le terrain. Je garde un œil sur ce qui se passe mais je ne fais pas. (Directeur)*

Le Copil n'est pas dépourvu d'autorité hiérarchique pour autant. Le directeur adjoint y participe et fait partie du trinôme, avec un médecin et un représentant du personnel. Ce Copil est constitué du trinôme, d'un responsable qualité, d'un responsable de la pharmacie et d'un Idec.

La fonction du Copil est de chercher les moyens d'opérationnaliser la démarche QVT.

Le problème de l'opérationnalisation de la démarche QVT est porté par trois acteurs. L'intervenant de l'Aract demande au Copil que la démarche QVT soit ancrée sur des questions opérationnelles. Le responsable qualité cherche à répondre au problème de l'outillage méthodologique de la démarche QVT. L'Idec, connaissant l'activité de soin des services, cherche les moyens de répondre au problème de l'ancrage de la démarche QVT à des problèmes d'activité des services.

Dans un premier temps, le Copil ne parvient ni à définir un problème commun avec les services, ni à trouver les moyens de nourrir une controverse avec les membres de ces services.

Ici, à ce point de la démarche, un acteur endossera le rôle de traducteur : l'Idec, ce dernier jouant un rôle d'interface entre les questions d'organisation et d'activité.

*Au début, dans le Copil, le sujet était très ouvert, même si on devait rester sur (service X). On a dit qu'il fallait définir les thèmes... Il n'y avait rien de plus défini que ça au début. Et donc je vais à la première réunion du Copil. Et là, par chance quelque part, je passe (au service X) tôt le matin (...). Et j'ai vu travailler mes collègues. Il était 6 h du matin. J'ai compris tout de suite qu'il y avait des choses très compliquées. Je l'ai vu tout de suite parce que je connais ce métier. (...) Donc quand je suis allé à la réunion du Copil le matin, j'avais tout ça en tête. J'ai dit qu'il faudrait travailler sur ce créneau. (...) Et donc on a défini ce créneau comme axe de travail. (Idec, Copil et groupe de travail, Clinique Van Gogh)*

Cet infirmier coordonnateur (IDEC), ancien infirmier continuant à exercer dans un autre service une activité infirmière, connaît le métier d'infirmier, ses problèmes et les problématiques d'organisation. De plus ne faisant pas partie du service, il peut revendiquer une certaine neutralité.

Cet acteur traduit le problème initial, organiser le déménagement, en problème intéressant les personnels des services, à savoir les problèmes d'organisation du service entre 6 et 9 h. Ces derniers finiront, dans le groupe de travail, de traduire ce problème en problème pratique d'activité.

Ces acteurs décideront d'ancrer la démarche QVT sur la séquence du 6-9 h., séquence pendant laquelle a lieu la transmission entre les équipes de jour et de nuit, la distribution des médicaments et le petit-déjeuner. Il est décidé qu'un groupe de travail, composé d'infirmiers, de l'Idec et du responsable qualité, aura la responsabilité du déploiement de la démarche QVT sur cette séquence.

Une fois une demande et une date définies, le directeur adjoint se retire à son tour de la démarche afin de « laisser la place » aux opérationnels.

*Le groupe de travail a commencé en octobre. Moi, je me suis retiré à ce moment-là en disant qu'il fallait un retour mi-décembre... Je voulais qu'il n'y ait personne du trinôme dans le groupe de travail parce qu'il fallait laisser la place à ceux qui font le travail et puis ça ressemble beaucoup à ce qu'on fait déjà dans les instances et les groupes de travail. On a d'ailleurs fait comme on fait ailleurs : en faisant un appel à candidature. (Directeur adjoint, membre du trinôme et du Copil)*

Mais la présence de la hiérarchie n'est pas non plus entièrement absente de ces groupes de travail. Si l'Idec n'a pas de responsabilité hiérarchique sur ce service, il reste un cadre intermédiaire de l'organisation. Le responsable qualité a pour fonction le respect d'une procédure et d'une prescription de l'organisation.

## → Discuter, imaginer et tester de nouveaux fonctionnements

Le groupe de travail de la clinique Van Gogh a reçu du Copil une demande générique : analyser la séquence du 6-9 h. pour déterminer ce qui peut poser problème et les modalités d'organisation qui permettraient, lors du déménagement sur le nouveau site, de les résoudre. Ce groupe de travail est composé d'infirmiers, d'un infirmier coordonnateur et d'un responsable qualité.

Pendant deux séances, les infirmiers ont commenté le relevé d'activité réalisé par un non-soignant, le responsable qualité. Ces deux séances ont été un moment de découvertes, individuelles et collectives, préliminaires nécessaires à la recherche d'innovation.

Ce personnel a d'abord découvert sa propre activité : le relevé d'activité a permis de faire de sa propre activité un objet d'analyse. Par ce moyen, le personnel de soin a pu de se détacher de sa pratique et déplacer son regard.

*Oui c'est vrai. Toi (s'adressant au responsable qualité présent pendant un entretien avec l'ensemble des membres du groupe de travail), tu es venu nous voir et on a vu tous nos automatismes en fait. Tout ce qu'on fait sans s'en rendre compte... Avec le temps, on ne se rend plus compte de ce qu'on fait. C'est là où on s'est rendu compte des dérangements pendant la transmission. Tu faisais l'état des lieux heure par heure. Tu lisais tout et je me disais : « ouh là là ! » (Rire) On a beaucoup d'automatismes. C'est vrai. Et voir ce qu'on faisait détailler... On se disait : « là, ça ne devrait pas être fait comme ça... ». Je me souviens quand je le faisais devant toi, pendant ton observation, en parlant avec toi, je me disais « mais ce n'est pas comme ça qu'il faudrait faire ! ». C'est difficile mais en même temps vraiment intéressant. (Infirmier, membre du groupe de travail, clinique Van Gogh)*

Ce salarié, par l'observation du responsable qualité et son compte-rendu pendant une séance du groupe de travail, a redécouvert sa propre activité.

La découverte de l'activité a été, ensuite, elle-même mise en discussion par les autres infirmiers du groupe de travail, ces derniers découvrant qu'il existait plusieurs manières d'effectuer les mêmes tâches ou d'arbitrer certains dilemmes.

La discussion s'ouvrait alors vers la question de la compréhension de cet écart.

*Et puis on découvrait comment chacun faisait... Parce qu'en fait, on ne faisait pas pareil. Pas sur tout, mais sur plein de petits trucs, ce n'était pas pareil. (Infirmier, membre du groupe de travail, clinique Van Gogh)*

*Oui, puis on n'était pas d'accord entre nous ! Je me souviens qu'on a eu des discussions sur les prises des constantes. Parce que... si on les prend tôt on réveille les patients. Et ce n'est pas satisfaisant. Un bilan sanguin, ce n'est pas rien. Imaginez, on vous réveille à 6h du matin pour faire un bilan sanguin... Bon. Mais, si on le fait trop tard, on est en difficulté parce qu'après, il y a la distribution des médicaments, les transmissions et les petits déjeuners... donc ce n'est pas possible non plus. Et puis, il y a des patients qui sont très angoissés... Donc en fait, ils attendent la prise de constante pour pouvoir aller prendre leurs médicaments le plus tôt. Donc, on voyait qu'on faisait chacun un peu différemment avec ces problèmes. Certains qui réveillaient, d'autres qui attendaient plus... (Autre infirmier, membre du groupe de travail, clinique Van Gogh)*

*Et on a eu ça aussi sur les médicaments et la queue. On n'était pas tous d'accord là-dessus (Infirmier, membre du groupe de travail, clinique Van Gogh)*

*Mais franchement, on n'était presque jamais d'accord (rire). Je me souviens (Responsable qualité), tu n'en pouvais plus ! Je te voyais, tu ne savais pas quand ça allait s'arrêter (autre infirmier, membre du groupe de travail, clinique Van Gogh)*

Ces professionnels découvrent, ou redécouvrent, que pour parvenir à réaliser leur activité dans les conditions spécifiques de leur service, ils avaient chacun déployé une manière de faire, un style propre. De cette comparaison des manières de faire et des styles naît une réflexion collective sur ce qui peut, doit et pourrait être fait.

*Il y avait un regard extérieur. On a la tête dedans tous les jours, on ne peut plus chercher ce qui ne va pas. Et on a des automatismes qui ne font pas plaisir. On le sait mais on l'oublie. C'est toujours intéressant. (...) En fait, on discutait en même temps « je fais ça mais c'est compliqué... ». Et on se demandait : « toi tu fais comment ». Ta présence (du responsable qualité) nous a permis de nous rendre compte, de voir qu'il pouvait y avoir autre chose. (Infirmier, membre du groupe de travail, clinique Van Gogh)*

De la découverte et de la comparaison des manières de faire naît l'idée qu'il peut être fait autrement. L'infirmier coordonnateur et le responsable qualité prennent alors la responsabilité de noter toutes les idées ouvrant sur la possibilité de faire autrement face aux problèmes posés par l'activité.

*Pour trouver des idées ? Comment on a fait ? On est parties des observations et des discussions. C'est là où ça a commencé vraiment. (Idec, clinique Van Gogh)*

Un tableau de synthèse est édité à la suite de ces séances du groupe de travail : face à chaque prescription et tâche à accomplir sont indiquées plusieurs propositions d'organisation pouvant permettre l'amélioration de la qualité du soin et de l'efficacité de l'organisation du service.

À titre d'exemple, concernant la question de la transmission nuit/jour, le groupe de travail a formulé ces quelques propositions :

Observations	Propositions
Transmissions nuit/jour interrompues plusieurs fois	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter le temps des transmissions de 15 min</li> <li>• Réaliser les transmissions entre Ide dans la salle de soins de l'étage</li> <li>• Transférer l'appel malade sur le XXXX</li> <li>• Prévoir un report de l'appel malade sur une unité mobile où serait indiquée la chambre</li> </ul>

Plusieurs problèmes ont été relevés : la prise des constantes le matin et la question du réveil, le problème de l'attente des résidents dans le couloir pendant l'attente de la distribution des médicaments et la transmission collective d'une angoisse pendant cette attente, l'impossibilité d'établir une relation clinique lorsque les patients, ayant attendus trop longtemps, sont trop anxieux, les horaires et la surveillance des petits déjeuners, le nombre trop important de petits déjeuners servis en chambre etc. L'observation de l'activité a révélé un certain nombre de problèmes aux yeux des infirmiers.

Tous les infirmiers ne partageaient pas nécessairement le même constat, certains jugeant des problèmes plus importants que d'autres.

Plus encore, les infirmiers ne partageaient pas le même jugement sur les solutions ayant émergé au cours de leurs discussions.

Si l'organisation en cours consiste pour un infirmier à distribuer les médicaments dans une seule salle tandis que l'autre infirmier s'occupe des tâches courantes, notamment des résidents restés dans leur chambre, et un aide-soignant surveille le petit-déjeuner, pour certains, la solution serait de distribuer les médicaments dans deux salles, au 1er et au rez-de-chaussée, pour d'autres, de les distribuer directement dans les chambres des patients.

L'organisation de la distribution dans deux salles posait un problème aux yeux de certains : elle impliquait la mobilisation de deux infirmiers dans une salle fermée, pendant un temps plus ou moins indéterminé. Or les infirmiers disent qu'il y a un besoin d'interaction avec l'ensemble du service à ce moment, de nombreux et divers problèmes devant être résolus rapidement, le problème pouvant notamment être celui des résidents restés dans leur chambre.

Mais la seconde solution n'était pas satisfaisante pour d'autres : la distribution dans les chambres impliquait que les résidents ne sortent pas de leur chambre, pour aller prendre leur petit-déjeuner, tant que les infirmiers n'étaient pas passés. Cette distribution contraignait trop fortement les patients et ne permettait pas de faire la différence entre les patients anxieux, attendant avec impatience leurs médicaments, et les patients moins anxieux, en capacité d'attendre et voulant choisir un autre moment pour prendre leur médicament.

Pour libérer l'activité de l'aide-soignant, dans le cas où la distribution a lieu, en même temps, dans deux salles, il est demandé aux cuisines de livrer les plateaux petit-déjeuner des résidents ayant l'autorisation délivrée par le médecin de rester dans leur chambre, plus tôt, avant l'ouverture de la salle à manger. Le problème circonscrit de l'attente des résidents fait apparaître l'interdépendance des tâches et des activités de l'ensemble du personnel.

La mise en discussion des problèmes de l'activité et la recherche de solutions a fait naître une controverse concernant les solutions potentielles à mettre en place et leurs qualités respectives.

Ce groupe de travail, avec le responsable qualité, a élaboré un dispositif permettant, non de clore le désaccord, mais de le mettre à l'épreuve : ce groupe de travail a mis en place une « expérimentation », c'est-à-dire le déploiement effectif, pendant une semaine, de ces deux organisations différentes pour en juger la viabilité et les faire évaluer par l'ensemble du personnel et des patients.

Pour évaluer l'efficacité de ces propositions, le groupe de travail a produit une innovation de méthode, fondée sur une interprétation à la lettre de la proposition d'expérimentation de l'Anact et de la HAS.

*Est-ce qu'il y a l'intérêt de faire l'administration en chambre ? En fait, il y avait beaucoup de « on dit que » et on avait beaucoup de discussions... Alors on s'est dit qu'il fallait y aller... au moins pour voir (infirmier 1, groupe de travail)*

*On s'est dit que finalement on va essayer... (Infirmier 2, groupe de travail)*

*C'est dans le cluster aussi. Ils disaient de faire un test... On devait être pratico-pratique. Et donc là-dessus, ça nous allait bien de faire une expérimentation (responsable qualité, groupe de travail)*

*Et donc on a décidé de ce qu'on allait expérimenter... En fait, on a suivi la liste un peu de tout ce qu'on voulait faire. Et quand il y avait plusieurs choses qui... on s'est dit qu'on ferait les deux. Pour voir (infirmier 3, groupe de travail)*

Nous pouvons reconstituer le fil de ces séquences conduisant à une innovation collective : la mise en discussion du travail, au moyen d'une analyse de l'activité réalisée par une personne extérieure au métier, permet aux infirmiers de prendre leurs activités comme objet d'analyse pour, ensuite, les comparer et les confronter. De cette confrontation naît l'idée qu'il existe différents possibles et alternatives à la réalisation des mêmes prescriptions et tâches, dans l'environnement d'un même service. Les infirmiers s'ouvrent alors à l'exploration d'autres manières de faire et à l'élaboration d'une méthodologie permettant de les évaluer.

La mise en discussion du travail, au travers une phase de problématisation, a été le moyen d'une innovation méthodologique et de l'exploration d'une transformation des gestes professionnels et de l'organisation pour permettre l'amélioration de la qualité des soins.

## ► L'établissement Fisher : un Copil élargi ne parvenant pas à descendre au niveau de l'activité de soin

Dans cet établissement de moins de 300 salariés, le Copil, déjà composé du directeur général, du Drh, du médecin coordonnateur, d'une AS secrétaire du CHSCT et d'un IDE, a été élargi aux membres du personnel des services concernés. Il regroupe près de 15 personnes.

Ce Copil travaille, dans un premier temps, à la construction collective d'une définition de la QVT ; cette dernière étant définie en ces termes : « Des salariés formés et compétents, qui bénéficient de conditions de travail favorables (planning, organisation du travail, matériels) pour une bonne prise en charge des patients dans un souci d'efficacité (qualitative- quantitative et économique) ». Ce Copil, pendant les 8 séances suivantes, cherche à établir l'inventaire des actions, déjà en cours dans l'établissement, participant de cette définition.

Les comptes rendus de cette séance laissent apparaître une insatisfaction des personnels de service concernant la mise en discussion des problèmes les concernant directement.

*Quand et comment va-t-on prendre en compte les problèmes que rencontrent les équipes au quotidien ? (CR réunion Copil)*

Certains membres du Copil font valoir leur désaccord concernant les sujets traités par le Copil :

*La priorité des soignants n'est pas forcément celle définie par le groupe QVT » (CR réunion Copil)*

Ce Copil ne parvient pas, à ce stade, à définir un problème commun permettant d'agréer l'action commune d'acteurs différents.



Le Copil prend ensuite la décision de mettre au travail la question du « travailler ensemble ». Suite à la demande de l'intervenant de l'Aract, le Copil reformule sa question de travail, se concentrant sur la communication dans une unité de soins de longue durée, les personnels de cette unité n'ayant cependant pas participé aux séances du Copil.

Ce problème semble avoir été défini en l'absence des personnels de ce service.

Cette unité est le lieu de dysfonctionnements posant problèmes aux personnels soignants, ces derniers jugeant être contraints à une qualité dégradée du soin.

*On est nombreux à être frustrés de ne pas pouvoir faire du soin correctement (...). On ne travaille pas comme ça devrait être fait, même si on le fait du mieux qu'on peut et qu'on le fait bien (personne de soin de l'unité de longue durée)*

Mais lorsque le Copil présente son projet aux cadres de santé de l'unité, ces derniers se sentent accusés du défaut d'organisation du service. Un cadre se mettra en arrêt maladie suite à cette présentation.

*Il y a eu un souci quand ça a été présenté aux cadres de santé. Un cadre s'est senti accusé de mal manager. Il y a eu un couac, ils se sont sentis attaqués : « si on remet tout en question c'est que tout est de la merde ». Depuis c'est compliqué. (Membre du Copil)*

Le Copil décide alors non plus de travailler sur un service, au risque de paraître le mettre en accusation, mais sur l'ensemble des services afin de ne pas le stigmatiser et mettre en difficulté son encadrement.

Le nombre de participants rend difficile la discussion. L'absence d'actions effectives, malgré le nombre important de réunions du Copil et la réaction des cadres de l'unité de soins de longue durée laissent entendre un fonctionnement difficile du Copil. Plusieurs membres du Copil proposent la création d'un « bureau QVT » pour faciliter l'échange d'information entre le COPIL, le groupe de travail et l'Aract et préparer, sans perdre trop de temps, les réunions du COPIL.

Neuf mois après la première réunion du Copil, le bureau se réunit pour élaborer un sujet à traiter par la démarche QVT. Le Comité de Pilotage se réunira à nouveau pour prendre la décision de déployer une formation QVT aux cadres de santé et aux médecins. Cette proposition de formation ne sera pas facilement reçue par les membres de cette catégorie professionnelle, les médecins ayant des difficultés à participer à la démarche QVT portée par le Copil et le bureau.

Un travail de recensement des différents temps de transmissions est réalisé au terme duquel des temps de transmissions supplémentaires sont proposés. En parallèle de ce travail collectif mené par le groupe de travail, un cadre de santé, ayant participé au Copil, met en test, de sa propre initiative, dans deux de ses services, un cahier devant permettre une meilleure circulation de l'information.

Progressivement, la participation au Copil diminue, ses membres se désengageant de son activité. Ses derniers membres prennent la décision d'évaluer, par un questionnaire, les actions mises en place pour soutenir la communication dans les services.

Les membres du Copil et les différents personnels qui ont participé à son activité jugent qu'ils ont pu entretenir d'autres rapports avec les membres de l'encadrement et de la direction. Mais ce Copil n'est pas parvenu à mettre en discussion les questions pratiques d'activité attendues par les personnels de soin pour définir un problème commun et chercher à proposer des solutions alternatives d'organisation permettant de répondre de ce problème et de la dégradation de la qualité des soins.

Ce Copil n'est pas parvenu à descendre au niveau de l'activité pour embarquer, dans son fonctionnement, les membres du personnel en définissant un problème commun, condition de l'action collectif d'acteurs aux intérêts et cadre cognitifs différents. Nous reviendrons sur ce point.

Ce Copil ne proposera, in fine, qu'une action d'évaluation des actions et des supports de communication par un questionnaire, un cadre de santé expérimentant cependant, de sa propre initiative, dans son service, un cahier de transmission.

## ► Clinique d'Arcabas : l'absence de définition d'un problème commun

Dans cette clinique de Soins de Suite et de Réadaptation, employant près de 90 salariés, la démarche QVT est placée sous la responsabilité, par le directeur de l'Établissement, d'une commission QVT spécifique, organisée sur le modèle des autres commissions régulant l'activité de cet établissement.

Cette commission regroupe les membres du trinôme (directeur, cadre responsable de la pharmacie, cadre administratif), les membres de l'encadrement, y compris certains médecins, et tout membre du personnel souhaitant y participer.

Ce directeur définit la QVT comme un enjeu stratégique de l'établissement, ouvrant les moyens nécessaires au déploiement pratique de la démarche QVT dans l'établissement, tout membre du personnel pouvant, sur son temps de travail, participer à l'activité de cette commission QVT. Le personnel de soins, infirmiers, ASL et AS, participeront effectivement à cette commission, du moins pendant ses premières séances.

Cette commission se réunira à 8 reprises pendant près d'1 h 30, certaines séances regroupant jusqu'à 15 personnes.

Le premier objet de cette commission est l'établissement d'un diagnostic QVT, diagnostic réalisé à l'aide d'un outil de l'Anact, l'outil QVT+, la commission QVT décidant ensuite de mettre au travail les questions de la communication et du travail « bien fait ».

Mais le fonctionnement de cette commission est, dès ses premières séances, l'objet d'un conflit : les personnels de soins, infirmiers, ASL et AS, jugent que cette commission ne traite pas les questions et les problèmes qu'ils jugent importants.

*On est venus en se disant on va enfin parler de nous, de notre travail, de ce qu'on vit et de ce qu'on a vécu. Et en fait (avec le diagnostic), on n'avait pas notre mot à dire. Il fallait qu'on rentre dans un processus bien cadré. Avec les présentations... En fait, nous c'était simple on voulait parler de ce qu'on fait... Et on était obligées... On a senti qu'on était des outils pour des stats. Pour d'autres quoi... Mais on ne pouvait pas parler ! Je suis resté en me disant qu'il y aurait peut-être des choses, que c'est quand même un espace... Parce que c'est là où il pouvait y avoir des choses un peu différentes. (Membre de la commission QVT, personnel de soin)*

Les personnels, en charge des soins, estiment qu'il n'a pas été possible, dans cette commission QVT, de mettre en discussion ce qu'ils vivent et ce qu'ils ont vécu, certains membres du personnel de soins considérant même que les objets de la commission QVT étaient formulés contre eux.

*Il y a un truc que je n'ai pas aimé. Comment dire ça... Dans la commission, on a dit qu'il y avait des tensions entre nous, dans les étages. C'était le problème de la communication, ils disaient. Mais oui, il y a des problèmes entre nous ! C'est vrai que ça gueule ! Mais en fait, on est solidaires entre nous au final. C'est ça : on gueule mais on est solidaires... Ils nous ont mis ça dessus, le problème de communication. Mais pour moi, ce n'est pas là le problème. C'est un truc de là-haut ça ! Pour moi, la communication, ce n'est pas ça le problème. Les problèmes, ils sont ailleurs ! (membre de la commission QVT, personnel de soin)*

La demande des personnels en charge des soins est de pouvoir aborder les problèmes pratiques de leur activité.

*Cette instance QVT, on s'est dit que c'était pour nous... Enfin une pour nous ! Disons que ça serait un endroit où on peut parler des choses importantes pour nous. Mais on aurait voulu qu'il y a des choses plus terre à terre... Plus pratiques. (Membre de la commission, personnel de soin)*

Devant cette impossibilité, pour les personnels en charge de soin, de choisir les sujets à mettre au travail dans la commission QVT, les conflits interpersonnels semblent avoir progressivement recouvert le fonctionnement de la commission.

*Dans la commission, il y avait trop de problèmes personnels qui revenaient. Trop d'histoires... On n'arrivait pas à s'en sortir. Je trouve en tout cas qu'on n'a pas réussi à vraiment s'en sortir. (Membre de la commission)*

Les membres du personnel de soin jugent que leur participation à la commission QVT est conditionnée à la possibilité de participer à l'élaboration des sujets et des problèmes à mettre au travail collectivement. Ils jugent qu'ils n'ont pas bénéficié d'une réelle capacité à orienter la discussion de la commission QVT vers les problèmes qu'ils jugeaient, de leur point de vue, importants.

*Je pense... Non, je peux vous dire que tant qu'on ne sera pas écoutés, ça n'avancera pas et l'ensemble des collègues ne viendront pas dans ces histoires ! (membre de la commission, personnel de soin)*

Les personnels jugent qu'ils n'ont pas eu la responsabilité du choix des objets et des sujets à traiter par cette commission. Par conséquent, ils se sont progressivement retirés de la démarche, les conflits interpersonnels envahissant cette instance, aucune action concernant le contenu du travail n'étant élaborée.

En d'autres termes, la commission QVT n'a pas été le lieu d'une libre controverse entre les différents acteurs de l'établissement pour définir un problème commun, les personnels de soin jugeant ne pas avoir eu le pouvoir, non pas de s'exprimer, mais d'agir sur la définition du problème mis au travail par la commission QVT.

Malgré l'investissement du directeur de cet établissement, malgré l'importance des moyens de fonctionnement attribués à la commission QVT, malgré l'attente des personnels, cette commission n'est pas parvenue à élaborer, avec les personnels de soin, une démarche QVT qui parvienne à agir sur la qualité des soins et à soutenir le pouvoir d'agir des personnels sur leur travail.

## ► EHPAD Monet : l'initiative soutenue et encadrée par la recherche d'un autre rapport au résident

L'EHPAD Monet, en charge de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, n'a pas transformé son fonctionnement pour développer la QVT, mais pour agir sur la qualité des soins, jugée insuffisante car ne permettant pas de soutenir l'autonomie et l'initiative de ces patients atteints d'une maladie dégénérative.

*La démarche chez nous n'était pas QVT, nous ne savions même pas ce que c'était, et nous ne sommes pas entrés dans la démarche par l'acronyme QVT. Ce qui nous importait, c'était la qualité des soins ! (médecin-coordonateur)*

L'encadrement, constitué du médecin-coordonateur, du directeur, de l'Idéc et du psychologue, s'est appuyé sur la méthode Carpe Diem pour construire une définition du soin et un cadre à l'action de l'ensemble des salariés de l'établissement, du directeur aux auxiliaires de vie.

Tout se passe comme si, dans cet établissement, la demande de transformation, issue de l'encadrement, était parvenue à rencontrer et s'articuler à la demande, des personnels de soin, de pouvoir développer un soin de qualité auprès de ce type spécifique de résidents.

Un principe essentiel de cette approche fait valoir qu'il est de la responsabilité de l'établissement de s'adapter au résident, et non au résident de s'adapter à l'établissement, le résident, du fait de sa pathologie, perdant ses capacités d'adaptation. Il revient donc à l'établissement et à son personnel, par la compréhension collective, la plus précise possible, des capacités encore actives du résident, de soutenir les besoins, les désirs et les capacités des résidents. A défaut, sans cadre pour activer ses capacités, sans espace pour faire valoir ses désirs, le risque est celui d'une dégénérescence accélérée des capacités des résidents.

L'ensemble du personnel, personnel intérimaire et auxiliaires de vie compris, a été formé à cette approche. Ce personnel doit trouver les moyens de développer cette approche par son activité : chaque membre du personnel doit développer ses capacités à comprendre les besoins, désirs et capacités des résidents pour trouver les moyens de les soutenir. Nous trouvons ici comme le renouvellement, par l'encadrement, de la prescription faite aux différents groupes professionnels.

A l'intérieur de cette définition du soin, les membres du personnel disposent d'une marge de manœuvre importante, même si toute initiative pouvant avoir des conséquences sur le travail d'autres salariés ou sur l'organisation de l'établissement doit être collectivement discutée.

La conception du soin, portée par l'approche Carpe Diem, constitue donc le cadre à l'intérieur duquel peut se développer l'expression et l'action du personnel sur le contenu de son travail.

*On a la chance d'avoir une équipe d'encadrement qui s'entend bien, avec une direction qui n'a pas peur de prendre des risques, une psychologue qui est exigeante et qui n'est pas comme tout le monde... (...) elle autorise cette prise de risque, cette invention... On peut essayer des choses ici. Dans l'esprit de l'approche Carpe Diem.*

Par exemple, pendant les transmissions, tous les membres du personnel, auxiliaire de vie, aide-soignant, infirmier, médecin, psychologue participent également à l'analyse de la situation des résidents et à la recherche collective des moyens pouvant permettre de soutenir leur autonomie, leurs besoins et désirs, dans le but de ralentir la dynamique de la dégénérescence et de respecter le sujet malade.

Le transfert de responsabilité et d'autonomie, vers l'ensemble du personnel, se tient, dans cet établissement, au nom du patient et d'une conception spécifique des soins et de ses qualités.

## ► Vasarely, un espace de discussion centré sur la coordination des activités

Dans cet établissement, plus de 400 agents travaillent dans des services de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée. Cet établissement dispose d'un plateau technique de rééducation servi par un effectif de près de 20 agents paramédicaux : ergothérapeute, orthophoniste, kinésithérapeute etc. Dans le cadre de son CPOM, l'hôpital a augmenté le nombre de lits d'activité SSR neurovasculaire, passant de 20 lits à 30 lits d'hospitalisation complète.

Les porteurs de la démarche, DRH et secrétaire du CHSCT, retiennent l'unité concernée par cette augmentation du nombre de lits. Ils articulent la demande de l'Aract de faire porter la démarche QVT sur un projet de réorganisation à deux raisons internes.

La première est que cette unité rencontrait de multiples problèmes (surcharge, relations,...), le cadre entendant déclencher une procédure de déclaration en cellule RPS. Les porteurs de la démarche ont convenu, avec ce cadre, de traiter ces problèmes au sein du cluster, au moyen d'un Espace De Discussion (EDD).

La seconde est que le médecin praticien hospitalier (PH) de l'unité était membre du trinôme, il apparaissait plus simple et rapide de proposer le déploiement de l'EDD dans son unité plutôt qu'à un autre PH.

*On venait juste d'augmenter le nombre de lits de neuro. Ça angoissait les gens car les patients sont réputés difficiles, avec des troubles des fonctions supérieures, plus les problèmes des équipes de soignants et des rééducateurs. Ce n'était pas pour préparer le changement mais pour corriger à chaud. (Membre du COPIL)*

Le COPIL QVT est constitué initialement du trinôme. C'est dans ce format restreint qu'est prise la décision de participer au cluster pour initier une démarche QVT, par la mise en place d'un EDD dans le service MPR. Sa composition s'élargit ensuite à d'autres personnes, cadres administratifs et de santé, impliquées par ailleurs dans un autre COPIL centré sur le projet social.

Le COPIL QVT a défini une première constitution du groupe de travail, soit 12 agents représentant les professions, et son objet :

*Évaluer en temps réel les impacts positifs et négatifs d'un changement sur la qualité des soins, la qualité de vie au travail du personnel et la performance globale de l'établissement. (Document « Appel à volontariat »).*

Un appel à candidature est largement diffusé pour constituer et créer l'espace de discussion. Deux membres du COPIL se chargent de cette communication, l'un pour informer plutôt la hiérarchie médicale et soignante du service, l'autre plutôt les soignants et les paramédicaux. Les agents ont été souvent informés après les transmissions. Certains agents souhaitent ne pas y participer, ne croyant pas à la capacité de cet EDD de produire une action de transformation.

*Ça fera une perte de temps, on dira quelles sont les difficultés, mais ça changera rien. J'avais déjà fait des réunions, parlé des mêmes difficultés et sans qu'il y ait des améliorations après. (Membre agents concernés)*

Les membres du COFIL et l'intervenant de l'ARACT s'accordent sur une règle de la composition du groupe : ne pas mélanger les niveaux hiérarchiques. Cette orientation méthodologique est prise afin d'éviter des freins à la parole, envisagés en référence à l'histoire des relations dans le service.

*Le fait qu'il n'y ait pas les cadres qui répondent de suite a permis de s'inter-ajuster et de comprendre que le cadre ne peut tout. (Membre du groupe de travail)*

L'EDD est animé par l'intervenant de l'ARACT. Ce choix d'une animation par un tiers extérieur est perçu comme pertinent dans le contexte relationnel de cet hôpital.

*C'est indispensable que ce soit amorcé par quelqu'un d'extérieur. C'est une question de reconnaissance, d'être entendu qu'on souffre, et pour ouvrir aussi les gens à la réflexion. (Membre du groupe de travail)*

Lors de la première réunion, le groupe adopte une méthode de travail, sous l'impulsion de l'ARACT. Il prend pour objet la journée précédente d'un patient connu de tous et examine la contribution de chacun des intervenants. Ce faisant, le groupe s'approprie la démarche, l'articulant aux préoccupations professionnelles des agents. Ce temps de controverse est essentiel à la réussite des étapes suivantes.

*Le thème au départ était ce qui a changé avec le passage à 30, est-ce que ça a eu des répercussions ? Mais on est parti avec un cas concret, la journée d'un patient et chacun a fait part également de ce qui est positif et insatisfaisant dans la prise en charge, puis de ses axes d'amélioration. (Membre du groupe de travail)*

Les réunions se tiennent les après-midi après les transmissions, avec récupération des heures qui y sont passées. Quatre réunions sont prévues initialement, mais cinq se tiennent, en raison du temps pris à examiner le contenu du travail de chacun et de l'expression de sujets délicats.

*On a fait une réunion supplémentaire car il y avait tellement de choses à dire, une vraie souffrance à exprimer. (Membre du groupe de travail)*

Il apparaît que ces cinq séances de l'EDD ont permis une certaine maturation du groupe. Un équilibre semble avoir été trouvé au plan de l'expression d'un vécu, selon une tonalité ne mettant pas en cause des personnes, des modalités d'organisation, ainsi qu'au plan de la formulation de propositions de progrès. Les participants se sont aussi accordés sur la forme écrite adéquate pour la restitution, ainsi que sur ses modalités pratiques.

*À la réunion d'après, c'est devenu plus constructif. Jusqu'à la restitution, on avait peur de dire ce qu'on avait écrit. Il y a eu une sorte d'autocensure, même si on avait voulu parler de tout, et qu'on avait souhaité que le médecin chef de tout le MPR, qui veut toujours tout contrôler, ne soit pas présent. On s'est automusellé et l'ARACT a bien accompagné sur la rédaction du rapport. Le lâchage, c'était trop. Dire tous les défauts alors qu'on ne peut pas changer, qu'il va falloir composer, donc ça passe par leur reconnaître des qualités. (Membre du groupe de travail)*

La méthodologie prévoyait que des participants à l'EDD puissent présenter les résultats au COFIL QVT. Ce choix méthodologique participe du développement du pouvoir d'agir des agents.

La restitution a été faite par quatre rapporteurs volontaires, travaillant, à différents postes, dans le service (brancardier, kiné, infirmière, assistante sociale) sur la base du support dont le contenu a été construit par le groupe et formalisé par l'intervenant de l'ARACT. Les membres du COFIL QVT, les membres de la ligne hiérarchique (MPH, cadre, coordinatrice, directeur des soins, cadre du plateau technique), la DRH et la DS ont participé à cette restitution.

Les éléments de restitution ont été structurés en 6 champs, se rapportant aux situations-types examinées lors des réunions de l'EDD : la gestion de l'agenda / transport patient, les séances de rééducation, les consultations pluridisciplinaires, les repas, la relation avec les patients et familles, les relations entre professionnels. Le document de présentation comporte une série de tableaux présentant, en colonne :

les situations de travail type, les contraintes, les ressources, les causes identifiables, les effets (sur la santé, le collectif, la performance) et les pistes d'action.

L'appréciation des agents de l'EDD, ayant participé à la réunion de restitution, a été positive. Une réelle écoute et un engagement ont été perçus, visible dans l'engagement rapide de premières actions d'amélioration. Les membres du groupe de travail ont même été surpris de la puissance de ce dispositif :

*Ce qui m'a un peu perturbé, faut le dire, c'est que je ne pensais pas qu'on allait être écouté à ce point. Les directeurs de soin sont, dès le lendemain, allés dans le service pour faire une grosse réunion. On n'a pas été juste écoutés : ça a commencé un peu à réfléchir à ce qui peut être fait ou pas. Et c'est vraiment génial ! On n'a pas été jugés par notre fonction face aux différents cadres qu'on a eu devant nous. L'ARACT était là, c'est bien s'il y avait un souci, elle reformulait et en face, au niveau cadre, ça a peut-être apaisé les choses, mais ils ne l'ont pas vécu comme une critique, mais pour faire avancer les choses. (Membre du groupe de travail)*

Dans cet établissement, la démarche QVT fait l'objet de plusieurs traductions successives.

D'abord, le Copil, à l'articulation du cluster et de l'établissement, a reformulé le problème de type RPS en un besoin de mettre en place un Espace de Discussion. Ensuite, dans les groupes de travail, les problèmes du dérèglement des rapports interpersonnels ou hiérarchiques, de la charge de travail ou de la souffrance au travail ont été reformulés en problèmes spécifiques d'activité : le rapport aux familles, le parcours d'un patient à l'intersection de plusieurs spécialités médicales. Enfin, à l'articulation du groupe de travail et du Copil, les problèmes ont été reformulés en problèmes d'organisation et de participation des personnels à l'organisation du travail.

Dans cet établissement, la mise en discussion de problèmes précis d'activité, dans une perspective de résolution effective, ont permis d'agir sur la dégradation des rapports hiérarchiques et interpersonnels. Les personnels et les cadres ont même été surpris de leur capacité à agir collectivement.

Le rôle de l'intervenant de l'Aract, partie prenante des groupes de travail, c'est-à-dire des espaces de discussion, a été déterminant : il a permis de mettre à distance la question de la seule expression de la souffrance et des conflits interpersonnels pour mettre au centre de son fonctionnement l'expression et l'action sur le contenu du travail.

## 7.2 La controverse, moyen d'initier et de développer une démarche QVT

### ► Définir un problème pour associer les acteurs

La première différence, entre les établissements parvenus à engager la participation des personnels et à ouvrir la mise en discussion le contenu du travail, tient à la façon dont l'objet de la démarche QVT, c'est-à-dire du problème à mettre au travail, a été décidé.

Pour certains établissements, ce problème s'est construit en s'appuyant sur une demande du personnel, pour d'autres, elle s'est réalisée sans.

### → La définition d'un problème d'activité : condition de l'engagement des personnels de soin

Les personnels de soin ne peuvent s'engager réellement dans une démarche QVT qu'à la condition que cette dernière puisse être le moyen de répondre à un problème les concernant.

Mais dans certaines démarches QVT, les personnels de soin jugent ne pas avoir eu la possibilité de faire valoir leur point de vue et de participer à la définition des problèmes à traiter.

Nous trouvons là un écueil de plusieurs démarches QVT : les Copil ou les groupes de travail ne sont pas parvenus à produire un consensus sur un problème ou à être les lieux d'une mise en discussion des problèmes que les personnels de soin voulaient aborder et traiter.

*Dans cette commission QVT, on n'entend pas ce qu'on veut dire de notre travail et de ce qu'on fait (membre commission QVT, établissement Arcabas, personnel de soin)*

A défaut, comme dans cette clinique, les personnels de soin ne pourront s'investir dans la démarche, ne participant aux sessions de la commission QVT, des Copil ou des groupes de travail que par une figuration faussement participative, selon l'expression employée par la sociologie de la traduction.

C'est le cas de l'hôpital Matisse, auquel l'ARS a imposé le sujet de la mutualisation de la fonction achat au sein du futur GHT. Les personnels de l'établissement se sont mobilisés pour participer mais ont peiné à comprendre leur intérêt dans ce projet.

*J'ai compris qu'il fallait l'avis de tout le monde. Tout ce que je me rappelle c'est que c'était indigeste ! On avait du mal à comprendre les choses ! En plus c'était particulièrement pour le côté achat, le GHT, le regroupement... Mais c'était assez éloigné de mon quotidien (kinésithérapeute, membre du groupe de travail)*

Cet acteur estime que ses problèmes, de son point de vue, ne sont pas traités de leur point de vue.

**L'engagement du personnel de soin, dans une démarche QVT, est conditionné à la possibilité de pouvoir répondre des problèmes restés en jachère.**

Si la démarche QVT ne permet pas de répondre à ces problèmes, certains membres du personnel de soin ne sauront comment participer à la réflexion collective, ne comprenant pas quel peut être leur apport. D'autres ne voudront pas y participer, considérant que la démarche QVT se trompe d'objet ou évacue les problèmes importants.

*Je pense... Non, je peux vous dire que tant qu'on ne sera pas écoutés, ça n'avancera pas et l'ensemble des collègues ne viendront pas dans ces histoires ! (membre de la commission QVT, personnel de soin)*

*Il manque du concret. Au début on souhaitait voir d'autres urgences à prendre en compte. Je ne sais pas comment on en est arrivés à cette histoire de relève... Nous on était plus dans l'organisation de la journée de travail ... ça nous est reproché, il y avait d'autres priorités, on nous l'a reproché par les collègues (membre du groupe de travail, Aide-soignante)*

Ce sentiment a été exprimé à plusieurs reprises dans les établissements dans lesquels nous nous sommes rendus.

Comme le souligne Philippe Bernoux, si le changement ne fait pas sens pour les acteurs directement concernés, il a peu de chance d'aboutir. « Pour qu'un changement technique ou organisationnel soit accepté, il est nécessaire que tous les acteurs le jugent compatibles avec leurs logiques, le considèrent comme légitime, le considère comme un service utile et enfin soient sollicités pour le mettre en place et ne pas l'imposer »<sup>38</sup>. Il y a succès selon l'auteur, si l'objet est adapté aux problèmes concrets des travailleurs.

Pour la sociologie de la traduction, nos analyses de terrain le confirmant, il ne s'agit pas d'imposer un sujet qui ne fait pas sens pour les personnels des services, mais, de plus, il s'agit d'ouvrir leur participation à la définition des problèmes à traiter.

La mise en discussion des problèmes concrets de travail, posant problème au personnel de soin, est la condition de l'engagement de ces personnels dans les démarches QVT.

Sans l'engagement des personnels, il ne saurait être possible de soutenir l'expression et l'action des personnels de soin sur le contenu du travail. La démarche QVT court le risque de n'être qu'un dispositif sans pouvoir d'action sur le contenu du travail et de son organisation et sur la qualité des soins.

Et plus encore, lorsque les personnels sont appelés à participer à des démarches QVT, sans cependant avoir la possibilité de faire valoir leurs problèmes, il existe le risque de voir se développer un sentiment de manipulation ou d'impuissance, source d'une profonde dégradation des relations interpersonnelles.

*Il y a un truc que je n'ai pas aimé. Comment dire ça... Dans la commission, on a dit qu'il y avait des tensions entre nous, dans les étages. C'était le problème de la communication, ils disaient. (...) Ils nous ont mis ça dessus, le problème de communication. Mais pour moi, ce n'est pas là le problème. C'est un truc de là-haut ça ! Pour moi, la communication, ce n'est pas ça le problème. Les problèmes, ils sont ailleurs ! (membre de la commission QVT, personnel de soin)*

Il y a ici le symptôme d'une parole exprimée, mais qui n'est pas entendue dans un espace où, pourtant, les personnels pensaient qu'elle pourrait l'être. Ici, la réaction de ces personnels peut être à la hauteur de leurs attentes et leurs déceptions.

*Cette instance QVT, on s'est dit que c'était pour nous... Enfin une pour nous ! Disons que ça serait un endroit où on peut parler des choses importantes pour nous. Mais on aurait voulu qu'il y a des choses plus terre à terre... Plus pratiques. (Membre de la commission QVT, personnel de soin)*

La question est de saisir comment certaines instances sont effectivement parvenues à devenir ces espaces de controverse dans lesquels les acteurs ont pu chercher, par l'exposition de leurs points de vue, un compromis sur un problème à traiter.

Les deux premières étapes d'une innovation, identifiées par la sociologie de la traduction, sont la contextualisation et la problématisation :

- La contextualisation permet aux différents acteurs de se faire connaître et de dessiner l'espace du compromis qu'il sera nécessaire d'établir pour engager l'ensemble des acteurs.
- La problématisation est le processus par lequel les différents acteurs, sans abandonner ou cacher leurs intérêts potentiellement contradictoires, vont chercher à définir un problème indispensable, un point de passage obligé, selon l'expression de la sociologie de la traduction, permettant d'initier une action et un projet commun.

La controverse est le moyen de cette recherche et, pour ce faire, elle doit pouvoir s'appuyer sur des porte-paroles légitimes et sur un ou plusieurs traducteurs.

Pour transformer les sceptiques en alliés, la théorie de la traduction a montré que, plutôt que de chercher à diffuser ou communiquer, il est plus pertinent de mettre en place des dispositifs d'intéressement pour enrôler les acteurs et de choisir des porte-paroles légitimes et des « traducteurs ». La traduction est alors collective, et non pas dans le seul sens top/down ou hiérarchique descendant.



## Les porte-paroles

Les porte-paroles sont les représentants, dans l'espace de traduction et de controverse, de groupes sociaux plus ou moins constitués. Ils procèdent à des opérations de traduction ou à un contrôle des traductions. La question est de savoir « Qui parle au nom de qui ? Qui représente qui ? »<sup>39</sup>.

La première question, avant même le travail de traduction des différents problèmes exposés en un problème commun, est celle de savoir qui a accès à l'espace de controverse et quels sont les liens avec eux qui n'y sont pas présents.

Le trinôme est un premier espace de traduction regroupant trois porte-paroles : de la direction, des institutions représentatives du personnel et du corps médical. Cet espace s'agrandit ensuite dans certains Comités de Pilotage.

Dans les différents établissements, ce sont essentiellement les directions, à la demande de l'ARS pour candidater au Cluster Social, qui ont constitué les trinômes. Ce choix des porte-paroles par la direction peut poser le problème de leur légitimité et participer à la non prise en compte des besoins réels, jugés prioritaires par les personnels des services.

Dans certains établissements, les représentants du personnel les plus actifs ou légitimes ont pu être écartés du trinôme suite à une décision unilatérale de la direction. Les raisons de ce choix sont différentes en fonction des établissements mais, de fait, ils ont eu pour effet la restriction de l'espace de la controverse ou la fragilisation de la légitimité de ce porte-parole.

*Dans les clusters, on n'a pas mis les IRP, mais un salarié parce qu'il était aide-soignant (...). Parce qu'ici, les personnes du (syndicat X), ici, elles se sont faites embobiner par les gars de la (syndicat X d'un autre établissement) et ils sont très râleurs et ne comprennent pas du tout notre fonctionnement (directeur établissement)*

Dans un autre établissement, le représentant du CHSCT n'est pas un membre élu mais un membre invité, depuis de longues années, du CHSCT, les représentants du personnel élus n'ayant pas été informés de la possibilité de participer au Cluster.

Les représentants du corps médical ne sont pas toujours des médecins. Dans certains établissements, des pharmaciens, des psychologues ou des infirmiers ont pu exercer cette fonction. Et lorsque des médecins ont été désignés pour participer au trinôme, ils se sont retirés du fonctionnement des Copil, ne participant pas aux discussions et aux controverses de cette instance et de son travail d'élaboration du problème soutenant le déploiement de la démarche QVT.

Dans l'ensemble des trinômes, cette configuration semble avoir donné une position prédominante au représentant de la direction, notamment le cadre de la DRH.

Dans un second temps, la constitution des membres des Comités de Pilotage a suivi deux types de procédures : soit ils se sont constitués par un appel à candidature ouvert, soit par décision du directeur de l'établissement.

Enfin, les groupes de travail ont été essentiellement constitués par des appels à candidature, formels ou informels, dans un service ou un groupe professionnel.

La question de la légitimité et de la fonction de ces porte-paroles se pose.

Dans les groupes de travail, les acteurs n'ont pas nécessairement une fonction de porte-parole : ils sont présents pour mettre en discussion et agir sur leurs problèmes. Ils n'ont pas à formuler des problèmes pour d'autres acteurs et ne pourront pas toujours alors mettre en discussion dans leur service, ce qui est mis au travail dans les groupes de travail.

Mais dans les trinômes et les Copil, les acteurs présents ont pour fonction d'orienter la démarche QVT par la définition d'un problème à traiter, même s'ils ne sont pas eux-mêmes confrontés à ce problème.

La question se pose alors de la capacité de ces porte-paroles à formuler un problème à la place d'autres personnes.

Le porte-parole est le relais des controverses et de la définition du problème commun. Convaincu par le projet, le porte-parole doit transmettre le discours aux autres personnes de sa branche, de son monde

39 Callon M. (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». L'Année sociologique n°36, p.169-208.

professionnel afin de rallonger le réseau. Cette étape est indispensable pour permettre l'enrôlement des acteurs au moment de la mise en œuvre du plan d'action et le recueil d'informations nécessaires à la controverse. L'identification des porte-paroles représentatifs des groupes reste essentielle pour permettre au processus de traduction d'être effectif. Dans la sociologie de la traduction, ce porte-parole peut être désigné, élu, mais aussi s'autoproclamer.

La sociologie de la traduction insiste sur la nécessité, pour les porte-paroles, de mettre à l'épreuve leur légitimité et leur formulation des problèmes auprès des acteurs qu'ils doivent représenter. En quelque sorte, les porte-paroles doivent effectuer des allers retours entre l'espace de controverse central, regroupant des acteurs aux fonctions, problèmes et intérêts différents, et l'espace des acteurs qu'ils représentent.

Nous n'avons pas constaté, dans les établissements que nous avons visités, une telle alternance : les membres des trinômes ou des Copil n'avaient pas d'espaces institués pour venir discuter, avec les acteurs qu'ils représentaient, ce qu'il se disait dans les Copil ou les séances collectives.

Si certains porte-parole ont tenu cette activité de mise à l'œuvre, c'est de leur propre initiative.

Nous pouvons constater que l'absence de construction et de suivi de la représentativité des porte-paroles a fragilisé certaines démarches QVT : sans porte-paroles représentatifs, l'activité des Copil n'a pas eu, aux yeux du groupe des personnels de soin, une légitimité suffisante pour entraîner leur enrôlement et leur participation.

### Le traducteur

La sociologie de la traduction met en avant le rôle essentiel d'un acteur spécifique : le traducteur. Ce dernier ayant la capacité de comprendre les attentes de plusieurs acteurs à enrôler et engager, il peut anticiper l'espace du compromis à bâtir. Il peut être un porte-parole. Ce traducteur doit toutefois présenter une position suffisamment neutre pour permettre à chaque acteur de ce projet dans cet espace du compromis sans se sentir manipuler par une des parties en présence.

Les traducteurs doivent avoir cette qualité spécifique : pouvoir se déplacer à la frontière de plusieurs mondes sans toutefois appartenir entièrement à aucun d'eux. Passeurs de frontières, ils ne s'identifient pas à un seul monde, métier ou problème.

Les autres acteurs de la controverse tirent, eux, leur force de leur capacité à être les porte-paroles de leur propre monde. Ces porte-paroles doivent connaître le monde qu'ils représentent et être légitimes aux yeux des acteurs dont ils doivent porter la parole et les problèmes.

Si les porte-paroles, acteurs de la controverse, ne sont pas légitimes alors le risque est que les acteurs qu'ils doivent représenter ne suivent, ni le processus collectif d'innovation, ni les innovations proposées, le problème commun n'étant pas, in fine, le leur.

Nous voyons qu'il s'agit ici d'acteurs aux qualités particulières. Et rares. Rien ne prédispose donc un établissement de santé de posséder, à l'initiation d'une démarche QVT, de tels acteurs.

Mais la sociologie de la traduction insister sur l'idée qu'une innovation est un processus au cours duquel les acteurs découvrent et construisent leur propre rôle : au cours du processus les acteurs se transforment et s'adaptent.

Dans la clinique Van Gogh, le directeur adjoint membre du trinôme et du Copil joue un premier rôle de traduction à l'articulation des demandes du dispositif Cluster QVT, des besoins de sa direction, c'est-à-dire réussir le déménagement du site, et des services. Il a avancé le principe que le problème, à traiter par la démarche QVT, devait s'inscrire à l'articulation des problèmes concrets d'activité du service et du problème de l'organisation du déménagement. Il a ouvert le problème de la traduction entre les problèmes d'organisation et d'activité dans un service.

Mais il ne disposait pas de capacité à proposer un problème concernant les personnels de service, dans une position de traduction et le Copil n'a pas été un espace de controverse entre ces acteurs.

La fonction de traduction a ensuite été exercée par l'infirmier coordinateur : « *Au début, dans le Copil, le sujet était très ouvert, même si on devait rester sur (service X). (...) Il n'y avait rien de plus défini que ça au début. (...) Par chance quelque part, je passe (au service X) tôt le matin (...). Donc quand je suis allé à la réunion du Copil le matin, (...) j'ai dit qu'il faudrait travailler sur ce créneau. (...) Et donc on a défini ce créneau comme axe de travail* ». Le Copil n'a pas été le lieu d'une controverse. Cet infirmier coordonnateur (IDEC) a défini seul un problème pour embarquer deux autres membres du Copil, le responsable qualité et le pharmacien, l'adjoind de direction acceptant cette traduction de sa demande.

Le Copil n'avait pas développé les moyens pratiques d'organisation d'une controverse, en son sein, entre les membres de l'encadrement, de l'encadrement intermédiaire, des fonctions supports et des personnels de service. Il ne parvenait pas, à distance des services et du point de vue des personnels, à formuler un problème pratique inscrit dans l'activité.

La fonction de porte-parole du service, prise par l'Iddec, semble avoir été reconnue par les autres acteurs du service, ces derniers s'engageant effectivement à mettre au travail les différents problèmes d'organisation de la tranche 6/9h. Cette reconnaissance de cette fonction trouve son origine par l'ancienneté, dans l'établissement et le métier, de cet acteur.

Le groupe de travail sera le lieu d'une réelle controverse concernant non pas, comme nous le verrons, la définition d'un problème commun mais celui des problèmes à faire valoir, dans le service, et des possibles innovations pour y répondre.

Nous pouvons souligner, dans cette démarche QVT, la dépendance de la démarche à ce traducteur particulier, reconnu comme porte-parole d'un métier et capable de traduire le problème posé par le Copil en problème pratique significatif aux yeux des personnels du service.

Dans le groupe hospitalier Gauguin, les sujets des groupes de travail ont été définis sans débat ni controverses par le binôme constitué du secrétaire du CHSCT et du directeur des ressources humaines. A titre d'exemple, le groupe de travail « Absentéisme » élabore, progressivement, au cours de plusieurs séances, le constat d'un lien entre l'absentéisme et la question des TMS. Ce groupe de travail est le lieu d'une libre expression de leur compréhension de ce problème générique. Il traduit le problème de l'absentéisme, issu de problématiques définies par le service des ressources humaines, en problème d'exposition de la santé du personnel à des risques de TMS.

Pour mettre en discussion ce problème, des acteurs extérieurs au groupe de travail, kinésithérapeute, ergothérapeute, aides-soignants, sont invités. Avec ces acteurs, ce problème est requalifié en problème de matériel et en gestes de postures.

Ce groupe de travail ouvrira une action sur le contenu du travail par le changement du matériel et une formation au déplacement des patients, par le dispositif de la « chambre du dos ».

Ce processus de traduction, entre la constitution du groupe de travail « absentéisme » et l'organisation d'une journée de formation, a pris, dans cette clinique, une année, du deuxième trimestre 2016 au deuxième trimestre 2017.

Dans cette clinique, le Copil n'a pas été le lieu d'une controverse permettant de définir les problèmes à traiter et engageant les différents membres du Copil. Ce sont les groupes de travail qui ont effectué le travail de traduction, dans un cadre cependant déjà défini, ramenant la question de l'absentéisme vers leurs préoccupations, c'est-à-dire l'exposition de leur santé à des risques.

Cependant, dans ces deux cas nous voyons les risques de démarches QVT qui ne cherche pas à entretenir une controverse au sein du Copil pour définir un problème intéressant les différents acteurs.

Dans le cadre de la clinique Van Gogh, l'initiation de la démarche est dépendante de la mobilisation d'un acteur-traducteur porte-parole du service. Mais cet acteur, au profil très particulier et recherché, aurait pu ne pas être disponible.

Sans cet acteur, le Copil, sans moyen de trouver un ancrage dans les services de soin, n'aurait pu opérer un travail de traduction.

Dans le cadre du groupe hospitalier Gauguin, le Copil n'a pas été le lieu d'une controverse. Il a distribué aux 5 groupes de travail des problèmes, issus des services des ressources humaines (absentéisme, RPS, Handicap, Réseaux Sociaux), seul le groupe « dos » semblant émerger d'une problématisation par le personnel des services.

**Plus généralement, l'absence de controverses, dans les Comités de Pilotage, devant permettre aux différents acteurs de converger vers la définition d'un problème commun pour initier et soutenir leur action est une faiblesse des démarches QVT de nombre des établissements dans lesquels nous nous sommes rendus.**

Cependant, il nous faut souligner combien les Copils sont face à une difficulté : comment soutenir l'expression et la controverse, dans le Copil, avec des représentants de la direction et de l'encadrement et des personnels de soin dans des espaces dans lesquels, justement, cette expression est insuffisante et rétractée, dans lesquels les rapports hiérarchiques ont pu se dégrader dans des conflits interpersonnels.

Nous avons vu que certains intervenants de l'Aract ont fait évoluer leurs pratiques pour anticiper cette difficulté en insistant, en amont des démarches, avec les membres des trinômes dans la définition d'un enjeu commun ancré dans les problèmes tout à la fois de la direction, des représentants du personnel et des personnels de soin. Cette insistance permet l'initiation et le soutien d'une controverse, au sein du Copil, pour chercher la convergence vers un problème commun aux trois parties.

Les interventions, menées par les cliniciens de l'activité, dans différentes entreprises ou milieux professionnels, ont été confrontées au même problème : comment initier, entre les différents niveaux d'une organisation, avec des membres de la direction, de l'encadrement et des professionnels, une controverse sur les problèmes à traiter collectivement ?

Le parti pris méthodologique de la clinique de l'activité est de confronter, à l'amorce d'une intervention, les membres du Copil à un problème d'activité pour initier la controverse.

### → La méthodologie de la clinique de l'activité pour initier, dans le Copil, les controverses

Les interventions de la clinique de l'activité ont été confrontées, par l'évolution de leurs interventions, initialement auprès des professionnels et des opérationnels, à ce problème : comment mettre en discussion les questions d'organisation avec les questions d'activité, portées par les opérationnels entre les membres de la direction et les professionnels ?

Une méthode en trois temps a été élaborée au fil des interventions dans différents milieux professionnels. Une synthèse en est présentée dans ce texte :

*Dans la première phase, en réponse à la commande d'une direction ou d'un CHSCT, on organise l'instance dialogique (dans un Comité de Pilotage) où le conflit sur la qualité du travail pourra être instruit entre les représentants du personnel et les responsables stratégiques (...). C'est le premier niveau d'expérimentation. Le travail dans ce cadre suppose l'instruction du dossier à partir de situations ordinaires analysées d'abord par des collectifs de professionnels concernés en première ligne par la commande de l'intervention. Ici, la question de leur demande est vitale pour que l'intervention puisse tirer parti de la vérité de leur engagement dans la coopération conflictuelle qui s'engage. (...)*

*La deuxième phase, qui est la plus longue, se noue avec l'engagement direct des professionnels de terrain dans un travail collectif sur des activités ordinaires à même d'être transformées. À ce moment-là, le ressort principal est justement la demande de ces professionnels (...). C'est le temps du travail collectif autour des plaisirs et des déplaisirs de la controverse sur le travail bien fait. Deux méthodes sont alors le plus souvent utilisées, les auto-confrontations et les instructions au sosie. (...) Toutes deux veulent développer les fonctions du collectif pour imaginer de nouvelles possibilités de penser et d'agir dans le travail.*

*Dans la troisième phase, les résultats produits (en version vidéo ou papier) par les professionnels sur leurs controverses font l'objet d'un autre dialogue institué au sein (du Comité de Pilotage) caractérisé par la diversité des fonctions et des niveaux hiérarchiques qui s'y confrontent, les désaccords peuvent s'y instruire et les compromis peuvent s'y négocier. Le collectif change de place dans le cours de l'intervention à ce moment-là en devenant ressource pour modifier à son tour l'organisation du travail. Le cercle de la dispute professionnelle s'élargit. Elle s'enrichit de nouveaux objets. Dans la deuxième phase, elle avait pour but le développement du métier au sein du collectif. En retrouvant les représentants du personnel et direction, les résultats potentiels de ce premier développement acquièrent le statut de moyen pour un autre but : le développement du métier au-delà du collectif et dans l'organisation, autrement dit les transformations possibles de l'organisation du travail et des tâches<sup>40</sup>.*

40 Clot Y., Quillerou-Grivot E. (2014), « La qualité du travail : un problème avant d'être une solution », dans D. Lhuillier (s/d) Qualité du travail, Qualité au travail, Éditions Octarès, Toulouse, p.157. Nous soulignons.

Cette méthodologie donne une place aux opérationnels dès la première phase de l'analyse de la demande et la construction du cadre : ici, c'est à partir de « situations ordinaires analysées par les collectifs de professionnels » que le Comité de Pilotage, constitué de responsables opérationnelles et de représentants du personnel, construit sa demande.

**La controverse entre professionnels, pour explorer l'activité et d'autres fonctionnements possibles, est, méthodologiquement, première et sert de moyen à la controverse devant être déployée dans le Copil.**

Les problèmes issus du travail, choisis et débattus pour leur exemplarité par les professionnels, sont le moyen d'initier la controverse sur un problème à l'articulation des questions d'organisation et de travail.

Les intervenants, en clinique de l'activité, initient la controverse, dans le Copil, entre représentants de la direction, du personnel et des professionnels, par la mise en discussion de situations de travail et de problèmes d'abord identifiés par la controverse entre professionnels.

Dans les différents établissements dans lesquels nous nous sommes rendus, l'activité des trinômes ont été essentiellement orientés par les problèmes formulés par les directions, rares étant les représentants CME, les professionnels ou les représentants du personnel à avoir fait valoir initialement les problèmes courants de l'activité dans la construction de la démarche QVT. C'est le cas à l'hôpital Vasarely par exemple.

Pour résoudre ce problème de l'articulation des problèmes d'organisation et de travail, les établissements, ayant soutenu une démarche QVT, se sont appuyés sur des acteurs situés à l'intersection du travail et de l'organisation, les acteurs sécants ou traducteurs, selon la terminologie de la sociologie de la traduction (la secrétaire du CHSCT cadre de soin par ailleurs, à Vasarely par exemple.), ou ont procédé à un long travail collectif de reformulation d'une demande initiale, comme, par exemple, le groupe hospitalier Gauguin.

Mais ce sont les établissements, pour lesquels cette articulation est la plus fragile, qui ont justement eu le plus de difficulté à construire une démarche QVT arrimée aux questions de travail, les acteurs sécants manquants ou la pratique de la controverse s'étant rétractée.

Dans ces établissements, en s'appuyant sur les recherches méthodologiques portées par la clinique de l'activité, il pourrait sembler nécessaire de faire une place au personnel de soin dès l'élaboration de la demande formulée par le trinôme ou le Comité de Pilotage pour initier la controverse nécessaire à la convergence vers un problème commun à traiter par une démarche QVT.

## ► La controverse, moyen d'explorer de nouveaux fonctionnements

### → La conceptualisation de la controverse par la clinique de l'activité

Dans le champ de la psychologie du travail, la clinique de l'activité s'est donnée comme objet la recherche des invariants du développement de l'activité<sup>41</sup>, c'est-à-dire de sa transformation<sup>42</sup>.

La conflictualité discursive, c'est-à-dire la controverse, est, dans ces travaux, le moyen essentiel de l'exploration de possibles de l'activité non encore réalisés. La discussion et la controverse, portant sur ce qui est fait, que sur ce qui n'est pas, ou plus fait et sur ce qui pourrait être fait sont les moyens, pour les professionnels, du développement de l'activité et des métiers. La discussion et l'expression des désaccords permettent d'imaginer d'autres manières de faire pour renouveler les pratiques d'un métier.

41 Clot Y. (2004), « Action et connaissance en clinique de l'activité », @ctivités, vol.1, n°1, p.23-33.

42 Clot. Y. (2011), « Théorie en clinique de l'activité », dans B. Maggi (s/d), Interpréter et agir : un défi théorique, Presses Universitaires de France, Paris, p.17-39.

*La conflictualité au travail est normale. C'est son oblitération qui empoisonne souvent les relations professionnelles. La controverse sociale sur le travail bien fait ne bénéficie d'aucune institution officielle dans l'entreprise. Pourtant l'expérience d'une clinique de l'activité dans les organisations « demandeuses » montre qu'on peut instituer ce conflit non pas comme un but mais comme un moyen d'intelligence et de création collective. [...] Sans pouvoir se laisser affecter par les surprises de ce dialogue sur le travail concret, sans cette ouverture sur l'inconnu qu'implique une coopération conflictuelle, on s'aveugle sur le développement possible de qualité des actes*<sup>43</sup>.

La question essentielle de méthodologie, explorée par les interventions de ces psychologues dans des milieux professionnels divers, concerne le soutien et l'institutionnalisation de la controverse dans des milieux où elle est engourdie et ankylosée.

*On terminera par une dernière remarque sur l'action du psychologue du travail et de l'intervenant en santé au travail de façon plus générale : chaque fois que le monologue sur la performance recule et que progressent le dialogue et la coopération conflictuelle pour la définir, la vitalité de la conscience professionnelle collective y gagne avec la qualité du travail. Et c'est dans cette institution du conflit que se trouve sans doute le cœur du métier en clinique du travail*<sup>44</sup>.

Les deux principales méthodes, l'auto-confrontation croisée et l'instruction au sosie, utilisées par ces cliniciens, consistent à permettre « de changer les protagonistes de l'observation et de placer les travailleurs concernés en position de devenir ensemble des observateurs de leur propre activité. Mieux, en position de redevenir, au moyen de controverses professionnelles réglées, les "auteurs" d'une activité revue et corrigée ensemble »<sup>45</sup>.

Cette méthode n'a pas pour finalité l'analyse d'un métier ou la redécouverte d'une activité : elle est un moyen pour soutenir la controverse sur l'activité et ses dilemmes comme moyen d'explorer les possibles non réalisés de l'activité. La finalité de cette méthode est la recherche de la transformation de l'activité :

*Ce dispositif s'inscrit dans une visée méthodologique qui restitue aux sujets concernés par la demande d'analyse de l'activité, leur faculté d'expertise sur la situation de travail et ses impasses. (...) Car l'aboutissement fondamental de l'élaboration psychique permise par le retour sur l'expérience, est la perception des possibles à disposition du sujet.*<sup>46</sup>

La méthodologie des cliniciens de l'activité consiste à trouver les moyens de soutenir l'analyse conflictuelle, entre professionnels de l'activité, pour trouver le chemin de l'exploration de « possibles à disposition » non réalisés permettant de transformer l'activité et son organisation, transformation soutenant la qualité de l'activité et la performance de l'organisation :

*Il faut admettre que la régénération du conflit peut être le moteur de la transformation de l'organisation du travail, (ce conflit) qui s'institue autour de la définition pratique du « travail soigné »*<sup>47</sup>.

Dans un milieu professionnel vivant, les controverses, courantes ou instituées, sur le métier permettant de le développer et de le transformer : le métier se transforme en fonction des problèmes toujours nouveaux qui lui sont posés.

43 Clot Y., Quillerou-Grivot E. (2014), « La qualité du travail : un problème avant d'être une solution », dans D. Lhuillier (s/d) Qualité du travail, Qualité au travail, Éditions Octarès, Toulouse, p.141.

44 Clot Y. (2013), « Suicides au travail : un drame de la conscience professionnelle ? », Activités, vol.10, n°2, p.51.

45 Clot Y. (2004), « Action et connaissance en clinique de l'activité », @ctivités, vol.1, n°1, p.27.

46 Scheller L. (2001), « L'élaboration de l'expérience du travail. La méthode des instructions au sosie dans le cadre d'une formation universitaire », Éducation permanente, vol.1, n°146, p.161-174.

47 Bonnefond J.-Y., Clot Y. (2018), « Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé », Revue Pistes, vol.20, n°1. Numéro Nécessités et limites de l'interdisciplinaire pour étudier le travail et la santé, §61.

Dans un milieu professionnel dans lequel les scènes de controverses se sont rétractées, l'intervention des cliniciens consiste à se porter comme nouveau destinataire des controverses non menées. L'intervenant est le moyen de la reprise des discussions sur l'activité et sur ce qu'elle pourrait être. Et plus encore, par la reprise minutieuse, comme dans la méthodologie de l'instruction au sosie, de ce qui est fait, il permet aux professionnels de faire de leur propre activité un objet d'analyse et de discussion. Ce « redoublement de l'expérience vécue » permet d'accéder à ce qui est fait pour chercher d'autres manières de faire.

*Notre objectif est de changer les protagonistes de l'observation et de placer les travailleurs concernés en position de devenir ensemble des observateurs de leur propre activité. Mieux, en position de redevenir, au moyen de controverses professionnelles réglées, les « auteurs » d'une activité « revue et corrigée » ensemble<sup>48</sup>.*

L'intervenant est le moyen, comme nouveau destinataire de l'activité et dans la répétition de ce qui est fait, le moyen d'un redoublement de l'expérience vécue comme moyen d'accéder à de nouveaux fonctionnements.

C'est précisément cette fonction, d'un nouveau destinataire comme moyen d'un redoublement de l'activité, que certains acteurs ont adapté et utilisé dans certains groupes de travail.

### → 7.2.1.1 L'adaptation interne d'une méthode d'exploration

Le principe de cette méthodologie a été adapté et prolongé par certains établissements dans lesquels nous nous sommes rendus, notamment le groupe de travail de la clinique Van Gogh.

Dans cette clinique, le groupe de travail, constitué par des infirmiers, un infirmier coordinateur, un responsable qualité et un pharmacien, a eu comme prescription la mise au travail des problèmes d'activité et d'organisation de la séquence horaire 6/9h.

Le responsable qualité a, un matin entre 6 et 9h, observé le travail de l'ensemble du personnel de ce service, notant chaque élément sur un carnet. Le relevé de ce carnet a été ensuite discuté, dans le groupe de travail, pendant deux séances. Cette analyse collective a permis aux professionnels de prendre conscience de leurs différentes manières de faire, de ce qu'ils ne faisaient plus, ou mal, et d'amorcer une réflexion portant sur ce qui pourrait être fait différemment.

*Oui c'est vrai. Toi (s'adressant au responsable qualité présent pendant un entretien avec l'ensemble des membres du groupe de travail), tu es venu nous voir et on a vu tous nos automatismes en fait. Tout ce qu'on fait sans s'en rendre compte... Avec le temps, on ne se rend plus compte de ce qu'on fait. (...) Tu faisais l'état des lieux heure par heure. Tu lisais tout et je me disais : « ouh là là ! » (Rire) On a beaucoup d'automatismes. C'est vrai. Et voir ce qu'on faisait détailler... On se disait : « là, ça ne devrait pas être fait comme ça... ». Je me souviens quand je le faisais devant toi, pendant ton observation, en parlant avec toi, je me disais « mais ce n'est pas comme ça qu'il faudrait faire ! ». C'est difficile mais en même temps vraiment intéressant. (Infirmier, membre du groupe de travail, clinique Van Gogh)*

L'analyse de l'activité menée par le responsable qualité a permis de replacer les infirmiers en observateur de leur propre activité pour développer, entre eux, une controverse sur le métier et l'organisation. C'est de leurs désaccords que sont nait la réflexion collective et les propositions alternatives d'organisation.

*Pour trouver des idées ? Comment on a fait ? On est parties des observations et des discussions. C'est là où ça a commencé vraiment. (Idem, clinique Van Gogh).*

Il nous faut souligner ce constat : une discussion, dès lors qu'elle entre dans les détails de l'activité, engage nécessairement une controverse, tant aucun professionnel ne réalise exactement de la même manière son activité. Plus encore, la vivacité de la controverse est le signe qu'une discussion s'engage effectivement sur le réel du travail et non pas seulement sur ses prescriptions génériques. Les débats contradictoires sont un « moyen de réappropriation subjective des discours normatifs »<sup>49</sup>

Ces professionnels, ici des infirmiers, se sont alors saisi d'un espace de possibles non réalisés qu'ils ont ensuite choisi de confronter à une expérimentation en condition réelle puis à l'évaluation de l'ensemble des personnels et des résidents.

Ce groupe de professionnels, en prenant à la lettre la proposition de l'Aract de déployer une expérimentation, a procédé à une innovation méthodologique.

Il nous faut souligner combien cette controverse peut être source, dans le même temps, de déplaisir, lorsque les professionnels se saisissent de ce qu'ils ne font pas, ou plus, ou mal, mais aussi de plaisir, lorsque s'ouvre l'exploration de nouvelles possibilités et de la transformation de l'activité et de son organisation.

*Ce n'est pas facile d'être observé mais ça fait plaisir en fait en même temps. C'est les deux à la fois. Ce n'est pas facile mais c'est bien. (Infirmier, groupe de travail)*

*Franchement pour moi (ce groupe de travail), ça nous a permis de voir qu'on pouvait changer les choses. Alors qu'au début, tout le monde n'y croyait pas ! (Idec, groupe de travail)*

*C'était super intéressant mais il faut continuer... et ça peut être difficile pour nous. Mais en fait c'est ça. Il ne faut pas arrêter. Parce que tout n'est pas réglé ! (infirmier, groupe de travail)*

Nous voyons, à cette dernière phrase, que l'élargissement du pouvoir d'agir des personnels sur leur travail fait naître un désir d'action sur l'ensemble des problèmes encore laissés en jachère, comme si le mouvement enclenché libérait une énergie à la recherche de nouveaux objets. C'est là une ressource pour la pérennité possible des démarches QVT.

La mobilisation de ce personnel, dans le groupe du travail, soutenue par la démarche QVT, a été ouverte par la possibilité d'une mise en discussion du travail dans ses détails et ses insuffisances dans une perspective de recherches d'autres fonctionnements et de transformations.

La mise en discussion de cette activité et les controverses qui ont suivi ont permis de soutenir l'investissement de ce groupe dans l'exploration d'autres possibles et la mise en place d'une expérimentation de ces alternatives.

Nous soulignons que la mise en discussion du travail dans ses détails, comme dans cet établissement, n'est possible qu'à la condition que l'objet des groupes de travail ne soit pas seulement l'analyse de dysfonctionnements ou insuffisance, l'expression d'une souffrance, mais la recherche d'une action effective sur le contenu du travail.

*On avait cet objectif : c'était pour travailler dans la future organisation. C'était positif... C'est ça qui nous a aidé à pas partir dans tous les sens, parce qu'il y avait un enjeu (Idec, clinique Van Gogh)*

Nous comprenons que d'un point de vue méthodologique ces groupes de travail, pour fonctionner, doivent pouvoir bénéficier d'un moyen de prendre leur propre activité comme objet d'analyse. Un dispositif, comme ici le relevé d'activité par le responsable qualité, est nécessaire à ce déplacement.

Le groupe de travail doit pouvoir nourrir une controverse, non pas pour exprimer une souffrance ou un dysfonctionnement, mais chercher d'autres fonctionnements possibles à expérimenter ou mettre en discussion avec d'autres acteurs de l'organisation, notamment l'encadrement intermédiaire ou la direction.

49 Brémond C., Ulmann, A.-L., 2014, « Que faire de la qualité en formation quand le travail s'en mêle ? », in Lhuillier D., (ss dir), Qualité du travail, qualité au travail, Octares, 2014, pp. 75-86.



L'exemple de l'hôpital Fischer en est un cas exemplaire. En n'ayant pas donné les règles du jeu du groupe de travail, la controverse comme un moyen d'intelligence et de la création collective<sup>50</sup>, l'encadrement du service, qui devait faire l'objet de l'expérimentation, s'est senti stigmatisé et mis en difficulté. La cadre de santé s'est alors désengagée de la démarche, le périmètre de l'expérimentation devant alors être revu.

Cette controverse doit enfin bénéficier des moyens matériels et temporels de son exercice. Nous rappelons que le groupe de travail de la clinique Van Gogh s'est réuni à 5 reprises pendant 1h30 pour analyser l'activité du service et mettre en place les modalités d'une expérimentation.

50 Quillerou-E., Clot, 2014, « La qualité du travail : un problème avant d'être une solution », in Lhuillier D., (ss dir), Qualité du travail, qualité au travail, Octares, 2014, pp. 141-159.

## 7.3 Le transfert d'un pouvoir d'initiative, moyen et finalité d'une démarche QVT

Les démarches QVT, soutenues par les Clusters Sociaux, sont fondées sur la recherche du développement du pouvoir d'agir des salariés sur leur travail, c'est-à-dire sur leur capacité d'expression et d'action sur le contenu du travail, « la clé de voûte de la qualité de vie au travail résidant dans le pouvoir d'agir sur son travail »<sup>51</sup>.

Nous avons vu qu'une condition de l'engagement des personnels de santé est la possibilité de s'exprimer sur les problèmes qu'ils jugent, de leur point de vue, importants. Leur intéressement et leur enrôlement, selon le terme de la sociologie de la traduction, sont conditionnés à la définition du problème qui sera l'objet de la démarche QVT.

Sans transfert d'un pouvoir d'initiative, au personnel de soin, dans l'élaboration des problèmes et des objets des démarches QVT, ces démarches QVT ne sauraient engager leur participation.

Nous saisissons le problème soulevé par la réalisation des démarches QVT. Si les démarches QVT ont pour objet de soutenir le pouvoir d'expression et d'action des personnels sur leur travail, au nom de la qualité des soins, une condition de leur initiation est également ce transfert d'un pouvoir d'expression, de controverse et de problématisation à ce même personnel de soin.

Le transfert d'un pouvoir d'initiative est tout à la fois la finalité et le moyen d'une démarche QVT.

Dit autrement, tout semble se passer comme si, pour qu'une démarche QVT puisse être initiée, il faut que soient déjà réunies les conditions de cette démarche, comme si, pour que les personnels voient leur capacité d'expression et d'action se développer, ils aient déjà cette capacité.

Comment peut émerger une démarche QVT dans des milieux où, justement, les personnels ne disposent pas d'un pouvoir d'initiative, de controverse, d'expression et d'action sur le contenu du travail, ces milieux étant marqués par la rétraction des espaces de régulation conjointe et des centres de traduction, la séparation de l'encadrement et des équipes opérationnelles et même le développement de conflits interpersonnels ?

Pour répondre à cette difficile question méthodologique, nous nous appuyerons sur certains éléments issus des démarches QVT des établissements dans lesquels nous nous sommes rendus et sur certains travaux théoriques.

### ► La perspective de l'action, condition de l'efficacité de l'expression sur le contenu du travail

En premier lieu, au regard des démarches QVT, menées dans les établissements que nous avons visités, la perspective d'une action sur le contenu du travail est une condition, et non pas un effet, de la mise en discussion du travail.

Le déroulement attendu des démarches QVT pourrait être que la constitution de groupes de travail, comme espace de discussion, devrait produire des propositions d'actions ou d'organisation permettant d'agir sur la qualité des soins.

Mais cet enchaînement ne semble apparaître qu'à la condition que ces groupes de travail aient déjà un mandat, attribué par les responsables de l'organisation, pour agir sur le contenu du travail et de son organisation.

Pour la clinique Van Gogh, c'est la demande, exprimée par le directeur de la clinique, de constitution d'un cahier des charges pour organiser le déménagement du service qui a constitué le préalable à la mise en discussion des problèmes de l'activité sur la tranche horaire 6/9h.

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

Pour l'Ephad Monet, c'est la constitution d'une autre définition du soin, par l'équipe d'encadrement, qui constitue le cadre de la mise en discussion des pratiques et du fonctionnement de l'établissement par les personnels. Les personnels ont reçu pour demande d'imaginer les moyens de développement l'approche Carpe Diem du soin.

Pour le groupe hospitalier Gauguin, le directeur des Ressources humaines a besoin d'éléments permettant d'agir sur l'absentéisme, les personnels traduisant ce problème initial commune un problème de déplacement des patients. La demande adressée au groupe de travail « absentéisme » a été le moyen d'une redéfinition du problème et de la recherche d'actions possibles.

Ces salariés n'ont pas eu le pouvoir de fixer l'intégralité des problèmes à traiter et de leur cadre d'action. Leur action s'est inscrite à l'intérieur d'un cadre défini par la direction et articulé à la stratégie générale de l'établissement. Elle répondait à une demande.

Cette demande initiale de la direction a une double fonction.

### → **Initier une boucle d'action itérative par une demande intéressée**

D'abord, les demandes adressées à ces trois groupes de travail ont constitué le cadre d'action du personnel de soin, ces derniers pouvant, à l'intérieur de cette commande, s'exprimer sur le contenu de leur travail et proposer des voies d'actions

La demande intéressée, formulée par un responsable de l'organisation, est un préalable au transfert d'un pouvoir d'agir : elle signifie que l'organisation a besoin des propositions élaborées par la mise en discussion de l'activité pour développer sa performance et son efficacité. Dans ce cadre, le travail d'expression et d'élaboration du personnel devient un moyen, pour l'organisation, de chercher des solutions pour développer son efficacité.

Cette demande initie une boucle itérative.

Les demandes, formulée par la direction, sont les moyens, pour les personnels de soin, d'initier une expression sur le contenu du travail pour agir,

Ensuite, les propositions d'organisation, élaborées par le personnel de soin, sont le moyen de l'action, portée par la direction, sur l'organisation.

Par un jeu d'alternance, les demandes de la direction sont le moyen de l'action des personnels de soin avant que les propositions de ces personnels ne soient ceux de l'action de la direction.

Tout se passe comme si, par un jeu de boucles itératives, la demande de la direction constituait le moyen d'action des personnels et les propositions des personnels le moyen d'agir des directions.

Cette boucle itérative peut s'ouvrir sur un objet précis, et même réduit, avant de pouvoir s'élargir à des objets plus importants.

Le transfert de l'imitative peut alors nourrir, par itération, le transfert de l'initiative, les controverses, les problèmes posés et les moyens d'actions s'élargissant progressivement.

L'installation d'une telle boucle itérative est l'assise de la pérennisation de la démarche QVT, les différents acteurs découvrant les ressources d'efficacité et de développement de la qualité des soins de cet élargissement du pouvoir d'expression et d'action des personnels sur le contenu de leur travail.

### → **Éviter la parole inutile**

En second lieu, cette demande initiale de la direction permet d'éviter les risques de la séparation des pouvoirs d'expression et d'action sur le contenu du travail.

Sans perspective d'action, constituée et formulée par une demande des responsables de l'organisation, l'expression sur le contenu du travail court le risque d'être dépourvu d'une perspective claire d'action sur le contenu du travail.

L'expression des personnels, sans objet déterminé, risque se saisir de tous les objets possibles : souffrance, mal-être, dysfonctionnements des relations interpersonnelles ou hiérarchiques, condition d'emploi, dégradation de la relation aux patients etc.

Cette parole, sans perspective d'action, peut n'être que le ressassement de dysfonctionnements sur fond d'impuissance.

Cette parole risque d'être insaisissable par l'organisation, sans orientation pratique, les personnels renvoyant l'encadrement ou direction à leur impuissance ou à leur volonté supposée de soutenir ces dysfonctionnements. Une expression sur le travail, sans perspective d'action préalable, risque d'exposer les responsables de l'organisation à une accusation d'impuissance ou à la responsabilité de la dégradation de la qualité des soins.

A ce point, peut alors s'enclencher un cercle vicieux : les personnels pourront faire le constat que leur parole n'est pas écoutée, cette parole inutile renforçant leur sentiment d'impuissance à agir sur les problèmes qu'ils jugent importants et sur la qualité des soins.

Cette parole inutile exposerait les personnels au constat démobilisateur d'une énergie perdue et à l'impossibilité de se faire entendre par l'organisation.

En d'autres termes, ouvrir un espace d'expression n'est pas suffisant pour une initier une boucle itérative élargissant le pouvoir d'expression et d'action des personnels. Il est nécessaire que cet espace soit articulé à une demande d'action formulée par l'encadrement.

Dans la clinique d'Arcabas, un espace d'expression semble avoir effectivement été ouvert.

*L'idée c'est qu'on a donné la parole au personnel. Ils ont pu parler, on a donné la parole au terrain... C'est ça qu'ils ont apprécié. Dans la commission, il y avait beaucoup de gens... Ils se sont mis en confiance. (Membre commission QVT, encadrement)*

Mais cet espace n'a pas été encadré par une demande opérationnelle de la direction articulée à un problème intéressant les personnels, le problème à traiter restant d'abord celui de la communication.

*Je pense... Non, je peux vous dire que tant qu'on ne sera pas écoutés, ça n'avancera pas et l'ensemble des collègues, de toute la clinique, ne viendront pas dans ces histoires ! (membre de la commission, personnel de soin)*

C'est à l'intérieur du cadre, formé par une demande d'action de la direction, qu'un problème peut être ensuite élaboré par les personnels du soin à partir des questions qui sont les leurs.

### → Expérimenter un pouvoir d'agir

A partir de cette demande, l'expression des personnels s'oriente vers ce qui pose problème et peut faire effectivement l'objet d'une transformation.

Cette demande rend possible l'effectivité de l'expression sur le contenu du travail. Les personnels de la clinique Van Gogh soulignent, lors d'un échange collectif que la perspective de répondre à une demande effective leur a permis d'orienter leur discussion vers la recherche effective d'innovations et de nouveaux fonctionnements :

*Je me souviens aussi que, au début, chacun était un peu sur sa position : (X) disait que ça ne pouvait pas être autrement. Que de toute façon il n'y avait rien à faire. Moi j'ai dit qu'on pouvait faire autre chose pour trouver des propositions. Qu'il fallait essayer... Il y avait un peu une opposition sur ces questions. (Membre 1 du groupe de travail)*

*Mais on avait cet objectif : c'était pour travailler pour la future organisation. C'était positif... C'est ça qui nous a aidé à pas partir dans tous les sens. Parce qu'il y avait un enjeu (membre 2 du groupe de travail)*

*Oui, ce n'était pas pour répondre à l'ARS ou je ne sais pas quoi. Le fait qu'il y ait un test sur le futur. Et... Comment faire ? Qu'on soit sur des choses concrètes. C'était ça la question. Je pense que c'est pour ça qu'on a avancé. (Membre 3 du groupe de travail)*

Ici, la perspective du « comment faire ? » structure l'expression du personnel.

Dans le cadre de cette demande, le personnel expérimente sa capacité à produire des propositions d'organisation par les discussions et controverses sur ce qui pose problème et sur ce qui pourrait être fait.

La direction expérimente la capacité du personnel à produire ces solutions et à être une ressource pour l'organisation.

L'ouverture d'un cadre, même petit, rend possible cette expérimentation et l'apprentissage réciproque des personnels et de l'encadrement : le personnel redécouvre sa capacité à produire des solutions d'organisation, l'encadrement que le personnel peut être une ressource pour l'organisation de l'activité.

## ► Une histoire de management : échanger la certitude du contrôle contre le risque de l'initiative

Mais cette ouverture dépend des choix de la direction et de l'encadrement. Le transfert d'un pouvoir d'initiative au personnel, même par le biais de porte-parole et dans le cadre d'une demande et d'une démarche QVT, implique un choix spécifique : celui de l'exploration de nouveaux fonctionnements sans certitude définitive.

Une démarche QVT porte l'idée d'un autre fonctionnement des rapports hiérarchiques et de l'activité d'encadrement.

L'activité managériale, exercée à l'échelle d'une direction ou de l'encadrement intermédiaire, peut se lire, selon la distinction canonique de J. March, à l'aune d'un dualisme : explorer ou exploiter.

*L'exploitation inclut des choses telles que perfectionnement, choix, production, efficacité, sélection, implémentation, exécution. L'exploration inclut des choses comprises dans les termes tels que recherche, variation, prise de risques, expérimentation, jeu, flexibilité, découverte, innovation*<sup>52</sup>.

*L'essence de l'exploitation est le perfectionnement et l'extension des compétences, technologies et paradigmes existants. Ces effets sont positifs, rapides et prévisibles. L'essence de l'exploration est l'expérimentation de nouvelles alternatives. Ces effets sont incertains, à long terme et souvent négatif*<sup>53</sup>.

Le propos de March est de montrer que les organisations sont prises dans un jeu contradictoire entre la recherche de nouveaux marchés et fonctionnements et le perfectionnement de leur maîtrise.

Elles doivent, pour survivre, mener ensemble des stratégies pourtant incompatibles et contradictoires. Les sciences de gestion ont retenu l'idée que les organisations doivent être ambidextres. La pérennité et l'efficacité d'une organisation dépend, dans la construction de March, de sa capacité à alterner, en fonction des situations, l'exploration de nouveaux fonctionnements et l'exploitation des fonctionnements existants.

En sciences de gestion, le courant dit de l'ambidextrie va chercher à comprendre les modalités de cette alternance<sup>54</sup>.

Cette question sera posée à l'échelle de l'activité des directions et du management : comment les managers peuvent construire leurs choix et alterner entre ces deux pôles de leur activité<sup>55</sup> ? Mais à la question de comprendre comment cette alternance peut s'engager, dans l'activité managériale, les sciences de gestion restent assez silencieuses, « peu d'études se focalisent sur cette capacité individuelle des (managers) à concilier des activités d'exploitation et des activités d'exploration »<sup>56</sup>.

Les démarches QVT ne sont pas des démarches d'exploitation qui pourraient consister à maintenir et approfondir les fonctionnements existants.

52 « Exploitation includes such things as refinement, choice, production, efficiency, selection, implementation, execution. Exploration includes things captured by terms such as search, variation, risk taking, experimentation, play, flexibility, discovery, innovation ». March J.-G. (1991), « Exploration and exploitation in organizational learning », *Organization Science*, vol.2, n°1, p.71.

53 « The essence of exploitation is the refinement and extension of existing competences, technologies, and paradigms. Its returns are positive, proximate, and predictable. The essence of exploration is experimentation with new alternatives. Its returns are uncertain, distant, and often negative ». March J.-G. (1991), *Ibid.*, p.85.

54 Birkinshaw, J., & Gupta, K. (2013). Clarifying the distinctive contribution of ambidexterity to the field of organization studies. *The Academy of Management Perspectives*, 27(4), 287–298.

55 Lô A. (2017), « Un FabLab d'entreprise pour favoriser l'ambidextrie des salariés. Étude de cas chez Renault », *Revue française de gestion*, vol.3, n°264, p. 81-99.

56 Gupta Anil K., Smith Ken G., Shalley Christina E. (2006), « The Interplay Between Exploration And Exploitation », *Academy of Management Journal*, vol.49, n°4, p.693-706.

Les démarches QVT dans les établissements de santé sont explicitement des démarches d'exploration, cherchant à agir sur la qualité des soins, à transformer l'organisation et développer un nouveau fonctionnement dans lequel les personnels peuvent voir se développer leur pouvoir d'expression et d'action sur le contenu du travail.

Du côté de l'expérimentation, elles portent nécessairement un part d'incertitude et donc de risque.

Ce que nous apprennent donc, ici, les sciences de gestion, c'est qu'une démarche QVT implique une part de risque et une transformation du registre de l'activité même du management. Cette prise de risque est la condition d'une découverte de nouvelles ressources, d'une transformation et de l'innovation.

Le management doit faire le choix entre la certitude de l'exploitation et les risques de l'exploration dès lors qu'il veut engager une démarche QVT cherchant à développer le pouvoir d'expression et d'action des personnels sur le contenu du travail.

Mais ce risque peut être encadré et s'appuyer sur les personnels de soin.

Il peut être encadré par la demande effectuée par la direction : l'expérimentation, dans un secteur précis, d'une démarche QVT est l'occasion d'un apprentissage, de l'évaluation de ce risque et de ses bénéfices potentiels.

Ensuite, le management n'explore pas seul : la construction d'un problème commun, avec les personnels de soins, leur intéressement et enrôlement, est le moyen d'une exploration collective.

Et plus encore, les propositions issues des groupes de travail peuvent offrir au management des possibilités de choix permettant de nourrir sa propre activité.

Ce sont par exemple les travaux du groupe de travail « absentéisme », dans le groupe hospitalier Gauvain, qui ont permis à la direction des ressources humaines d'utiliser la question des postures comme moyen, peut être efficace, de réduire l'absentéisme.

Ce sont les travaux du groupe de travail, dans la clinique Van Gogh, qui ont permis au directeur de se saisir de la question de la distribution des médicaments comme enjeu d'aménagement du futur établissement.

Mais il reste cependant ici qu'à l'initiation d'une démarche QVT, l'encadrement doit faire le choix entre postures de métiers opposés : exploiter ce qui est déjà fait ou explorer ce qui n'est pas encore fait.

Ce renversement et ce choix sont, pour le médecin coordonnateur de l'établissement Monet, au centre de leur démarche.

*J'insiste sur ce point car dans le management, qu'il soit fonctionnel ou hiérarchique, on est trop souvent dans une démarche utilitaire. C'est-à-dire que l'on donne des ordres, si vous les exécutez-vous avez la carotte et si vous ne les exécutez pas vous avez le bâton. C'est très schématique, mais c'est souvent le cas. (...) Nous sommes dans une logique participative incluse dans l'approche Carpe Diem (médecin coordonnateur<sup>57</sup>).*

Ce choix d'exercice de la fonction managériale est une condition essentielle de l'effectivité d'une démarche QVT.

57 Colloque La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins « Expérimenter, c'est imaginer », 11 septembre 2017 – Paris.

## 8. Conclusion : l'efficacité des démarches QVT initiées et soutenues par les controverses sur les détails de l'activité

### 8.1 L'équipement de l'expression et de l'action sur le contenu du travail

Au regard de l'analyse de l'efficacité des démarches QVT à pouvoir soutenir l'expression et l'action, sur le contenu du travail, du personnel des établissements, plusieurs types d'équipements paraissent nécessaires.

#### ► La formation et l'identification des Porte-Paroles et traducteurs

Les membres des trinômes et des Copil doivent pouvoir faire fonction de porte-paroles des groupes qu'ils représentent. Mais ce pouvoir de représentation n'est pas naturel.

Leur représentativité doit être discuté et validé par les membres des trinômes et des Copil et par les membres des groupes qu'ils représentent. Il ne s'agit pas nécessairement ici de produire un système électif ou de représentation mais de saisir si la formulation des problèmes qu'ils importent dans ces instances est représentatif et pourra produire un engagement ou un enrôlement des groupes qu'ils représentent. Ces acteurs doivent introduire dans la controverse menée dans le Copil et dans les sessions inter-établissements les problèmes légitimes intéressant l'ensemble des acteurs d'une démarche QVT. A défaut, le risque est que le problème identifié n'est pas de pouvoir réel d'entraînement des personnels ou des salariés concernés.

Leur légitimité doit être entretenue par la mise à l'épreuve de ce qui est discuté, dans les sessions inter-établissements comme dans les Copil, avec les groupes qu'ils doivent représenter. Cette discussion, formelle ou informelle, doit permettre de préparer l'enrôlement des acteurs et de suivre la représentativité des problèmes débattus dans le Copil.

Si, pour la controverse, il est nécessaire de faire intervenir un traducteur, capable de mobiliser les problèmes de plusieurs espaces, de l'organisation générale ou des problématiques de type RH jusqu'au travail quotidien dans les services, cet acteur doit être identifié.

Il ne peut être identifié que par les différents acteurs des groupes dont il doit traduire les problèmes et les attentes. Ces acteurs, issus de différents groupes et mondes, doivent donner leur accord concernant la capacité de cet acteur à pouvoir porter et traduire leurs problèmes.

Ces différentes opérations n'ont pas été instituées dans les établissements que nous avons visités. Certains acteurs ont effectué ce travail de leur propre initiative, venant discuter dans les services du travail du Copil ou cherchant à faire valoir une certaine neutralité par rapport à différents groupes.

L'efficacité d'une démarche QVT dépend cependant de la solidité de la représentativité des porte-parole et des traducteurs.

#### ► Équipement de la controverse dans les Comités de Pilotage

La controverse menée dans le Copil permet de déterminer les problèmes encadrant la démarche QVT, d'un point de passage obligé, selon la terminologie de la sociologie de la traduction.

Ces problèmes peuvent être portés par des porte-paroles ou des traducteurs ou, selon la méthodologie employée par les interventions des cliniciens de l'activité<sup>58</sup>, par des personnels de soin ayant préalablement mis collectivement en discussion leur activité et les problèmes qu'elle leur posait.

58 Bonnefond J.-Y, Clot Y, (2018), « Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé », Revue Pistes, vol.20, n°1. Numéro Nécessités et limites de l'interdisciplinaire pour étudier le travail et la santé.

Les membres des Copil doivent disposer de suffisamment de temps pour organiser et mener cette controverse. A titre d'exemple, la clinique Van Gogh a utilisé 6 séances de Copil avant de définir le problème devant encadrer les groupes de travail. Ces séances peuvent être courtes si leur objet est défini.

L'activité du Copil peut être sans doute rendue plus efficace si ses membres sont représentatifs, s'il établit le principe de la recherche d'un problème commun intéressant ses différents membres et d'un moyen de soutenir l'expression et l'action des personnels de soin sur le contenu de l'activité.

Certains Copil ont produit des objets, c'est-à-dire des comptes rendus, pouvant servir la controverse et son travail de construction d'un compromis.

## ► Équipement des groupes de travail

Le dernier équipement, essentiel, concerne le groupe de travail : quel moyen peut permettre au personnel de santé, dans les groupes de travail, de prendre son activité comme objet d'analyse pour initier leur controverse, moyen de l'exploration d'alternatives et d'innovations ?

Nous avons vu que la clinique Van Gogh a utilisé le responsable qualité pour procéder à une observation d'un service, entre 6 et 9h ; et un compte-rendu, au sein du groupe de travail, ce dernier permettant l'initiation de l'expression sur le contenu du travail entre infirmiers. Cette clinique a mobilisé 6 séances du groupe de travail, d'une durée d'1 h 30, et une matinée d'observation par le responsable qualité pour construire son expérimentation et son évaluation, expérimentation qu'a été menée pendant deux semaines.

Les travaux en psychologie du travail ou en clinique de l'activité insistent sur ce point : décaler le rapport à sa propre activité, c'est-à-dire ne plus être seulement le sujet de son activité, mais devenir le sujet de l'analyse de son activité, ne peut se faire seul, le « redoublement de l'activité » devant être instrumenté. L'intervenant ou l'accompagnateur du groupe de travail doit être le moyen, comme nouveau destinataire de l'activité, du développement du pouvoir d'agir du collectif vers de nouveaux fonctionnements.

Les groupes de travail peuvent recevoir l'équipement d'un acteur extérieur au groupe de travail pour soutenir ce travail d'analyse de l'activité, condition de l'exploration de nouveaux fonctionnements. Cet acteur peut être salarié de l'établissement. L'enjeu est qu'il soit le moyen d'une analyse de l'activité. Mais sans ce moyen, il peut être difficile aux salariés de mettre au travail leur activité.

## 8.2 L'expérimentation de la controverse

A la question de déterminer à quelles conditions, l'expression sur le contenu du travail peut se développer pour produire des effets sur le contenu du travail, l'évaluation des démarches QVT dans 10 établissements, nous permet de formuler certaines réponses.

### ► Expérimenter l'action par la controverse

La mise en discussion du travail ne doit pas seulement énoncer un constat ou une analyse. L'expression sur le contenu du travail ne serait pas alors le moyen d'une action. La comparaison des analyses et la confrontation des points de vue de ce que pourrait être le travail doit être le moyen d'explorer l'activité réalisée et de nouveaux fonctionnements possibles.

Les personnels de soin doivent pouvoir participer, même par l'intermédiaire d'un porte-parole, à la construction des problèmes mis en discussion, c'est ici la condition de l'engagement effectif des personnels de santé.

La perspective d'une action de transformation doit soutenir la controverse sur l'activité, ses problèmes et les possibilités d'autres fonctionnements.

De ce fait, les professionnels de soin doivent pouvoir disposer d'un espace spécifique pour conduire cette exploration.

Cette exploration nécessite l'intervention d'un acteur permettant de transformer le collectif, non plus seulement en sujet de l'activité, mais en sujet de l'analyse de l'activité pour explorer d'autres manières de



procéder. Il est le moyen, comme destinataire de l'analyse collective de l'activité, du changement de position des personnels.

La démarche QVT implique un transfert de responsabilité aux professionnels : ces derniers doivent porter la responsabilité de construire et proposer d'autres fonctionnements.

### ► Initier une boucle itérative d'expérimentation

Mais la condition de la réception des propositions produites par les professionnels est que les responsables de l'organisation aient un intérêt à les entendre : les objets traités doivent être un moyen, pour l'organisation et ses responsables, de développer la stabilité et l'efficacité de l'organisation.

Le problème traité doit répondre à une demande intéressée formulée par un responsable de la direction.

La difficulté peut être, justement, de construire une telle demande dans des milieux où la scène de régulation conjointe, c'est-à-dire la mise en relation des questions de travail et d'organisation, est réduite.

Cette scène peut être à nouveau ouverte par une démarche QVT à la condition :

- soit que la direction mette en discussion une question générique d'organisation, comme dans certains établissements dans lesquels nous nous sommes rendus, à l'intérieur de laquelle les personnels de santé construiront eux-mêmes un objet à mettre en discussion pour élaborer collectivement d'autres fonctionnements.
- soit, que les personnels de santé soumettent, comme le pratiquent et l'expérimentent les interventions des cliniciens de l'activité, des questions d'activité au Copil, les membres du Copil construisant, à partir de ces propositions, l'objet de la démarche QVT.

C'est à la condition que ce cadre soit construit que les personnels de soins pourront mettre en discussion et agir sur un problème qui puisse intéresser l'organisation et les responsables de l'organisation.

A défaut, le risque est que les propositions des personnels de santé ne soient pas entendues, exposant ces personnels au risque d'une parole et d'un engagement inutiles.

Mais si les personnels découvrent, ou redécouvrent, leur capacité de proposition et d'organisation, encadrée par une demande de l'organisation, la direction découvre, redécouvre également, la capacité des personnels à pouvoir répondre à cette demande. S'initie ici une boucle itérative d'expérimentation par laquelle le pouvoir d'expression et d'action des personnels peut se développer et l'encadrement se saisir des propositions du personnel pour explorer d'autres fonctionnements.

Ce qui est en jeu alors c'est la transformation de la place du personnel, le développement de la fonction d'exploration, selon la terminologie de March, de l'encadrement et, finalement, des relations hiérarchiques.

## 8.3 La force des détails

Lorsque les relations hiérarchiques et interpersonnelles sont dégradées, prises dans des conflits dans lesquels le travail n'est plus un objet, il est justement difficile de construire un cadre et un problème à l'articulation de l'organisation et du travail.

La simplicité et la précision de l'objet de la démarche QVT peuvent être alors une ressource importante.

Il n'est efficace d'instruire directement, par une démarche QVT, les objets centraux de l'organisation du travail, trop complexes et objets de conflits, ou les objets généraux, comme les problèmes de communication. À l'inverse des objets plus simples, première vue, (comme l'appel des brancardiers ou la réorganisation du temps de transmission entre 6 et 9h), peuvent être des moyens efficaces pour parvenir à régler petit à petit des problèmes d'organisation du travail.

D'abord parce, dans une organisation, de nombreux éléments sont interdépendants : la prise de consigne en matinée, par exemple, implique la question du réveil des patients et donc du rapport de soin entre l'équipe d'un service et des résidents. La mise en discussion d'un moment précis d'un service peut mobiliser différentes tâches de différents métiers.

Ensuite parce que, la simplicité de ces objets, peuvent permettre d'écartier les conflits potentiels, ou du moins les mettre en suspension, le temps de la démarche QVT. La concentration de la démarche QVT sur des objets précis, des détails de l'activité, permet de renouer avec la possibilité d'autres rapports entre opérationnels et hiérarchies, entre travail et organisation.

A partir de ce qui peut paraître un détail, peut s'initier une boucle itérative de transformation que d'autres objets, potentiellement plus important, viendront nourrir.

En fin de compte, l'objet d'une démarche QVT n'est pas seulement la mise en place d'une nouvelle organisation, d'un projet ou de la résolution d'un problème spécifique. C'est l'apprentissage collectif d'autres rapports sociaux, professionnels ou hiérarchiques.

A l'occasion d'une démarche QVT circonscrite sur un objet précis, les personnels d'un service, l'encadrement intermédiaire et une direction peuvent faire l'expérience qu'ils peuvent fonctionner sous d'autres rapports, en tenant compte des intérêts et des problèmes de chacun des acteurs.

L'encadrement découvre que les personnels, dès lors qu'ils disposent d'un espace pour s'exprimer et agir sur le contenu du travail, peuvent être une ressource pour la qualité des soins et l'efficacité de l'organisation.

A ce titre, nous pouvons rapporter la surprise de différents membres de l'encadrement ayant initié une démarche QVT, du sérieux des propositions produites par les personnels de soin dans les groupes de travail.

Le personnel découvre que l'encadrement peut les entendre, discuter ses propositions et donc être une ressource pour soutenir l'organisation efficace de leur activité, au nom de la qualité du travail.

L'objet de la démarche QVT est moins la résolution de problèmes, empêchant le bon fonctionnement d'un service ou un travail de qualité, que l'apprentissage des modalités possibles de résolution de ces problèmes.

Cet apprentissage peut ensuite être utilisé pour d'autres objets, peut-être alors plus importants.

C'est en ce sens que, dans des milieux où les relations sont dégradées et la scène de régulation réduite, l'efficacité d'une démarche QVT procède de sa capacité à prendre pour objet un détail de l'activité afin d'initier une transformation itérative des rapports hiérarchiques, de la place des personnels de soin et des fonctionnements d'une organisation.

## 9. Bibliographie

- Akrich M., Callon M., Latour B. (1995), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Presses des Mines.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B., (1988), *A quoi tient le succès des innovations ? 1 : L'art de l'intéressement, Gérer Et comprendre*, Annales des Mines, 11, pp.4-17.
- Akrich, M., Callon, M. et Latour, B., (1988), *A quoi tient le succès des innovations ? 2 : Le choix des porte-parole, Gérer Et comprendre*, Annales des Mines, 12, pp.14-29.
- Alter N. (2000). *L'innovation ordinaire*, PUF, coll. Sociologies, Paris.
- Amnyos, (2011), *Amélioration des conditions de travail : de l'action collective à l'action territoriale, Rapport final étude pour l'ANACT*, Avril.
- Anact (2015) *10 questions sur la Qualité de Vie au Travail*.
- ANACT (2016), *10 questions sur les indicateurs de SQVT*.
- Anact, (2015), *10 questions sur les Espaces de Discussion, Anact/Aract*.
- Apollis C., Ligeon M., Souchon P., (2016), « Le rôle des comités de pilotage dans les établissements publics de santé », *La revue des conditions de travail*, n°4, pp. 141-149.
- Barral-Baron A. (1995), *Vivre ensemble avec nos conflits*, Les éditions de l'atelier, 1995.
- Bernoux P., (2009), *La sociologie des organisations*, Essais, Points, réédition.
- Bernoux P., (2009), *La sociologie des organisations*, Essais, Points, réédition.
- Birkinshaw, J., & Gupta, K. (2013). Clarifying the distinctive contribution of ambidexterity to the field of organization studies. *The Academy of Management Perspectives*, 27(4), 287–298.
- Bonnefond J.-Y, Clot Y, (2018), « Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé », *Revue Pistes*, vol.20, n°1. Numéro Nécessités et limites de l'interdisciplinaire pour étudier le travail et la santé, §61.
- Bonnefond J.-Y, Clot Y, (2018), « Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé », *Revue Pistes*, vol.20, n°1. Numéro Nécessités et limites de l'interdisciplinaire pour étudier le travail et la santé.
- Bourgeois F, Hubault F (2005), *Prévenir les TMS. De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions*, Activités, 2-1.
- Brémond C., Ulmann, A.-L., (2014), « Que faire de la qualité en formation quand le travail s'en mêle ? », in Lhuillier D., (ss dir), *Qualité du travail, qualité au travail*, Octares, 2014, pp. 75-86.
- Callon M. (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'Année sociologique* n°36, p.169-208.
- Callon M. (1995), « Pour une sociologie de la controverse technique », dans M. Akrich, M. Callon, B. Latour *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*, Presses des Mines, p.139.
- Callon P., Lascoumes P., Barthe Y., (2002), *Agir dans un monde incertain*, Le Seuil.
- Canguilhem G. (2002) *Écrits sur la médecine*, Éditions du Seuil, Paris, p. 68
- Cazamian P. (1996), *Traité d'ergonomie*, Éditions Octares, Toulouse.
- Centlivre D., Pelletier J., (2016), « L'évaluation embarquée : une méthode pour apprécier la qualité de l'organisation du travail », *La revue des conditions de travail*, n°4, pp. 46-56.
- Clot Y. (2004), « Action et connaissance en clinique de l'activité », *@ctivités*, vol.1, n°1, p.23-33.
- Clot Y. (2008), *Travail et pouvoir d'agir*, Presses Universitaires de France, coll. Le travail humain, Paris.
- Clot Y. (2009), « La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie », *Éducation Permanente*, n°177, p.67.
- Clot Y. (2013), « Suicides au travail : un drame de la conscience professionnelle ? », *Activités*, vol.10, n°2, p.51.
- Clot, Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte Éditions, Paris.
- Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte Éditions, Paris.
- Clot. Y. (2011), « Théorie en clinique de l'activité », dans B. Maggi (s/d), *Interpréter et agir : un défi théorique*, Presses Universitaires de France, Paris, p.17-39.

- Has, (2017), Colloque La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins « Expérimenter, c'est imaginer », 11 septembre – Paris.
- Colombat P. et al. (2012), Qualité de vie au travail et management participatif, Éditions Lamarre.
- Conjard P., Journoud S., (2013) « Ouvrir des espaces de discussion pour manager le travail », *Management & Avenir*, vol. 63, no. 5, pp. 81-97.
- Dejours C. (2009), *Travail Vivant*, Éditions Payot, Paris.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil Éditions, Paris.
- Detchessahar M. (2011), « Santé au travail », *Revue française de gestion*, vol.5, n°214, p.89-105.
- Detchessahar M. (2013), « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », in *Négociations*, vol. 1, n° 19, p. 57-80.
- Falzon P. (2013), « Pour une ergonomie constructive », dans P. Falzon (s/d) *Ergonomie constructive*, Presses Universitaires de France, p.1-15.
- Gaglio G. (2011). *Sociologie de l'innovation*, PUF, coll. Que sais-je ? Paris.
- Ghadi V., 2017, « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins », *Travail & Changement*, N°366, janvier/février/mars.
- Ghadi V., Liaroutzos O. (2015), « Qualité de vie au travail dans les établissements de santé : le pari de la certification », *Risques & Qualité*, vol. XII, n°4.
- Ghadi V., Liaroutzos O., 2(016), « De quels espaces de discussion les établissements de santé ont-ils besoin ?, *La revue des conditions de travail*, n°4, pp. 57-65.
- Gibert P. (1980), *Le contrôle de gestion dans les organisations publiques*. Paris, Éditions d'Organisation.
- Gomez, P.-Y. (2013). *Le travail invisible : Enquête sur une disparition*. François Bourin Édition, Paris.
- Granier, F., Guillaume C., Osty F. (2003), « La métamorphose des compromis sociaux dans les univers de travail », *Actes du Forum de la Régulation*.
- Guérin F., Laville A., Daniellou F., Duraffourg J. & Kerguelen A. (1997), *Comprendre le travail pour le transformer. La pratique de l'ergonomie*, Lyon, Éditions de l'ANACT.
- Gupta Anil K., Smith Ken G., Shalley Christina E. (2006), « The Interplay Between Exploration And Exploitation », *Academy of Management Journal*, vol.49, n°.4, p.693-706.
- HAS (2013), *La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail*, novembre.
- HAS (2014), *Renseigner le compte qualité sur la thématique « Qualité de vie au travail »*, juillet.
- HAS (2016), *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*, HAS, janvier.
- HAS (2017), *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins, Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médicaux-sociaux et sociaux*, septembre.
- HAS & ANACT (2013), *Qualité de vie au travail, certification des établissements de santé et dialogue social*, Note blanche, juin.
- HAS-Anact, 2016, *Note technique Fabriquer la qualité de vie au travail : une invitation à innover*.
- HAS, ANACT/ARACT (2017), *La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux*, document validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en 2017, septembre.
- Hatchuel, A., Segrestin, B. (2012). *Refonder l'entreprise*. Seuil Éditions, Paris.
- Hurlimann C. (2001), *Approche conceptuelle de la qualité des soins*, *Claire*, Adsp n°35, juin, pp 23-28.
- Kostulski K. (2010), « Quelle connaissance pour l'action en clinique du travail ? », dans Y. Clot et D. Lhuillier (s/d) *Agir en clinique du travail*, Éditions ERES, coll. Clinique du travail , p.33.
- Kostulski K., Clot, Y. (2007), « Interaction et migration fonctionnelle : un développement en auto-confrontation croisée » dans Y. Clot & K. Kostulski, *Dialogue, activité, développement, Psychologie de l'interaction*, p.73-109.
- Lhuillier D., Litim M. (2009), « Le rapport santé-travail en psychologie du travail », *Mouvements*, vol.2 n° 58, p. 85-96.
- Litim M., Kostulski K. (2015) « Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie » dans Y. Clot, D. Lhuillier (s/d) *Perspectives en cliniques du travail*, Éditions Erès, Toulouse, p.67.
- Lô A. (2017), « Un FabLab d'entreprise pour favoriser l'ambidextrie des salariés. Étude de cas chez Renault », *Revue française de gestion*, vol.3, n°264, p. 81-99.
- Loquet J, Ricroch L., (2014), « Les conditions de travail dans les établissements de santé », in *Direction de la recherche des études de*

l'évaluation et des statistiques, ed. Le panorama des établissements de santé édition 2014. Paris, pp. 9-30.

March J.-G. (1991), « Exploitation includes such things as refinement, choice, production, efficiency, selection, implementation, execution. Exploration includes things captured by terms such as search, variation, risk taking, experimentation, play, flexibility, discovery, innovation » in « Exploration and exploitation in organizational learning », *Organization Science*, vol.2, n°1, p.71.

Massardier G., (2003), *Politiques et action publique*, Armand Colin, Coll. U, Paris.

Montmollin (de) M. (1986), *L'ergonomie, La découverte*, Paris.

Noulin M. (1992), *Ergonomie, Mémento DEGE*, Éditions Techniplus.

Or Z. & Com-Ruelle L. (2008), *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?*, IRDES, DT n°19, décembre 2008.

Petit, J., Dugé, B., Daniellou, F. (2011), « L'intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques », *Le travail humain*, 4, 74, 391-409.

Picard D. & Marc E. (2008), *les conflits relationnels*, PUF, Paris.

Quillerou-Grivot E., Clot Y. (2014), « La qualité du travail : un problème avant d'être une solution », dans D. Lhuillier (s/d) *Qualité du travail, Qualité au travail*, Éditions Octarès, Toulouse, p.157.

Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé Note du groupe établissement, Juin 2013, HAS, ANACT.

Reynaud, J.-D. (1988), « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue Française de Sociologie*, 24, 1, p.5-18.

Scheller L. (2001), « L'élaboration de l'expérience du travail. La méthode des instructions au sosie dans le cadre d'une formation universitaire », *Éducation permanente*, vol.1, n°146, p.161-174.

Stratégor (1993), *Stratégie, structure, décision, identité*. Inter Éditions, Paris.

Ughetto P. (2015), « Des transformations de la matérialité du travail aux expérimentations d'espaces de discussion ou de dialogue », in *La Revue des conditions de travail*, juin, n° 2, p. 106 – 113.

Verdier E., Kornig C., Mossé P., Setbon M., (2008), *Entre plan national et initiative locale, l'émergence d'une gouvernance territoriale des risques professionnels ?*, Rapport de recherche ANR. 2008. Halshs-00436521.

## 10. Annexes

Les grilles d'entretiens utilisées avec les différents professionnels sont présentées ci-dessous.

### 10.1 Grille d'entretien - Monographie établissement : Participant Cluster (trinôme)

#### PRÉSENTATION DE L'INTERLOCUTEUR ET DE L'ÉTABLISSEMENT

Pouvez-vous vous présenter : fonction dans l'établissement, ancienneté, parcours

Description de l'établissement : effectifs, services, climat social, actualité.

Enjeux actuels de l'établissement. Difficultés actuelles.

Comment qualifieriez-vous les conditions de travail dans votre établissement ? la qualité des soins ? les relations de travail au sein des différents services ? Entre les services ?

Selon vous, les professionnels de votre établissement/de votre service ont-ils les moyens de faire un travail de qualité ? Quelles ressources leur manqueraient ?

#### COMMENT S'EST MIS EN PLACE L'EXPERIMENTATION SUR VOTRE ÉTABLISSEMENT ?

Comment et par qui entendez-vous parler des clusters ? Avez-vous déjà participé à ce genre de projets par le passé ? Quelle est votre première réaction à ce moment-là ? Que comprenez-vous du projet ?

Quels ont été les acteurs porteurs du projet QVT dans votre établissement ? Est-ce que chacun des acteurs du trinôme (CHSCT/corps médical/direction) a été présent à chacun des moments du processus ? Ces participations ont-elles évolué dans le temps ? Les fonctions et les rapports entre ces acteurs ont-ils évolué au cours des actions et des expérimentations ?

Avez-vous déjà travaillé sur la QVT ? Étiez-vous familier de cette approche ? Qu'en avez-vous compris à l'époque ?

Pour quelles raisons avez-vous souhaité participer au cluster ? Quels problèmes se posaient ? Pourquoi avez-vous pensé que la QVT pouvait être une ressource pour mettre au travail ces problèmes ?

Avec qui en avez-vous parlé en dehors de ceux avec qui vous y êtes allés ? Quelles réactions ?

Aujourd'hui comment définissez-vous la QVT ? Comment cela résonne dans votre travail au quotidien ? Est-ce que le cluster a transformé votre positionnement par rapport à la QVT ?

Pour représentant du personnel : Avez-vous d'abord participé à ces groupes de travail/cluster à titre personnel ou d'observateur, ou, plus officiellement, avec un mandat du CHSCT, en tant que représentant du personnel ?

Pour le représentant du corps médical : Quels problèmes de travail, d'organisation du travail ou de santé au travail se posaient à vous ou dans votre service ?

#### MÉTHODES ET ENJEUX DU CLUSTER

Quelle a été l'organisation du cluster : quelles ont été les réunions, leur fréquence, durée et leur objet ? Quelle a été l'activité de ses différents acteurs entre les réunions ?

Avez-vous gardé des liens avec d'autres établissements ou acteurs du cluster ? Cette expérimentation a-t-elle modifié vos relations avec les ARS et les Aract ? Quel sens donnez-vous à l'intégration d'indicateurs QVT à la certification des établissements ? Est-ce que cette expérimentation a changé votre regard sur la certification des établissements ?

## L'EXPERIMENTATION : FONCTIONNEMENT ET BILAN EN INTERNE

*Comment vous structurez-vous en interne pour cette expérimentation ? (Comité de pilotage, groupes de travail, etc.) ? Participez-vous, à un moment ou à un autre, à un groupe de travail ? Quel retour avez-vous ?*

Après la première journée collective du cluster, comment avez-vous mobilisé les professionnels de l'établissement ? (Mail, information en réunions, bouche à oreille, etc.)

Qui a initié et réalisé ce travail de mobilisation des équipes ? Pourquoi cette personne en particulier ?

Quelles actions ou expérimentations ont été mises en place, à partir du groupe de travail, dans votre établissement ?

Quelles actions du plan d'action ont été achevées ? Les autres (où en sont-elles ?) ?

Quelles en ont été les étapes ?

Quels ont les acteurs porteurs (pour quelles raisons) ? Quels étaient les enjeux pour les professionnels engagés dans la démarche ?

Quels ont pu être les objets de conflit au cours de cette construction ?

Quels ont été les ressources dont vous disposiez pour surmonter ces difficultés ?

Comment ce projet s'est-il conjugué avec les autres projets de l'établissement (exemple : lutte contre RPS, etc.) ?

*Avez-vous fait un bilan à un moment de l'expérimentation ? Avec qui ? Résultats ? Actions ensuite ?*

Est-ce que cette expérimentation a produit des effets (petits ou grands / positifs ou négatifs) ? ou peut-elle en produire ? Sont-ils propres à la méthode cluster ou au sujet QVT ? les retrouve-t-on dans d'autres projets hors expérimentation ?

Sur le bien-être des professionnels ?

Sur les conditions de travail ?

Les relations de travail ?

Sur la qualité des soins ? Autres ? Petites choses même insignifiantes ?

Qu'est-ce qui vous permet de constater ces effets ? (*Reprendre les effets éventuellement soulignés et faire détailler ce qu'il/elle entend par là exactement*) ?

Aviez-vous défini en amont des critères ou des indicateurs pour mesurer les éventuels effets de l'expérimentation ? Quels sont les vôtres ou ceux de votre service ? Avez-vous un ou des exemples précis ?

Est-ce que tous les acteurs partagent, à votre avis, ces critères ? Votre analyse sur les effets ?

Quelles étaient les dynamiques du dialogue social ou des relations hiérarchiques sur la question de santé au travail, de qualité de vie au travail et de qualité des soins avant la participation au cluster et aux groupes de travail ?

Est-ce que le dialogue social/les rapports entre collègues/les rapports hiérarchiques ont été impacté, renouvelé tant au niveau des établissements ? au niveau régional ?

Est-ce que la QVT a permis de faire du travail et de la qualité des soins un sujet du dialogue social ?

## DIFFUSION ET PROSPECTIVE

Pensez-vous que ces expérimentations, et ses effets, sont discutés dans votre établissement, par d'autres acteurs et d'autres services ? Quels moyens, à votre avis, permettraient une diffusion de ces expérimentations dans votre établissement ?

Que pensent ou disent les professionnels, qui n'ont pas participé à ces groupes de travail, de ces expérimentations ?

Y-a-t 'il eut des effets d'apprentissage des différents acteurs grâce aux clusters et aux démarches initiées ? Qu'envisagez-vous aujourd'hui et qu'observez-vous, ou pas, dans le développement de cette expérimentation aujourd'hui ?

Souhaitez-vous poursuivre ce travail ? Vous sentez-vous suffisamment outillé pour ? pour quelles raisons ?

Quel est l'avenir, à moyen terme, de cette expérimentation ?

Recommenceriez-vous ? En changeant quoi ?



## 10.2 Grille d'entretien - Monographie d'établissement : Groupes de travail

### PRÉSENTATION DE L'INTERLOCUTEUR ET DE L'ÉTABLISSEMENT

Pouvez-vous vous présenter (fonction dans l'établissement, ancienneté, parcours, métier) ?

Description de l'établissement : effectifs, services, climat social, actualité.

Difficultés actuelles de votre activité et de votre service. Enjeux actuels de l'établissement.

Comment qualifieriez-vous les conditions de travail dans votre établissement ?

Quelles sont les problématiques en termes de qualité des soins ? Quelles sont les relations de travail au sein de votre service et des différents services ? Entre les services ?

Avez-vous les moyens de faire un travail de qualité ? Quelles ressources vous manquent ?

### MISE EN PLACE DE L'EXPERIMENTATION SUR L'ÉTABLISSEMENT

Comment et par qui entendez-vous parler de la QVT ? Avez-vous déjà participé à ce genre de projets par le passé ? Avez-vous déjà travaillé sur la QVT ? Étiez-vous familier de cette approche ?

Qui vous a contacté ? Quelle est votre première réaction à ce moment ? Que comprenez-vous du projet ? Pour quelles raisons avez-vous souhaité participer aux groupes de travail ? Quels enjeux se posaient à vous ?

Avec qui en avez-vous parlé en dehors de ceux avec qui vous y êtes allés ? Quelles réactions alors ?

Est-ce que l'alternance des temps collectifs entre ES et des temps d'appui individuels a été une bonne façon de faire selon vous ? Pour quelles raisons ? Quels apports éventuels ?

Quels retours aviez-vous des moments collectifs du cluster ? Du comité de Pilotage ? Par qui ? Comment ? à quel rythme ?

De combien de jours d'appui de l'Aract avez-vous bénéficié ? Était-ce suffisant ? Quel sens donnez-vous à l'intégration d'indicateurs QVT à la certification des ES ? Pour quelles raisons ? Exemples ?

Est-ce que cette expérimentation a changé votre regard sur la certification des établissements ?

Pour représentant du personnel : Avez-vous d'abord participé à ces groupes de travail à titre personnel d'observateur, ou, en tant que représentant du personnel mandaté ?

### LES GROUPES DE TRAVAIL ET EXPERIMENTATION : FONCTIONNEMENT ET BILAN

Après la première journée collective du cluster ou du Comité de Pilotage, comment avez-vous été mobilisé pour participer ? (Mail, information lors de réunions, bouche à oreille, etc.)

Comment le projet vous-a-t-il été présenté ?

Qui était le porteur du projet dans votre établissement ? Pourquoi cette personne en particulier ?

Comment vous êtes-vous structuré en interne pour cette expérimentation ? (Comité de pilotage, groupes de travail, etc.) ?

Qui se mobilise pour monter des groupes de travail sur ce sujet ? Pour quelles raisons selon vous ? Ces participations ont-elles évoluées dans le temps ?

Quelles ont été vos méthodes pour parvenir à constituer et mobiliser ce groupe de travail ?

Quelles actions, ou quelles expérimentations ont été mises en place, à partir du groupe de travail, dans votre établissement ?

- Quelles actions du plan d'action ont été achevées ?
- Quels étaient les enjeux pour les professionnels engagés dans la démarche ?
- Quelles en ont été les étapes ?
- Quels ont les acteurs porteurs et actifs (pour quelles raisons) ?
- Quels ont pu être les objets de conflit au cours de cette construction ?
- Quels ont été les ressources dont vous disposiez pour surmonter ces difficultés ?

Comment ce projet s'est-il conjugué avec les autres projets de l'établissement (exemple : lutte contre RPS, etc.) ? A-t-il freiné d'autres projets en cours ?

*Avez-vous fait un bilan à un moment de l'expérimentation ? Avec qui ? Résultats ? Actions ensuite ?*

Est-ce que cette expérimentation a produit des effets quels qu'ils soient (petits ou grands / positifs ou négatifs) ?

- *Sur le bien-être des professionnels ?*
- *Sur les conditions de travail ?*
- *Les relations de travail entre collègues ? Les relations avec la hiérarchie ?*
- *Sur la qualité des soins ?*
- *Autres ? Petites choses même insignifiantes ?*

Sont-ils propres à la méthode proposée des clusters ou au sujet QVT ou pas ? les retrouve-t-on dans d'autres projets hors expérimentation ?

Qu'est-ce qui vous fait dire cela aujourd'hui ? Qu'est-ce qui vous permet de constater ces effets ? (*Reprendre les effets éventuellement soulignés et faire détailler ce qu'il/elle entend par là exactement*) ?

Aviez-vous défini en amont des critères ou des indicateurs pour mesurer les éventuels effets de l'expérimentation ? Quels sont les vôtres ou ceux de votre service pour dire que ça marche ou qu'il faut continuer ou pas ? Avez-vous un ou des exemples précis en tête ?

*Est-ce que tous les acteurs partagent, à votre avis, ces critères ? Votre analyse sur les effets ?*

Les fonctions et les rapports entre les membres des groupes de travail ont-ils évolué au cours des actions et des expérimentations ?

Quelles étaient les dynamiques du dialogue social sur la question de santé au travail, de qualité de vie au travail et de qualité des soins avant la participation au cluster et aux groupes de travail ?

## **DIFFUSION ET PROSPECTIVE**

Que pensent ou disent les professionnels qui n'ont pas participé à ces groupes de travail ou à ces expérimentations, au sujet de ces expérimentations ? Est-ce un sujet de discussion entre vous ?

Y-a-t' il eut des effets d'apprentissage des différents professionnels grâce à cette expérience et aux démarches initiées ? Lesquels ? et sur les autres acteurs qui n'y ont pas participé ?

Souhaitez-vous poursuivre ce travail ? Vous sentez-vous suffisamment outillé pour ? Raisons ?

Aujourd'hui comment définissez-vous la QVT ? Est-ce que cette expérience a transformé votre positionnement par rapport à la QVT ?

Quel est l'avenir, à moyen terme, de cette expérimentation ? Recommenceriez-vous ? En changeant quoi ?

## 10.3 Grille d'entretien - Monographie d'établissement : Professionnels des services concernés (hors groupes de travail et Cluster)

Grille entretien individuel (selon configuration, adaptable entretien collectif)

### PRÉSENTATION DE L'INTERLOCUTEUR ET DE L'ÉTABLISSEMENT

Pouvez-vous vous présenter (fonction et métier dans l'établissement, ancienneté, parcours)

Description de l'établissement : effectifs, services, climat social, actualité.

### ENJEUX ET PERSPECTIVES DE L'ACTIVITE

Quels sont les enjeux de votre activité : que devez-vous faire ? Que parvenez-vous, ou pas, à faire ?  
Quels sont, de votre point de vue, les critères d'un travail dans lequel vous pourriez-vous reconnaître ?  
Quelles sont les difficultés pour parvenir à faire ce travail ?

Quel est votre collectif de travail ?

Quelles sont les difficultés actuelles de votre travail dans votre service et dans votre établissement. Enjeux actuels de l'établissement.

Comment qualifieriez-vous les conditions de travail dans votre établissement ? la qualité des soins ? les relations de travail au sein des différents services ? Entre les services ?

Avez-vous les moyens de faire un travail de qualité ? Quelles ressources vous manquent ? Est-ce que cela a toujours été le cas ? Depuis quand ?

### LA QVT

Avez-vous déjà entendu parler de QVT dans votre établissement ? Par qui ?

- Avez-vous été sollicité personnellement pour y participer ? Si non auriez-vous aimé y participer ?
- Si oui, pour quelles raisons ne pas y avoir participé ?

Etes-vous familier de cette démarche ? Comment définissez-vous la QVT ? Est-ce que cette expérience a transformé votre positionnement par rapport à la QVT ?

Avec qui en avez-vous déjà parlé en dehors de ceux avec qui vous y êtes allés ? Quelles réactions alors ?

### LA MÉTHODE UTILISÉE (CLUSTER ET EXPERIMENTATION)

Qu'est-ce qui se dit à propos de cette expérimentation aujourd'hui dans votre service et votre collectif de travail ? Est-ce un sujet de discussion entre vous ?

Si vous n'y avez pas participé, pourriez-vous nous en indiquer les raisons ? La méthode de travail expérimentée ici est-elle différente d'autres projets ? En quoi ? Est-elle intéressante de votre point de vue ?

Comment ce projet s'est-il conjugué avec les autres projets de l'établissement (exemple : lutte contre RPS, etc.) ? A-t-il freiné d'autres projets en cours ?

## RETOURS ET BILAN

Avez-vous eu des retours sur l'expérimentation des clusters QVT qui a eu lieu dans votre établissement ?

- *Retours sur les groupes de travail / moments collectifs ? par qui ? comment ? rythme ?*
- *Que savez-vous de ce qui a été mis en place ? De ce qui a été discuté dans les groupes de travail ? Qui était le porteur du projet ?*
- *Quelles actions du plan d'action ont été achevées ?*

Un bilan en interne de ce projet a-t-il été présenté ? à qui ? Vous ? Qu'en reprenez-vous ?

Constatez-vous des changements qui selon vous sont à mettre au compte de cette expérimentation ?

- *Sur le bien-être des professionnels ?*
- *Sur les conditions de travail ?*
- *Les relations de travail ?*
- *Sur la qualité des soins ?*

Autres ? Petites choses même insignifiantes ?

Est-ce partagé par les autres professionnels de votre service ?

Quelles étaient les dynamiques du dialogue social sur la question de santé au travail, de qualité de vie au travail et de qualité des soins avant la participation au cluster et aux groupes de travail ? Estimez-vous qu'il y a eu des changements ou des évolutions ?

## DIFFUSION ET PROSPECTIVE

Quel est l'avenir, à moyen terme, de cette expérimentation ?

Est-ce pertinent de votre point de vue de pérenniser ce type de démarche ou pas ? pour quelles raisons avant tout ? Autres raisons ?

Seriez-vous prêt à participer à une nouvelle expérimentation ? A quelles conditions ?

## 10.4 Grille d'entretien - Monographie territoriale : Acteurs ARS Chargé mission

Présentation de l'interviewé : ancienneté, âge, postes tenus et poste actuel

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'ARS ? Que faisiez-vous auparavant ?

Quelle formation avez-vous ?

Quelles sont vos missions principales ? Votre actualité ? Celle(s) de l'ARS ?

Pour quelles raisons est-ce vous qui participez au cluster ? Comment est-on venu vous interpellé sur le sujet ?

Etiez-vous formé ou informé sur la QVT ? Si non, en auriez-vous besoin ou êtes-vous suffisamment outillés sur cette problématique selon vous ?

Présentation des activités et des métiers actuels de l'ARS

Description de l'organigramme et des effectifs de chaque branche

### **Avec qui travaillez-vous au quotidien sur la QVT ?**

Qui travaille sur la QVT à l'ARS ? Tout le monde ? Un service en particulier ? Historiquement comment le sujet a été appréhendé par les salariés de l'ARS ?

Est-ce un sujet de discussion au sein de l'ARS ?

Vous sentez-vous soutenu par votre collectif de travail dans votre travail sur les clusters QVT ? par qui ? qu'est-ce qui vous fait dire cela ? (exemple)

Est-ce que les clusters QVT peuvent venir modifier le positionnement des ARS avec les établissements de santé ? en quoi ?

Avec qui travaillez-vous au niveau territorial ?

Avec quels partenaires travaillez-vous au quotidien ? (URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), ANFH, Aract, et.)

Plan régional santé et ses priorités ? Place de la QVT dans le plan régional santé (PRS) ? Dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ?

Avec qui avez-vous travaillé en partenariat sur ce champ précis ?

Avec qui pourriez-vous travailler à l'avenir sur ce champ précis dans le cadre du PRS ?

Q projet social et certifié ?

Q éco et QVT ?

Quelle(s) approche(s) de la QVT à l'ARS ?

Place de la QVT dans la stratégie en direction des établissements ? quel outillage ?

Comment travaillez-vous avec les délégations départementales sur la QVT ?

Dans les établissements de santé ?

Avec les partenaires territoriaux ?

Place des clusters dans l'organisation interne de l'ARS (RH, certification Qualité,...)

Moyens affectés (qui porte les clusters QVT et la qualité)

### **Incidences de la QVT**

Quelles Incidences peuvent avoir la QVT sur vos relations avec les établissements de soin selon vous ?  
Avez-vous un exemple en tête ?

Est-ce un levier pour améliorer la performance des établissements de santé selon vous ?

Quelles incidences peut avoir la QVT sur vos relations avec les collègues portant les autres missions de l'ARS

Aviez-vous travaillé auparavant sur les RPS ? Comment interprétez-vous le déplacement qui s'est opéré entre la QVT et les RPS ?

Facilités et difficultés rencontrées avec les clusters

Entre la première vague et la seconde notamment ?

Quels apprentissages ?

### **Évolutions contexte**

Quelles sont de votre point de vue les évolutions marquantes des établissements de soins ?

Quelles sont de votre point de vue les évolutions de l'encadrement et du management du travail (cadres de santé et médecins) dans les établissements de santé ?

Quelles sont de votre point de vue les évolutions du dialogue social ?

**Synthèse + et - à propos des clusters : « s'il fallait améliorer qq chose ça serait quoi ? »**

**Attentes quant à l'étude**

## 10.5 Grille d'entretien - Dynamique territoriale : ARS Supérieur hiérarchique

### Présentation de l'interviewé

Depuis combien de temps travaillez-vous à l'ARS ? Que faisiez-vous auparavant ?

Quelle formation avez-vous ?

Quelles sont vos missions principales ? Votre actualité ? Celle(s) de l'ARS ?

Avez-vous déjà été formé ou informé sur la QVT ? Si non, en auriez-vous besoin ou êtes-vous suffisamment outillés sur cette problématique selon vous ?

### Présentation des activités et des métiers actuels de l'ARS

Description de l'organigramme et des effectifs de chaque branche

Qui travaille sur la QVT à l'ARS ? Tout le monde ? Un service en particulier ? Historiquement comment sujet a été appréhendé par les salariés de l'ARS ?

Pour quelles raisons avez-vous désigné le chargé de mission X en particulier ?

Est-ce que la QVT et les clusters sont un sujet de discussion au sein de l'ARS ?

Est-ce que cela peut venir modifier le positionnement des ARS avec les établissements de santé ? en quoi ?

### Avec qui travaillez-vous au niveau territorial ?

Avec quels partenaires travaillez-vous au quotidien ? (URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), ANFH, Aract, et.)

Plan régional santé et ses priorités ? Place de la QVT dans le PRS ?

Avec qui avez-vous travaillé en partenariat sur ce champ précis ?

Avec qui pourriez-vous travailler à l'avenir sur ce champ précis dans le cadre du PRS ?

Quelle(s) approche(s) de la QVT à l'ARS ?

Place de la QVT dans la stratégie en direction des établissements ? Quel outillage ?

Comment travaillez-vous avec les délégations départementales sur la QVT ?

Dans les établissements de santé ?

Avec les partenaires territoriaux ?

Place des clusters dans l'organisation interne de l'ARS (RH, certification Qualité,...)

Moyens affectés (qui porte les clusters QVT et la qualité)

### Incidences de la QVT

Quelles Incidences peuvent avoir la QVT sur vos relations avec les établissements de soin selon vous ? Avez-vous un exemple en tête ?

Est-ce un levier pour améliorer la performance des établissements de santé selon vous ?

Quelles incidences peut avoir la QVT sur vos relations avec les collègues portant les autres missions de l'ARS

Aviez-vous travaillé auparavant sur les RPS ? Comment interprétez-vous le déplacement qui s'est opéré entre la QVT et les RPS ?

Facilités et difficultés rencontrées avec les clusters

Entre la première vague et la seconde notamment ?

Quels apprentissages ?

### **Evolutions contexte**

Quelles sont de votre point de vue les évolutions marquantes des établissements de soins ?

Quelles sont de votre point de vue les évolutions de l'encadrement et du management du travail (cadres de santé et médecins) dans les établissements de santé ?

Quelles sont de votre point de vue les évolutions du dialogue social ?

**Synthèse** + et - à propos des clusters : « s'il fallait améliorer quelque chose ça serait quoi ? »

**Attentes quant à l'étude**



## 10.6 Grille d'entretien - Dynamique territoriale : Chargé mission ARACT

Le cluster : mise en place et objectifs ?

Comment se sont-ils mis en place dans votre région ? À l'initiative de qui (ARS/Aract) ? Quelles sont leurs finalités ? A quel manque devait et doit-il pouvoir palier selon vous ?

Quel diagnostic territorial ? Diagnostic dans les établissements ?

Travailliez-vous auparavant avec l'ARS ? Si oui : sur quels sujets ?

Avec qui travaillez-vous à l'ARS ? Fonction ? Projet stratégique pour l'ARS de votre point de vue la QVT ou pas ?

Comment les établissements de santé ont-ils été invités à participer (présélection, appel à projet, bouche à oreille, autre) ?

Pour quelles raisons les établissements de santé peuvent-ils avoir besoin de cette ressource cluster ?

### **La dynamique régionale**

Quels acteurs ont participé en dehors de ceux des établissements de santé (fédérations, organisations syndicales, Direccte, Carsat, etc.) ?

Présenté à qui ? Vers qui vous êtes-vous tournés ? Pour quelles raisons ? Enjeux ?

Vers qui ne vous êtes-vous pas tournés ?

Est-ce que cela a créé une dynamique régionale ? En devenir ? Laquelle ?

Où en est aujourd'hui le cluster de votre région ? Avez-vous capitalisé sur ce qui s'est passé la première année ? En interne ? Avec d'autres ? Avec ARS ? Autres ? Pour quels résultats ?

Ce cluster a-t-il fait bouger des lignes ? Au niveau régional qu'est-ce que cela produit ? ou pourrait produire ?

A-t-il questionné (fait évoluer) vos modes d'action ? Votre accompagnement des établissements ? votre rôle ?

### **Acteurs à interviewer - contacts**

Quels sont les acteurs selon vous que nous devrions absolument rencontrer pour comprendre ce qui s'est passé en termes de dynamique régionale autour de la QVT dans les établissements de santé ? Quels acteurs ont participé en dehors de ceux des établissements de santé ?

De votre point de vue, avec l'expérience de la première année que faudrait-il changer ou intégrer davantage dans le pilotage de la 2ème vague de cluster ?

## 10.7 Grille d'entretien - Dynamique territoriale : Acteurs autres que ARS/ARACT

(Fédération établissements, organisations syndicales, CARSAT, DIRECCTE, OPCA, structures régionales d'appui, etc.)

### Présentation de l'interviewé et de son organisation

Description des missions de son organisation

Rôle propre dans ce cadre

### Entrée dans le cluster

Par qui et comment avez-vous été sollicité pour entrer dans le cluster ?

Aviez-vous déjà travaillé avec l'ARACT et/ou l'ARS ?

Pour quelles raisons avez-vous souhaité participer au cluster ? a quels besoins la QVT répond-elle ?

Quels étaient les autres acteurs professionnels dans le cluster ?

Votre participation a-t-elle évolué dans le temps ? Et celles des autres participants ?

### Place du cluster dans le champ des relations entre votre organisation et vos interlocuteurs

Incidence de la participation au cluster sur ces relations

Qu'est-ce que la QVT, de votre point de vue ?

Aviez-vous déjà travaillé sur la QVT ? Étiez-vous familier de cette approche ? Qu'en aviez-vous compris à l'époque ?

Place de la QVT dans votre organisation

Position de la QVT quant aux RPS

### Déroulement du cluster

Facilités et difficultés rencontrées avec les clusters

Avez-vous gardé des liens avec d'autres membres ?

Quels sont les liens et leur contenu entre votre participation et votre organisation (remontée, auprès de qui, message à apporter au cluster,...) ?

**Synthèse** + et - à propos de la participation de son organisation au cluster : « s'il fallait améliorer quelque chose dans un tel projet régional, ce serait quoi ? »

### Attentes quant à l'étude

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)