

CLUSTERS QUALITE DE VIE AU TRAVAIL :

EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION Vague 2016¹

I – Les « clusters qualité de vie au travail » : présentation du dispositif

Les clusters d'établissements pour améliorer la qualité de vie au travail, dits « Clusters QVT », sont un dispositif de déploiement de démarches au sein d'établissements de santé ou médico-sociaux du secteur public ou privé visant à améliorer la qualité de vie au travail de leurs agents. Plus précisément, un cluster social est une modalité d'accompagnement collectif de structures, permettant de faire travailler ensemble un groupe restreint de structures (regroupant 5 à 8 établissements) sur des temps collectifs, visant à transférer des apports et outils et à partager les différentes expériences, complétés par des temps d'accompagnements individuels, pour les aider dans leur démarche interne.

Ainsi, des objets de travail très divers ont pu être identifiés selon les régions. Par exemple : le virage ambulatoire, l'hospitalisation à domicile, la bientraitance, la violence au travail, la filière gérontologique, les groupements hospitaliers de territoires (GHT), etc...

Un copilotage DGOS/ANACT/HAS (COPIL)

En novembre 2015, la DGOS, la HAS et l'ANACT ont lancé un appel à candidatures, relayé par le réseau des agences régionales de santé (ARS) auprès des établissements afin que ceux-ci expérimentent, au sein de « Clusters », une approche de leurs projets pour le déploiement de démarches de qualité de vie au travail (QVT). Les projets présentés par les établissements volontaires ont fait l'objet d'une étude et, le cas échéant, d'une validation par une commission composée de représentants de la DGOS, de l'ANACT et de la HAS, tous trois membres du comité de pilotage national. Le financement, à hauteur d'un million d'euros, a été assuré par la DGOS.

Cette expérimentation prend appui sur le réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) qui accompagnent les établissements, sur les ARS qui impulsent les grandes orientations de la politique régionale et sur un co-pilotage régional porté par les ARS avec les ARACT.

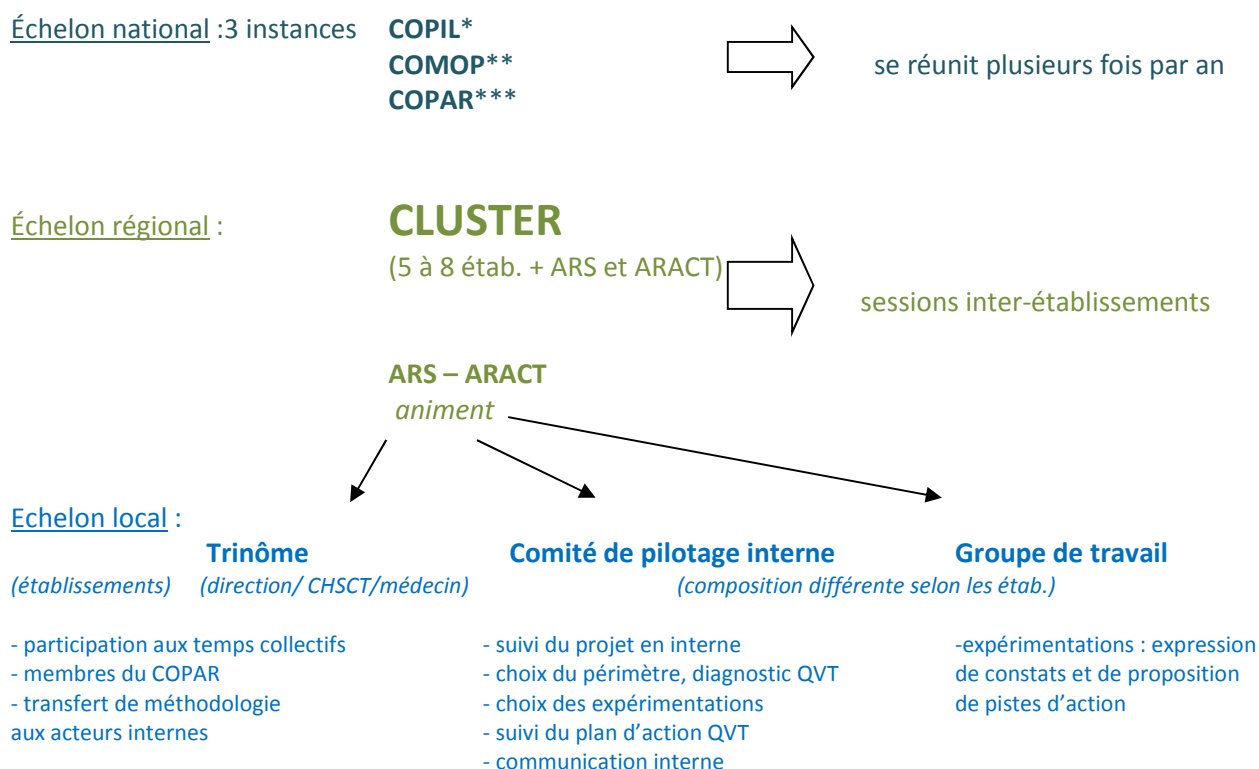
La méthodologie déployée par les ARACT pour accompagner les établissements s'inscrit dans une perspective de « dynamique participative », à laquelle des professionnels sont invités à participer. Il ne s'agit pas d'un dispositif à appliquer mais d'un **moyen d'accompagner et de soutenir l'action des professionnels**. L'objectif de ces « clusters sociaux de qualité de vie au travail » est d'initier dans les établissements des chantiers sur des projets ou des thématiques identifiées comme enjeu du système de santé au niveau régional, notamment par l'ARS mais également par des acteurs locaux.

¹ Cette note synthétise les rapports d'évaluation des Clusters QVT réalisés en 2018 par les chercheurs du LEST Cathel KORNIG, Christophe MASSOT et Christian REVEST

Au sein des établissements, la démarche des clusters se veut collective et paritaire, s'appuyant sur des **trinômes** : représentants de la **direction** / du **personnel** / du **corps médical**. Ceux-ci se font le relai du cluster au niveau de l'établissement, au sein duquel des groupes de travail composés d'acteurs opérationnels se retrouvent ensuite pour échanger sur leurs pratiques dans les services. Le principe repose sur le fait que 5 à 8 structures, regroupées dans une même région, travaillent sur une thématique commune en vue d'accompagner un changement. Des séances inter-établissements sont organisées afin d'échanger sur les expérimentations respectives de chaque participant.

Afin de faciliter le déploiement de cette expérimentation, des outils ont été construits, tels une aide à la création d'**espaces de discussion**, un **atelier « vis ma vie (au travail) »**, et plusieurs thématiques ont pu être abordées, comme celle de la **bientraitance** ou du **travail de nuit**.

Le schéma ci-dessous permet d'appréhender de façon globale l'articulation des différents acteurs nationaux, locaux et territoriaux, autour du dispositif :



*COPIL (comité de pilotage) : représentants de la DGOS, de l'ANACT et de la HAS

**COMOP (comité opérationnel) : COPIL + représentants des ARS et des ARACT

***COPAR (comité paritaire) : COPIL + représentants des fédérations d'employeurs et organisations syndicales

Quelques chiffres

La première vague de clusters (objet de l'étude retracée ici) lancée en 2016 a abouti à **11 clusters** avec l'engagement de 11 ARS et de 79 établissements. Devant le succès de cet appel à candidatures, de l'intérêt porté par les acteurs locaux à la démarche, et des retours positifs tant de la part des établissements que des ARS engagés, une enveloppe d'**un million d'euros** a été redéployée pour lancer un nouvel appel à candidatures sur l'année 2017. Cette seconde vague a donc permis la mise en place de **15 clusters** au sein de 11 régions, impliquant 90 établissements.

II – Evaluation de la première vague de clusters : méthodologie de recherche

Le second dispositif de clusters a, en 2017, également intégré une démarche d'évaluation de la première vague d'expérimentations afin d'analyser et formaliser les résultats obtenus, de capitaliser sur les méthodes mises en œuvre et de les partager au sein de la communauté hospitalière afin que les démarches QVT puissent être déployées en interne par les établissements quand cela s'avère pertinent. Ce bilan qualitatif a été confié à une équipe de chercheurs exerçant au sein du LEST (laboratoire d'économie et de sociologie du travail), pilotée par Cathel KORNIG, sociologue du travail.

Méthodologie utilisée

L'analyse a porté d'une part sur les démarches de 10 établissements sanitaires et médico-sociaux ayant participé à la première vague de clusters sociaux QVT en 2016, et d'autre part sur les dynamiques territoriales de 5 régions. Le choix des établissements a été réalisé par le COPIL en coordination avec les chargés de mission ARACT.

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). Au total, **168 entretiens** ont été effectués par les chercheurs, dont 139 auprès de professionnels des structures hospitalières ou médico-sociales et 29 auprès des acteurs régionaux engagés sur ces clusters.

Dans les établissements étudiés, l'équipe de recherche a cherché à réaliser des tableaux, sous forme d'étude de cas, des actions et dispositifs mis en place, des discussions menées et des décisions prises. Son attention s'est portée sur les démarches pratiques initiées par ces acteurs, comme sur les problèmes qu'ils ne sont pas parvenus à résoudre et qui ont pu interrompre ce processus.

III – Focus sur trois expérimentations²

Afin d'assurer une représentativité dans les situations exposées, il a été fait le choix de sélectionner trois établissements de tailles variées (Dali est un important centre hospitalier, Picasso une petite structure médico-sociale), ayant utilisé des outils différents (Dali a expérimenté le Safari photo, des jeux de rôle ont été réalisés dans l'établissement d'hospitalisation à domicile Picasso) ou s'étant servi du cluster pour accompagner la mise en place d'un changement important, dans le cas de l'établissement Van Gogh.

Dali : un centre hospitalier

Ce centre hospitalier dispose d'environ 1000 lits et comprend 1600 agents 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. Un groupe de travail se met en place au sein du service de chirurgie ambulatoire auquel participent les infirmières

² Pour des raisons de confidentialité, nous avons remplacé les noms et ville des établissements par des noms de peintres.

et aides-soignantes, un brancardier, une chirurgienne du bloc opératoire et la cadre de santé. Ce groupe de travail s'est emparé de l'outil « **Safari Photo** » : les échanges autour des photos prises dans les services ont permis de croiser les regards sur ces situations de travail.

A l'issue 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, des formations et l'aménagement de la salle d'attente pour pouvoir libérer plus vite les chambres en installant les patients dans un endroit confortable avec fauteuil adapté, télévision, radio etc.

Picasso : un établissement d'hospitalisation à domicile (HAD)

Il s'agit d'un très petit établissement déployant une activité d'HAD depuis 2009 et comprenant un effectif de 12 salariés (en ETP). Les conditions d'emploi sont appréciées au regard des horaires, du contenu du travail et des relations interprofessionnelles, 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, c'est pourquoi un simple binôme sera constitué, réunissant ces deux acteurs.

Le directeur de l'établissement s'inscrit dans le cluster début 2016 : son objectif est d'atteindre une amélioration du bien-être et de la performance, notamment sur un sujet relatif à une étape stratégique du parcours du patient, celle de l'entrée en relation avec l'infirmière libérale. Le directeur et le cadre de santé composent 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.

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 avec les personnels libéraux, validée ensuite par la direction et mise en œuvre de suite. Dans la continuité du cluster, l'établissement a aussi déployé une formation sur la communication bienveillante pour laquelle l'établissement a bénéficié d'un financement de l'ARS.

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 se répercute positivement sur la qualité des soins (continuité des interventions de professionnels libéraux, circulation de l'information diagnostique et thérapeutique etc). La principale difficulté rencontrée est **l'essoufflement du groupe de travail une fois l'établissement sorti du cadre du cluster**, car il n'y a plus l'engagement envers l'ARACT pour tenir le calendrier des travaux.

Van Gogh : une clinique psychiatrique

Cette clinique psychiatrique peut accueillir un peu moins de 150 patients pour des courts séjours et emploie plus d'une centaine d'agents. En février 2016, le directeur répond à l'appel d'offre pour participer au cluster, qu'il veut utiliser afin **d'accompagner le projet de déménagement de plusieurs services à l'horizon 2018 dans un nouvel établissement**, afin que celui-ci se déroule dans les meilleures conditions possibles.

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. Un copil interne est également constitué, regroupant les membres du trinôme ainsi qu'un infirmier coordinateur jouant le rôle de porte-parole et un responsable qualité. Le copil interne, sur une proposition de l'infirmier, décide d'aborder la question de la séquence horaire du 6/9h dans le service devant déménager. Un groupe de travail est formé à ce sujet autour de l'infirmier coordinateur, de la responsable qualité et de trois infirmiers d'un service. Il est décidé que le responsable qualité, seul non-soignant du groupe de travail, observera l'activité du service entre 6h et 9h. Il effectuera un compte-

rendu exhaustif de son observation lors de deux séances du groupe de travail, qui dressera ensuite une analyse des dysfonctionnements ou insuffisances de fonctionnement du service.

Après discussions, **plusieurs propositions de solutions alternatives seront élaborées**. Ces propositions étant contradictoires, il est décidé que chacune d'elle sera expérimentée pendant une semaine dans le service, puis évaluée par l'ensemble du personnel et des patients. La proposition d'une distribution des médicaments dans deux salles a notamment permis au directeur de revoir le plan du futur bâtiment afin que celui-ci réponde plus efficacement aux besoins des personnels et rende possible une meilleure qualité des soins.

IV – La dynamique territoriale : un enjeu majeur

En initiant ces clusters autour d'un découpage régional, les concepteurs des clusters sociaux QVT souhaitaient inscrire la qualité de vie au travail de façon durable dans les territoires par **la mise en réseau d'acteurs territoriaux**, envisagée comme un moyen de diffusion et de pérennité. Plusieurs éléments éclairent la difficile territorialisation de l'action sur cette première vague.

Les premiers clusters sociaux QVT sont mis en place dans le **contexte particulier du nouveau découpage des régions administratives**, celui-ci devant entrer en vigueur au 1er janvier 2016. Plusieurs ARACT et ARS étaient alors en pleine reconfiguration au moment du lancement des clusters. Dans les régions étudiées, la construction du partenariat ARS/ARACT et la réponse à l'appel à projet ont été réalisés dans un laps de temps jugé trop court alors qu'une construction de projet avec de nouveaux partenaires nécessitait un temps dédié. Cette temporalité a donc contraint les porteurs des clusters à constituer rapidement un groupe d'établissements de santé, mobilisable conjointement autour du projet QVT.

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

Lors de la première vague des clusters, la démarche territoriale est naissante, aussi cette dynamique n'a pas été immédiate, dans la mesure où elle réunissait des acteurs qui ne se connaissaient pas et qui n'étaient pas habitués à travailler ensemble.

Il convient de rappeler que ce constat porte uniquement sur la première année des clusters : il semble qu'à l'issue de la deuxième année, cette dynamique territoriale a commencé à émerger, qui appellerait une analyse complémentaire.

V – Les leviers identifiés comme déterminants pour une démarche QVT efficace

La mise en discussion d'un intérêt commun

Les établissements parvenus à mener effectivement une démarche QVT sont ceux qui ont cherché à définir un problème commun intéressant l'ensemble des acteurs du Copil interne. En effet, **l'élaboration d'un objet commun par le Copil interne**, implique que l'ensemble de ses acteurs puissent faire valoir leurs attentes spécifiques et ceux des mondes professionnels ou des groupes auxquels ils appartiennent. Si ces acteurs ne peuvent exprimer leurs problèmes spécifiques, leur engagement dans le dispositif QVT sera nécessairement compromis. Le Copil ne peut être un espace de construction de l'engagement de ses différents acteurs qu'à la condition qu'ils puissent, chacun, y faire valoir ce qui, pour eux, est important et pose problème.

Ainsi, dans les établissements dans lesquels des acteurs n'ont pu exprimer leur point de vue, ces derniers ne se sont pas mobilisés dans la démarche QVT. Et certains ont volontairement refusé d'y

participer, considérant que leurs problèmes étaient ignorés ou que des sujets leur étaient imposés. Ce principe est clairement exprimé par ce professionnel de santé, un infirmier, siégeant dans un Copil interne QVT : « *Je pense... Non, je peux vous dire que tant qu'on ne sera pas écoutés, ça n'avancera pas et l'ensemble des collègues ne viendront pas dans ces histoires !* ».

L'attribution d'un pouvoir d'initiative et d'action aux acteurs impliqués dans la démarche

Les démarches QVT sont fondées sur la recherche du développement de la **capacité des agents à pouvoir s'exprimer et agir sur le contenu de leur travail**. La possibilité qu'auront les personnels de santé de pouvoir s'exprimer sur les problèmes qu'ils jugent, de leur point de vue, importants, est une condition essentielle pour la réussite de la démarche. Il leur faut disposer d'un pouvoir d'initiative dans l'élaboration des problèmes et des objectifs du cluster, afin qu'ils puissent y participer pleinement.

Le transfert d'un pouvoir d'initiative est tout à la fois la finalité et le moyen. Autrement dit, pour qu'une démarche QVT puisse être initiée, il faut que soient déjà réunies les conditions de cette démarche : pour que les personnels voient leur capacité d'expression et d'action se développer, ils doivent déjà disposer de cette capacité. Ce préalable au transfert d'un pouvoir d'agir des personnels réside dans la formulation d'une demande intéressée du responsable de l'organisation

Par ailleurs, **la perspective que le cluster fera émerger des propositions d'actions concrètes**, permettant d'améliorer le contenu du travail, est également une condition pour recueillir l'adhésion des participants et la réussite du projet.

La représentativité des professionnels engagés

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

Dans les établissements dans lesquels les acteurs des trinômes sont de **véritables porte-paroles**, les représentants du personnel sont actifs dans leur CHSCT et soutenus par cette instance, les représentants du corps médical ont une légitimité professionnelle et les représentants de la direction disposent d'une autorité opérationnelle ou d'un mandat effectif.

Le porte-parole est le relais de la définition du problème commun. Convaincu par le projet, le porte-parole doit transmettre le discours à son groupe de pairs. Cette étape est indispensable pour permettre l'engagement des acteurs au moment de la mise en œuvre du plan d'expérimentation.

Au sein de ce trinôme, **le porte-parole de la direction doit notamment avoir un réel pouvoir décisionnaire** pour permettre de soutenir la démarche jusqu'à son terme. Si le plan d'action proposé à l'issue du cluster n'est pas mis en œuvre, il en découle des effets néfastes dans l'établissement en termes de reconnaissance et d'implication des professionnels. Cela a été observé dans un établissement pourtant moteur dans le cluster au départ.

V – Conclusion et préconisations

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette évaluation qualitative des premières démarches QVT.

Un constat essentiel est que le moyen d'une démarche QVT efficace est la mise en discussion collective des détails des tâches/activités de chaque groupe professionnel qui permet d'ancrer le projet immédiatement dans les attentes des soignants. Elle permet ainsi de mobiliser rapidement l'engagement et l'énergie de ces équipes opérationnelles dans les dispositifs QVT. Cela permet *in fine* d'ouvrir rapidement sur des transformations effectives et concrètes de ce qui est pratiqué au quotidien dans les services.

La dynamique territoriale revêt également une importance majeure. Lors de la première vague des clusters, la démarche territoriale naissait, aussi cette dynamique n'a pas été immédiate. Il conviendra de favoriser à l'avenir une plus grande intégration du portage régional ARS – ARACT sur les territoires afin de gagner en réactivité dans la mise en place et le suivi des actions. Cet ancrage dans les problématiques locales pourra permettre à la QVT de répondre aux besoins des différents acteurs. Il serait également bénéfique de pouvoir s'appuyer sur des référents QVT identifiés au sein des ARS pour faciliter le déploiement d'actions et structurer des liens pérennes avec les ARACT.

De manière générale, il apparaît que l'existence d'un climat social dégradé dans un établissement ne favorise pas le lancement d'une expérimentation QVT aux retombées positives. Une démarche QVT ne pourra être développée de façon effective dans un milieu où les espaces de régulation conjointe et de discussion se sont rétractés, séparant progressivement l'encadrement des équipes opérationnelles. A ce titre, le rôle de la direction est essentiel en ce qu'elle permettra aux agents en charge de l'expérimentation de s'exprimer et être force de proposition. Le représentant du personnel est également un acteur-clé dans le dispositif.

Enfin, une vigilance particulière devra être accordée à la solidité et la représentativité des acteurs impliqués dans le projet ainsi qu'au turn-over des personnels engagés qui ne permet pas l'installation d'une démarche QVT sur le long terme.

Aujourd'hui, l'importance de l'accompagnement déployé par les ARACT au sein des établissements montre que la pérennité de ces démarches n'est pas encore assurée. La présence d'un intervenant extérieur capable de soutenir et relancer le projet reste indispensable. Néanmoins, la deuxième vague d'expérimentation montre une mobilisation générale des acteurs dans la démarche et des retombées positives encourageantes.

Pour en savoir plus :

- « *Evaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements de soins en 2016 – Monographies d'établissements* »

- « *Evaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements de soins en 2016 – Rapport transversal* »

- « *Evaluation des clusters sociaux qualité de vie au travail dans les établissements de soins en 2016 – Synthèse du rapport transversal* »

Travaux réalisés par Cathel KORNIG (docteur en sociologie, chercheur associé au Laboratoire d'Economie et de Sociologie au Travail (LEST), de l'Université d'Aix-Marseille), Christophe MASSOT (docteur en gestion, chercheur associé au Centre de Recherche sur le Travail et le Développement (CRTD) du CNAM) et Christian REVEST (ergonome conseil)