



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Revue de littérature

**Qualité de vie au travail et
qualité des soins**

Janvier 2016

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

Haute Autorité de Santé – Service Développement de la Certification
2 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

Sommaire

Introduction	5
Méthodologie	6
1. Des conditions de travail à la qualité de vie au travail : impossible de ne pas tenir compte du passé pour comprendre la situation actuelle et ses enjeux	9
2. Une littérature plurielle, un paradigme commun autour du travail vu comme un risque, un tableau préoccupant	13
2.1 Etudes et enquêtes statistiques dressent un portrait dégradé des conditions de travail malgré de récentes améliorations	13
2.2 Recherche et études en sciences sociales et en sciences de gestion interrogent le contexte politique et économique et ses impacts	18
2.3 La recherche en santé publique questionne le lien entre la qualité et la sécurité des soins et l'environnement de travail	28
3. Un nouveau paradigme sur les ressources de l'activité	32
3.1 Postulat de départ : la clinique de l'activité	32
3.2 Les ressources pour répondre aux exigences de l'activité et leur effets vertueux	33
3.3 Des modèles, des démarches qui émergent	39
Conclusion	44
Bibliographie	45

Ce document a été réalisé par Mme Cathel Kornig, chercheure associée au Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail (LEST), Mme Pascale Levet, (ex directrice technique et scientifique de l'Anact) et Mme Véronique Ghadi, chef de projet, au service du développement de la certification.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, avec l'aide de Mme Renée Cardoso.

La mise en page du document et son suivi jusqu'à sa mise en ligne ont été assurés par Mme Rébéha Bénabou.

Pour tout contact au sujet de ce document :

Tél : 01 55 93 72 62

Courriel : v.ghadi@has-sante.fr

Introduction

Qualité de vie au travail et qualité des soins sont intimement liées.

Cette conviction portée par la HAS, corroborée par les témoignages de professionnels et d'usagers¹, est à l'origine de l'introduction d'un critère sur la « promotion de la qualité de vie au travail » dans le manuel de certification V2010 et des travaux menés en lien avec l'Anact depuis cette époque. Cette conviction a été partagée, travaillée, approfondie avec les acteurs du secteur pendant plus de deux ans pour aboutir à un socle commun autour de la définition et du contenu du concept de qualité de vie au travail, de ses enjeux et de ses principes méthodologiques. Cette première phase de travail s'est achevée par la présentation au Collège de la HAS de documents retraçant l'ensemble des réflexions produites par les acteurs engagés dans le cadre des travaux menés, puis par leur publication sur le site de la HAS².

Le Collège a alors souhaité que cette conviction partagée par l'ensemble des acteurs, soit également étayée par une analyse systématique de la littérature, afin d'en asseoir le fondement scientifique.

Le premier enjeu dans nos travaux consistait à définir ce qu'est la qualité de vie au travail ; la HAS a largement contribué et bénéficié en retour de l'ensemble des travaux conduits par les partenaires sociaux, les chercheurs et experts, les acteurs de terrain pour poser une définition robuste. Celle-ci, reprise dans l'ANI QVT du 19 juin 2013, précise : « 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. (...) La Qualité de Vie au Travail (QVT) 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 entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment ». Cette définition exprime clairement une nouvelle façon de négocier et d'agir : il ne s'agit pas de rajouter toujours plus de moyens ou de contraintes procédurales, mais de proposer un modèle plus intégratif visant à renouveler le management et soutenir davantage l'implication des professionnels.

Récemment, le terme de qualité de vie au travail n'existe pas ou peu en tant que tel dans la littérature, notamment internationale. Le sujet a donc été abordé par les deux piliers de la QVT, c'est-à-dire les conditions de travail des salariés (organisation du travail, management, etc.) et la performance, afin de couvrir au mieux les différents aspects du sujet.

Les publications qui ont émergé de l'analyse de la littérature ont conduit à prendre en compte les travaux menés par des chercheurs de diverses disciplines : épidémiologie, sociologie, sciences politiques, sciences de gestion, santé publique... Cette diversité a permis de mettre en exergue un matériau riche, éclairant l'évolution des conditions de travail de ces 20 dernières années, l'impact des innovations techniques et organisationnelles sur les prises en charge des patients et sur le travail des professionnels, l'impact des réformes...

Une proportion importante de ces travaux pose un constat plutôt négatif sur l'évolution des conditions de travail et leur impact sur la qualité des soins. Ce constat est étayé par la production des grandes enquêtes de la statistique nationale (statistiques sur la santé physique et mentale au travail et sur leur impact en termes de turn-over, d'absentéisme, d'invalidité, d'abandon de la profession), il est éclairé par les apports des sciences sociales et sciences de gestion, qui ont largement contribué au débat en s'intéressant notamment à l'impact des réformes et de l'évolution du système de santé sur le bien-être des professionnels et les conditions du bien travailler ensemble. Enfin, on peut distinguer un troisième type de littérature davantage orienté santé publique, constitué pour une grande part par la littérature internationale, complétée par les travaux français, qui souligne, voire quantifie l'impact des organisations, du management, des conditions de travail sur la qualité des soins et la sécurité du patient.

Ces travaux proposent des éclairages intéressants pour mieux appréhender la situation actuelle, ceci étant, ils sont insuffisants pour ouvrir de nouvelles voies d'action. C'est pourquoi, nous nous sommes attachées à repérer et valoriser les travaux qui se fondent sur une approche positive du travail, cons-

¹ La préparation du manuel V2010 avait conduit la HAS à commander auprès de IPSOS une enquête sur les attentes et les perceptions des professionnels vis-à-vis de la certification d'une part, et à conduire une enquête qualitative auprès des usagers et de quelques professionnels sur la notion de maltraitance ordinaire.

² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

truite sur les ressources de l'activité, plutôt que sur les risques, ainsi qu'y invite la notion même de qualité de vie au travail.

La structuration de cette revue de la littérature est le reflet de cette réflexion. Elle propose en outre une incursion dans une brève histoire des conditions de travail qui permet de comprendre le contexte, les enjeux et les limites des travaux présentés ensuite.

Précaution de lecture

Le sujet de la qualité de vie au travail concerne tout un chacun, il renvoie à son propre vécu de professionnel, de manager, de responsable de politiques publiques. C'est un sujet qui ne laisse pas indifférent. Produire une revue de littérature a pour ambition d'essayer d'objectiver certains points, certaines données, certaines dimensions. Ceci étant, les résultats d'une telle recherche sont nécessairement liés au matériau existant, une revue de littérature sur un tel sujet ne peut être exhaustive par définition. Ils ne peuvent pas répondre à toutes les questions, ni aborder toutes les situations de manière approfondie. Ils dépendent de la commande publique pour évaluer les politiques mises en place, des thématiques abordées par les chercheurs ou des terrains qui leur ont été mis à disposition. Certains pourront à juste titre regretter, que le secteur hospitalier public ait été plus souvent étudié que le secteur privé, que les professionnels infirmiers aient suscité plus de recherche et d'observations que d'autres professions au sein des établissements, que les résultats des travaux internationaux soient parfois difficilement transposables directement à la situation de la France (la réglementation, l'offre de soins, les financements étant différents d'un pays à l'autre).

Pour autant, les enseignements des uns peuvent servir aux autres, et au-delà de toutes ces limites, puisse cette revue de littérature instruire, inspirer, donner envie de collaborer à l'ensemble des acteurs en faveur d'un bien-être de l'ensemble des professionnels et in fine d'une meilleure qualité des soins.

Méthodologie

Les sources d'informations suivantes ont été interrogées :

- Bases de données bibliographiques automatisées ;
- Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis);
- BDSP Banque de Données en Santé Publique ;
- CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature);
- Science Direct (Elsevier) ;
- Cairn (revues de sciences humaines et sociales).

La stratégie de recherche documentaire suivante a été utilisée :

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Impact sur la qualité et la sécurité des soins		01/2005-01/2015	
Étape 1 et Étape 2	"Burnout, Professional"[Mesh] OR "Workload"[Mesh] OR "Job Satisfaction"[Mesh] OR "Health Facility Environment"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Patient-Centered Care"[Mesh] OR quality of work life OR work environment* OR working condition* Or burnout [title] AND "Quality of Health Care"[Mesh:NoExp] OR "Accreditation"[Mesh] OR "Medical Errors"[Mesh] OR "Patient Safety"[Mesh] OR Quality of care OR accreditation OR error OR safety [title]		5039
Méta-analyses et revues systématiques		01/2005-01/2015	
Étape 3 et Étape 4	Étape 1 et étape 2 "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" OR "pooled analysis" Field: Title/Abstract		202

Seul le listing correspondant aux revues systématiques a été exploité.

Des recherches complémentaires ont été effectuées :

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Dialogue social/qualité, sécurité des soins		01/2005-01/2015	
Étape 5	"Burnout, Professional"[Majr] OR "Workload"[Majr] OR "Job Satisfaction"[Majr] OR "Health Facility Environment"[Majr] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "Patient-Centered Care"[Mesh] OR quality of work life OR work environment* OR working condition* Or burnout [title] AND "Personnel Management"[Majr] OR "Labor Unions"[Majr] AND "Quality of Health Care"[Mesh:NoExp] OR "Accreditation"[Mesh] OR "Medical Errors"[Mesh] OR "Patient Safety"[Mesh] OR Quality of care OR accreditation OR error OR safety [Title/Abstract] AND Hospital*[Title/Abstract]		262
Absentéisme		01/2005-01/2015	
Étape 6	"Personnel, Hospital"[Mesh] OR "Personnel Administration, Hospital"[Mesh] OR "Health Personnel"[Mesh] OR nurs* OR nurse* aide* or nurse* assistant* OR surgeon* Or doctor*[title] AND "Absenteeism"[Mesh] OR absent*		13

Type d'étude/sujet	Termes utilisés	Période de recherche	Nombre de références
Conflit à l'hôpital et Qualité des soins, sécurité des soins		01/2005-01/2015	
Étape 7	"Interprofessional Relations"[Mesh] Or conflict*[title] AND ("Quality of Health Care"[Mesh:NoExp] OR "Accreditation"[Mesh] OR "Medical Errors"[Mesh]) OR "Patient Safety"[Mesh] OR Quality of care OR accreditation OR error OR safety) Field: Title/Abstract AND Hospital*[Title/Abstract]		54
Turnover à L'hôpital et Qualité des soins, sécurité des soins		01/2005-01/2015	
Étape 8	"Personnel Turnover"[Majr] Or turnover Field: Title AND ("Quality of Health Care"[Mesh:NoExp] OR "Accreditation"[Mesh] OR "Medical Errors"[Mesh]) OR "Patient Safety"[Mesh] OR Quality of care OR accreditation OR error OR safety) Field: Title/Abstract AND Hospital*[Title/Abstract]		60

Des recherches complémentaires ont été effectuées sur les publications d'experts francophones.

Les sites Internet internationaux des sociétés pertinentes sur le sujet ont été explorés systématiquement.

- Agence Nationale d'Appui à la Performance
- Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- Agency for Healthcare Research and Quality
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- CISMeF
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- Fédération Hospitalière de France
- Haute Autorité de Santé
- Inspection Générale des Affaires Sociales
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- Institute for Healthcare Improvement (IHI)
- Institut national de recherche et de sécurité
- King's Fund
- World Health Organization

1. Des conditions de travail à la qualité de vie au travail : impossible de ne pas tenir compte du passé pour comprendre la situation actuelle et ses enjeux

L'objectif de cette partie est de repartir des origines, pour comprendre comment le champ des conditions de travail a progressivement émergé, s'est structuré et transformé tant au regard des enjeux sociétaux et que du fait des évolutions du système économique et productif, pour arriver aujourd'hui à poser la question de la qualité de vie au travail. Ce faisant, il s'agit de mieux éclairer le lecteur sur les logiques et enjeux sous-jacents qui soutiennent la QVT aujourd'hui.

« Le terme « conditions de travail » renvoie à l'environnement dans lequel vivent les travailleurs sur leur lieu de travail. Il intègre la notion de pénibilité et de risques encourus dans l'exercice du travail » (1).

Cependant, les conditions de travail ne peuvent se réduire à des caractéristiques externes à l'activité en elle-même où les individus seraient exposés passivement : *« la psycho-dynamique du travail a établi que le risque, voire la pénibilité, peut, sous certaines conditions (et surtout quand il est difficile de s'en protéger), être nié ou valorisé, cette négation ou valorisation prenant place dans la construction de la santé mentale au travail » (1).*

Les conditions de travail ne se résument donc pas au seul environnement physique de travail, mais englobent les conditions d'exercice de l'activité. Aujourd'hui, on parle de plus en plus des conditions DU travail (2, 3).

Retour aux origines de l'émergence d'un droit du travail

Aujourd'hui, les conditions du travail sont régies à la fois par un droit du travail qui a émergé à la fin du 19^e siècle et par les résultats de multiples négociations entre les partenaires sociaux depuis les années 70.

Fin 19^e, c'est essentiellement autour d'un enjeu de « conservation de la main d'œuvre » que se sont élaborées les premières règles du droit du travail : protection de la main d'œuvre fragile à savoir les femmes et les enfants puis introduction de règles d'hygiène et de sécurité dans les entreprises. L'affirmation de la responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail en 1898 entérine un trait central de la société salariale : la subordination s'échange contre de la protection.

Après la Seconde Guerre mondiale, dans un contexte de reconstruction et d'instauration d'un état providence et plus protecteur, de nouvelles règles sont édictées dans le champ de la prévention des risques ; les résultats s'apprécient à la fois dans la diminution de 30 % des accidents du travail sur une dizaine d'années et dans la modernisation des installations productives. En effet, la prévention des risques professionnels s'enrichit d'une nouvelle approche autour de l'analyse des situations de travail, approche portée en particulier par l'ergonomie. Au total, ces avancées progressives dans la protection des professionnels sont le fruit de dynamiques plurielles résultant de revendications syndicales, mais également de mobilisations patronales autour de l'enjeu général de « préserver les conditions de reconductions et de reproduction de la société industrielle » (4).

Ceci étant *« le droit dit « du travail » », issu de la seconde révolution industrielle est plutôt un droit des relations professionnelles, qui règle les termes de l'échange salarial. Il a pour paradigme l'emploi salarié, qui insère un statut de nature à garantir la sécurité physique des travailleurs, à limiter la durée de leur travail et à leur assurer un salaire décent, mais qui ignore le travail lui-même. Le périmètre de*

la justice sociale a été restreint aux termes de cet échange salarial, c'est-à-dire à des quantités de temps et d'argent, tandis que la dimension qualitative du travail, son sens et son organisation, étaient censés relever d'une pure rationalité technoscientifique. L'essor d'une politique de l'emploi s'est ainsi payé d'une dépolitisation du travail » (5).

Globalement, le résultat en est un droit du travail qui ignore le travail lui-même et un échange salarial qui entérine la subordination et qui se concentre sur la redistribution, la compensation, la réparation. En France, jusque dans les années 1970, les efforts consentis pour améliorer la condition de l'homme moderne restent concentrés sur ses droits de citoyen et le maintien d'une vision frustrée du travailleur, et donc du travail, prévaut (6).

La concertation et le dialogue social pour accompagner l'institutionnalisation des conditions de travail

La fin des années 60 voit les conflits sociaux au travail se multiplier, rendant la concertation incontournable notamment pour résoudre et dépasser la critique du modèle fordiste et de l'organisation scientifique du travail. Un nouveau modèle productif émerge où la création de valeur naît davantage des temps d'échange et des modalités de coopération que de la rigidité de la division des tâches. Progressivement les nouvelles formes d'organisation privilégient les échanges et les savoirs, l'autonomie et la responsabilisation. L'évolution des appareils productifs et l'émergence d'une vision du travail, source d'expression personnelle, rend caduque la régulation par la seule voie réglementaire et rend, au contraire, incontournable la participation des salariés, l'échange et la concertation. La question des conditions de travail devient alors un enjeu du dialogue social. Les partenaires sociaux s'attaquent à de nombreux et divers objets que ce soit l'environnement physique de travail, l'hygiène et la sécurité, le travail posté, le rythme de travail et les cadences, les horaires flexibles, le salaire au rendement, la participation à l'organisation, etc.

Mais l'attention portée aux conditions de travail est encore fragile et le chômage de masse, dès la fin des années 80, va les rétrocéder au second plan : l'enjeu premier des politiques publiques et des négociations entre les partenaires sociaux se réduit à nouveau à la seule question de l'emploi et de son maintien. Le travail est alors considéré comme un coût ; c'est une variable d'ajustement pour les entreprises en recherche de performance. Cette mise à l'écart des conditions de travail au profit des questions d'emploi s'illustre particulièrement lors de la mise en place des 35h pour lesquels les enjeux en matière de conditions DU travail n'ont pas ou peu été pris en compte (7).

On arrive ainsi au début des années 90 où toutes les conditions sont réunies pour faire surgir le spectre des risques psycho-sociaux (RPS).

De la prévention des risques psycho-sociaux à la promotion de la qualité de vie au travail / ou comment la lutte contre les RPS remet en question l'approche par les risques et pousse à la qualité de vie au travail

Les années 90 puis 2000 sont marquées par une obligation de négociation sociale sur des sujets de plus en plus nombreux, et dont les résultats auront un impact plus ou moins positif selon s'ils sont connectés aux logiques techniques, professionnelles et organisationnelles et prennent en compte les contraintes du travail.

En parallèle, les entreprises publiques ou privées, les administrations et les collectivités ont été transformées par l'introduction de dispositifs de rationalisation axés sur les démarches qualité, le développement des systèmes d'informations, le renouvellement de l'outillage managérial dans un contexte de réorganisation en continu. Partout, le travail a été inscrit dans un régime nouveau, un régime paradoxal : à la fois centré sur l'autonomie, la responsabilité, la mobilisation de la subjectivité

et à la fois découpé en tranches, en tâches, en unités productives faisant l'objet de ratios gestionnaires de plus en plus nombreux et raffinés.

Ces transformations ont suscité de nouvelles attentes et de nouvelles difficultés qui ont nécessité de nouvelles formes de régulations. Cela s'est traduit dans un premier temps par une inscription des tensions dans la seule grille de lecture proposée par la notion de harcèlement moral, donnant lieu à une judiciarisation importante qui a conduit à une impasse. L'introduction de la notion de RPS, en réinstaurant un cadre collectif autour d'un nouveau registre de revendication, a permis de rouvrir de nouvelles voies de négociations, d'autant que l'État s'est gardé de légiférer et d'imposer de nouvelles prescriptions réglementaires sur ce sujet, considérant que l'expression de la souffrance et des risques psycho-sociaux est d'abord le symptôme d'un déficit de dialogue social sur le travail et ses conditions de réalisation.

La lutte contre les RPS va conduire à une remise en question de l'approche par les seuls risques.

En 2010, le Rapport Lachmann Larose Pénicaud pour « *le bien-être et l'efficacité au travail : 10 propositions pour l'amélioration de la santé psychique au travail* » ouvre une voie supplémentaire en affirmant que les enjeux de conditions de travail débordent de plus en plus largement le seul champ de la prévention et du travail envisagé comme un ensemble de risques (8).

Le rapport rencontre alors un large écho, coïncidant aussi avec ce que dirigeants, représentants du personnel, préventeurs et conseils ont commencé à expérimenter dans leurs démarches de prévention des RPS³ : ils réalisent en effet qu'une conception étroite des enjeux du travail n'intègre pas ses dimensions positives en tant que créateurs de valeur et facteur de développement des personnes.

En 2013, un nouveau cadre de référence est travaillé par les partenaires sociaux à partir de la notion de Qualité de Vie au Travail^{4, 5}. Cette dernière n'est pas récente, mais la lecture qu'en donnent aujourd'hui les partenaires sociaux révèle potentiellement une nouvelle ambition : il s'agit de dépasser les impasses de la souffrance au travail pour repositionner le travail au cœur d'enjeux capables d'articuler conjointement performance économique et performance sociale. Ce faisant, il s'agit de faire émerger des modalités de construction de nouveaux compromis collectifs, par les acteurs sociaux (9).

Les acteurs, au sein de nombreuses organisations, ont pris conscience que les nouveaux équilibres socio-économiques ne pourraient guère être atteints en se limitant à étendre le champ de la prévention, à continuer de faire la même chose, en plus et en mieux, et à s'inscrire dans une « surenchère gestionnaire ». Il s'agit en fait de progresser dans la maîtrise d'une meilleure articulation entre le travail réel (les professionnels étant appelés à s'engager personnellement pour que les organisations fonctionnent), et les conditions d'exercice de l'activité qui réclament des régulations et discussions collectives pour atteindre l'efficacité productive tout en préservant sa santé au travail.

Les multiples tensions qui traversent le contexte actuel nous invitent, pour ne pas répéter les erreurs de l'histoire, à se saisir de ces enjeux à bras le corps ; alors que le travail n'était abordé que par sa face sombre, celle de la souffrance, il fait aujourd'hui l'objet de réflexions nombreuses sur sa dimension positive. C'est une ouverture majeure pour se saisir de l'épaisseur humaine du travail, ce qu'aucun outillage de gestion réduit à l'impératif des seuls résultats chiffrés ne permet. La perma-

³ Voir notamment l'ensemble des travaux conduits et documentés dans de nombreux articles et interviews de Philippe Douillet, chef du projet RPS à l'Anact.

⁴ La délibération sociale sur la Qualité de Vie au Travail s'est achevée au Medef le 13 juin 2012 et la négociation nationale interprofessionnelle a débouché sur un ANI en juillet 2013.

⁵ Le lecteur intéressé pourra suivre avec intérêt l'ensemble des travaux de l'Anact pilotés par Julien Pelletier, chef du projet QVT et se procurer La Revue des Conditions de Travail qui consacrera son numéro de fin 2015 au thème de la Qualité de Vie au Travail.

nence de sa dimension humaine en termes d'accomplissement et de reconnaissance est une ressource puisque quoi qu'on fasse pour la réduire, comme dans le taylorisme par exemple, elle résiste au nom de la spécificité de l'être humain, toujours soucieux de donner du sens à ce qu'il fait : pas de bien-être sans bien faire⁶.

⁶ D'après l'éditorial de Jacques Le Goff, Ouest France, septembre 2015

2. Une littérature plurielle, un paradigme commun autour du travail vu comme un risque, un tableau préoccupant

La recherche bibliographique a fait émerger différentes natures de littérature. Schématiquement, elles sont de trois types, qui abordent chacun le sujet des conditions de réalisation du travail et du lien avec la qualité des soins sous des angles différents et complémentaires :

- une littérature essentiellement statistique qui se centre sur une description des conditions de travail, mettant en exergue les difficultés et l'impact sur l'organisation du travail ;
- une littérature issue des sciences sociales qui pose un regard critique sur l'impact des réformes et évolutions politiques sur l'organisation des établissements et des collectifs de travail ;
- une littérature de santé publique, présentant des travaux quantitatifs, mettant en évidence un impact direct des conditions de travail et des organisations sur la qualité et la sécurité des soins.

Malgré des cadres épistémologiques différents, ces travaux convergent tous vers une mise en lumière du lien entre conditions de travail et qualité des soins et se fondent principalement sur une approche par le risque.

2.1 Etudes et enquêtes statistiques dressent un portrait dégradé des conditions de travail malgré de récentes améliorations

► Des conditions de travail difficiles avec une charge mentale importante.

Le secteur des établissements de santé se caractérise globalement par une pénibilité des conditions de travail évaluée au même niveau, voire à un niveau plus important que celle du secteur du BTP (10). Si la publication en 2014 de la DREES (11) montre une amélioration récente sur un certain nombre de dimensions, il est nécessaire de signaler que la période allant des années 1990 jusqu'au milieu des années 2000 avait plutôt été caractérisée par une dégradation des conditions de travail.

Les différentes études statistiques qui se sont intéressées aux conditions de travail ont mis en exergue plusieurs types de contraintes :

- les contraintes horaires, notamment le travail de nuit et le week-end ;
- le rythme de travail ;
- les contraintes physiques ;
- la relation avec le public ;
- la charge mentale ;
- la charge émotionnelle.

Les contraintes horaires

Les conditions de travail des soignants sont avant tout marquées par l'importance des horaires atypiques (travail de nuit, week-ends et jours fériés). Selon l'enquête « conditions de travail » de la DARES réalisée en 2013, 70% des salariés du secteur hospitalier déclarent travailler le samedi ; ils sont 64% à travailler le dimanche et 33% la nuit. Il s'agit principalement des professionnels soignants : médecins, infirmiers et aides-soignants.

Le personnel hospitalier est majoritairement constitué de femmes. Ces dernières représentent les trois quarts du personnel des hôpitaux en 2008 et travaillent donc en proportion non négligeable la nuit (alors que pour l'ensemble des salariés en France, ces horaires sont plutôt passagers ou exceptionnels dans les parcours professionnels) ou en horaires alternants (qui sont par ailleurs la norme dans les établissements de santé pour 48 % du personnel non médical et 60 % du personnel soignant et éducatif) (12).

La synthèse sur le travail de nuit des infirmiers et ses effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins, réalisée par Cécile Betout et son équipe, illustre parfaitement les conséquences de cette organisation du travail sur les soignants. Travailler de nuit comporte des risques pour les soins en raison de la fatigue et des possibles manques de communication avec les équipes de jour. Si les auteurs soulignent combien la nuit favorise des qualités relationnelles et une autre approche du patient, le travail de nuit n'est pour autant pas « naturel » et a des conséquences également sur la santé des soignants, notamment avec une dérégulation du rythme circadien, des heures de repas décalées qui favorisent le grignotage et le risque d'accident du travail qui augmente durant ces heures de travail (13). Travailler de nuit n'est pas sans risque pour les soignants et pour leurs vies personnelles. En effet, cela permet, comme c'est souvent mis en avant, aux infirmières de s'occuper de leurs enfants le jour, si tant est qu'elles soient assez reposées, mais cela expose également à des décalages avec le conjoint et peut rendre la vie familiale « *particulièrement compliquée* » (13).

Le rythme de travail

Les contraintes de rythme se sont accentuées à l'hôpital, entre 1998 et 2003, avec un impact sur les aides-soignants, les agents de services hospitaliers ou les infirmiers (14). Durant cette même période, les rythmes et délais à respecter ont été en augmentation, selon les soignants (ils sont 24 % à déclarer en 1998 un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure ou plus et 48 % en 2003). La part des soignants estimant ne pas avoir le temps de faire correctement leur travail est passé de 32 à 41 % (15).

Entre 1998 et 2003, la part des actifs hospitaliers déclarant que leur travail leur demande de ne pas le quitter des yeux est passée de 30 à 60 % (15).

En revanche, l'étude sur les conditions de travail réalisée en 2013 montre une amélioration du rythme de travail sur plusieurs points. En effet, si ces contraintes de rythme restent encore supérieures à l'hôpital par rapport aux autres secteurs d'activité, la proportion de professionnels hospitaliers déclarant un rythme de travail imposé par des normes de production a chuté, se stabilisant en 2013 à 30% (16, 17). Par ailleurs, la proportion de salariés déclarant devoir se dépêcher toujours ou souvent passe de 68% à 64% entre 2003 et 2013, contre 46% pour l'ensemble des salariés tous secteurs confondus (11).

Toutefois, en contrepoint de ces améliorations, les résultats de l'enquête montrent une dégradation sur deux items :

- le poids des contrôles informatiques sur le rythme de travail a augmenté et se situe aujourd'hui à 41%, là encore un score supérieur à l'ensemble des professionnels, la hausse atteignant 30% pour les aides-soignants, les infirmiers et les sages-femmes ;

- le morcellement du travail est plus important : 80% des salariés du secteur hospitalier (contre 72% en 2003) déclarent devoir fréquemment interrompre leur travail pour une tâche non prévue (11).

Les contraintes physiques

Là encore, si jusqu'en 2003, les constats allaient vers une accentuation des contraintes physiques, les résultats de l'enquête de 2013 sur les conditions de travail montrent une nette amélioration.

Les efforts physiques (effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux et fatigants) caractérisent le travail des soignants et ont été en augmentation chez tous les soignants et tout particulièrement pour les aides-soignants et les agents de service hospitaliers (15). « *C'est le secteur professionnel qui connaît le plus de lombalgies, devant le BTP⁷. Un soignant sur cinq souffre de sciatique à 45 ans* » (18).

En 2013, même si ces contraintes restent élevées, elles ont fortement diminué :

- une diminution de 11% des salariés déclarant effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents ;
- une diminution de 11% des salariés déclarant des difficultés liées aux mouvements douloureux ou déclarant être fatigués (-13% chez les infirmiers et sages-femmes ; - 22% chez les médecins ou assimilés).

Les relations avec le public

Le contact avec le public est potentiellement source de tensions ressenties avec les patients : parmi les soignants se sentant exposés à un risque d'agression verbale (57 % des soignants), les trois quarts ont été effectivement sujets à ce type d'agression. Un observatoire national des violences en milieu de santé (ONVH) a vu le jour en France en 2007, témoignant de l'importance de ce phénomène. En 2012, l'ONVH⁸ a recensé plus de 11 000 signalements (70 % d'atteintes aux personnes et 29 % d'atteintes aux biens). La moitié des atteintes aux personnes sont des violences physiques (dont la moitié concerne des coups, bousculades, crachats). Les services les plus exposés sont les mêmes depuis plusieurs années : la psychiatrie, les urgences et les services accueillant les personnes âgées (19).

La DREES, dans son panorama de la santé, utilisant les résultats de différentes enquêtes en déduit que « *La proportion de salariés ayant des rapport tendus avec le public (patients ou accompagnants, par exemple) a augmenté, en particulier pour les professionnels les plus exposés : les agents d'entretien (19% en 2003, 32% en 2013) les aides-soignants (43% en 2003, 56% en 2013) et les infirmiers et sages-femmes (54% en 2003, 66% en 2013)* » (11).

Cela n'est nullement une spécificité française, les urgences en Australie rencontrant les mêmes problèmes de violence sur les soignants aux urgences (20, 21) ainsi qu'au Brésil à Sao Paulo (22) ou en Suède (23).

Les infirmiers et aides-soignants du secteur privé lucratif se sentent moins exposés et s'en déclarent moins souvent victimes. Des tensions avec le public sont ressenties par les professionnels des soins mais ne sont pas en augmentation, selon eux, même si elles restent très présentes. Le risque d'agression verbale, notamment « *est ressenti en moyenne par 57 % du personnel* », et est « *plus élevé chez les médecins libéraux (79 %), les infirmières (73 %), les médecins salariés (69 %) et les aides-soignantes (62 %)* » (15).

La charge mentale

Une charge mentale importante caractérise les établissements de santé : il s'agit pour la plupart des soignants d'appliquer strictement les consignes : 46 % en 1998 (contre 18 % pour les salariés tous

⁷ Bâtiments et travaux publics

⁸ <http://www.sante.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html>

secteurs confondus) et 57 % en 2003. De la même façon, 55 % des soignants déclarent faire des rapports d'activité par écrit (avec des rythmes plus soutenus dans les cliniques) (15).

Or, les personnels de santé déclarent un peu plus souvent que les autres salariés recevoir des ordres ou consignes contradictoires (40% en 1998 et 49% en 2003). Les plus concernés sont les infirmiers (59%) et les aides-soignants (52%). Les salariés des établissements de santé du secteur public sont plus nombreux que ceux des établissements privés à déclarer recevoir des ordres ou consignes contradictoires (51% contre 44%). Enfin, 32 % des soignants déclarent vivre des tensions avec leurs collègues (les médecins libéraux étant ceux qui le déclarent le plus, avec 52%) (15). Un infirmier sur deux déclare avoir des relations hostiles avec son cadre (24).

La charge émotionnelle

Dans ce travail, qui se caractérise par un relationnel fort mais pour lequel la valorisation est faible en termes de compétences et de qualifications, les soignants doivent cependant adapter leurs pratiques, notamment pour garder une « *bonne distance* » avec le patient (ni trop distant, ni trop attaché) et avec leur travail (25). « *Se confronter quotidiennement à la vieillesse, à la dépendance physique et psychique, à la dégradation du corps, à la violence de la démence, à l'isolement social et familial des patients, mais aussi à la mort, ne saurait être banalisé* » (26).

La confrontation à la mort est quotidienne comme le souligne cette aide-soignante interviewée par Michel Castra : « *L'inconvénient, c'est la mort, la mort, on voit tout le temps la mort. Des gens qui ont plein de maladies et puis, on ne peut rien faire. La mort par elle-même. Avant, je n'avais pas conscience de tout ça ; forcément, je n'étais pas confrontée à la mort tous les jours. Et des fois, la mort j'en ai marre (...). La souffrance aussi, la souffrance des gens, des familles surtout, ceux qui restent.* » « *Non, mais c'est vrai, t'es vraiment tout le temps avec la mort. (...) J'y pense tout le temps quoi, j'y pense tout le temps. Je pense souvent à ma propre mort, je pense aux malades enfin, bon, malgré tout, psychologiquement, ce n'est pas facile. (...) Il y a des fois, j'ai envie de dire « Bah, merde, qu'est-ce que je fais là-dedans. » » (Danièle, aide-soignante, citée par (25)).*

Cependant, les soignants, s'ils travaillent dans un environnement complexe et exposé, déclarent plus souvent vivre des moments très positifs que des moments très pénibles avec les patients (15).

Une population inégalement exposée aux contraintes et risques

Ces résultats sont généraux et portent sur tous les soignants. Parmi eux, certaines professions, comme les infirmiers, par exemple, se sentent plus exposées que d'autres. De la même façon, des nuances existent entre types d'établissement et entre services, comme le montrent les résultats de l'enquête « Conditions et organisation du travail à l'hôpital » par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2003 auprès de 5 000 salariés d'établissements de santé publics et privés. Les salariés des établissements publics déclarent plus fréquemment discuter collectivement d'organisation du travail que leurs homologues du privé, mais sont également plus critiques sur leur environnement physique d'établissement. Les soignants des services dits « sensibles » (comme les soins palliatifs, par exemple) peuvent profiter des espaces de discussion des groupes d'analyse de la pratique que ne connaissent pas les soignants en chirurgie, par exemple (15).

Toutes les professions ne ressentent pas les mêmes contraintes. Ces contraintes sont avant tout physiques chez les aides-soignants et davantage mentales chez les médecins, les infirmiers se situant là encore entre les deux, avec des contraintes physiques et mentales (15). Les aides-soignants et les agents des services hospitaliers cumulent de nombreux risques avec une population plus féminisée et plus âgée, davantage de familles monoparentales et précaires, une très grande fierté du métier, mais peu de perspectives professionnelles et une forte pénibilité physique. Ces professionnels bénéficient d'un bon soutien des collègues de même grade mais d'une faible autonomie et subissent une forte

exposition à la violence. Les horaires atypiques complexifient l'articulation vie privée / vie professionnelle de ces soignants pourtant plus souvent seul(e)s à élever des enfants (24).

Les infirmiers, quant à eux, sont les plus insatisfaits du contenu du travail et de son organisation, même s'ils sont fiers d'être soignants. Ils disposent d'une relative autonomie mais craignent plus que tous les autres professionnels de santé de commettre des erreurs. Ils sont nombreux à souligner l'importance du travail d'équipe et de la possibilité d'être soutenu ou de pouvoir donner leur avis et recevoir celui des autres. Les horaires de travail très décalés et les rythmes de travail retentissent également sur leur vie privée. Les cadres de proximité et les cadres supérieurs, plus âgés, travaillent le plus souvent en journée avec des horaires de type administratif. Ils sont plus satisfaits globalement que les infirmiers. Relativement autonomes, ils restent en quête de reconnaissance professionnelle : ils sont parfois en difficulté du fait qu'ils doivent notamment faire appliquer les orientations stratégiques de la direction qu'ils ne partagent pas toujours et du fait qu'ils aient à effectuer un travail administratif de plus en plus important qui les éloigne du soin. Les cadres de santé sont encore 1/3 à craindre de faire des erreurs. Le souci de la qualité des soins est prédominant dans ce métier en mutation (24).

► Des indicateurs sociaux qui alertent

Les personnels soignants font partie des catégories professionnelles les plus exposées au risque d'accident du travail. Parmi eux, les plus exposés sont les agents des services hospitaliers (16,3 %), les aides-soignants (14,5 %) et les infirmiers (12,9 %). Le taux d'accidents du travail du personnel médical (hospitalo-universitaires et hospitaliers) est d'environ 4,0 % de l'effectif. Les internes et faisant fonction d'internes sont relativement exposés, avec un taux de près de 8 % de l'ETP (27). L'absentéisme est un phénomène important dans les établissements de santé, comme nous le verrons par la suite. Les arrêts-maladie ont progressé de 10 % entre 2007 et 2011. Le nombre d'arrêts augmente, ainsi que leur durée et leur gravité (28).

Un taux d'absentéisme qui interroge

Le taux d'absentéisme des infirmiers dépasse celui de toutes les autres professions (29). Les arrêts-maladie représentent la majorité des absences (10,43 jours par an et par soignant en 2003), suivis par les congés maternité (8,44 jours), la formation continue (5,26 jours), les soins aux enfants (0,50 jours) et les soins à la famille (0,20 jours) (24). Parmi les premières raisons médicales des arrêts, les troubles musculo-squelettiques (TMS) prédominent (première cause d'arrêt déclarée par les soignants), les problèmes cutanés et les troubles digestifs, suivis par les troubles neurologiques ou sensoriels et les troubles de santé mentale.

Les résultats de l'enquête PRESST-NEXT⁹ montrent une influence modérée du sexe, de l'âge et du grade sur la durée des arrêts-maladie, et soulignent au contraire une corrélation entre le nombre de jours d'arrêt et les conditions de travail. Le nombre de jours d'arrêt de travail double lorsque les soignants ont une forte charge physique, et double, voire triple lorsque la pression temporelle augmente et lorsque le travail d'équipe est jugé très insuffisant (24). Ils confirment les études menées sur le stress, le moral des équipes et les TMS (30, 31).

Les conditions de travail éclairent pour une grande partie les absences au poste de travail des soignants (32). Plusieurs études détaillent ces conditions de travail. Lorsque les employés sont plus satisfaits, cela réduit le stress, le *turn-over*, le niveau d'absence (33, 34). La dépression, la charge de travail et le manque de respect sont également significativement corrélés à l'absentéisme (35). Un déséquilibre entre les efforts fournis et les récompenses perçues entraîne une augmentation de

⁹ L'enquête PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est la branche française de l'étude scientifique européenne NEXT, dont l'objectif est d'analyser pourquoi et comment, les professionnels paramédicaux quittent prématurément leur profession.

l'absentéisme de courte durée (36) La satisfaction au travail en général est également inversement corrélée à l'absentéisme et notamment à l'absentéisme de longue durée (37).

Enfin, les infirmiers qui travaillent en établissement de santé sont plus souvent absents, toutes choses égales par ailleurs, que les infirmiers qui travaillent hors des établissements de santé (35)

L'absentéisme est un marqueur de la situation organisationnelle des établissements de santé en France, comme le souligne la recherche PHARES¹⁰ sur l'absentéisme. Transformations des organisations du travail, perte de sens au travail, montée en puissance des logiques économiques modifient les représentations et repères (38). Entre 2003 et 2013, les soignants perçoivent majoritairement une dégradation de leurs conditions de travail, de leur emploi et de leur identité professionnelle (28).

Des intentions de quitter la profession contrastées selon les établissements

Selon Madeleine Estryn-Béhar, 33 % des infirmiers ne finissent par leur carrière et un infirmier sur quatre ne finit pas ses études (39). Les conditions de travail sont difficiles et éclairent les intentions de quitter la profession d'une grande partie des soignants. Pour autant, selon les établissements de santé, on observe une intention de quitter la profession plus ou moins forte, ce qui impacte directement la qualité des soins (perturbation des relations professionnelles et de l'information, notamment) (29). Un fort *turn-over*, par exemple, vient régulièrement désorganiser les services et peut causer des problèmes d'ajustement ou de communication, pouvant être sources d'erreurs médicales.

Les raisons principales de la décision de partir sont les suivantes (dans l'ordre d'intensité, selon l'enquête PRESS-NEXT) : le désir de changer, le manque de soutien psychologique, la pression temporelle, la dégradation des conditions de soin, le nombre insuffisant de personnels, les attentes professionnelles non satisfaites, le manque de temps pour les soins, l'évolution salariale peu favorable et le manque d'opportunité ou de promotions.

Les trois facteurs clés de satisfaction des infirmiers sont la relation soignant-soigné, le travail d'équipe, l'organisation du travail et la qualité des soins. Les facteurs d'insatisfaction chez les soignants sont le manque de temps pour échanger avec les autres soignants et avec les patients, le fait d'être considérés comme des exécutants, un déséquilibre vie privée/professionnelle, le sous-effectif et le manque de reconnaissance (24).

2.2 Recherche et études en sciences sociales et en sciences de gestion interrogent le contexte politique et économique et ses impacts

La littérature issue des sciences humaines s'intéresse à un certain nombre d'effets des réformes sur le travail. Celles-ci sont multiples (régionalisation étatique et reconfiguration des établissements de santé, droit des malades, plan Hôpital et simplification du droit hospitalier ou encore nouvelle gouvernance), et leur régime de changement est pluriel : évolutions technologiques, attentes sociétales qui font émerger la figure de l'utilisateur, judiciarisation et assurance.

Les réformes, en tant que telles, répondent ainsi à des objectifs vertueux d'amélioration de la qualité des soins en France, et la littérature met en exergue bien souvent des problématiques de mise en

¹⁰ Projet Hospitalier Absentéisme Recherche Efficience et organisation Santé au travail, financé par la fédération hospitalière de France, l'Agence Régionale de Santé, l'Ars Pays de la Loire et le Fonds National de Prévention. L'ambition était de parvenir à comprendre le phénomène de l'absentéisme dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, mais également de pouvoir identifier des leviers d'action possibles.

œuvre complexes plutôt que des problèmes liés aux objectifs en soi. Sans vouloir traiter ici de façon exhaustive les études existantes sur l'ensemble des réformes qui scandent le secteur de la santé, il sera présenté ici, dans un premier temps, un certain nombre d'études qualitatives (réalisées le plus souvent par entretiens) axées sur les risques induits par ces changements puis, dans un second temps des études d'impact quantitatives qui analysent le lien entre conditions de travail et qualité des soins.

► La littérature met en exergue essentiellement les résultats des réformes en retrait par rapport aux objectifs, voire contreproductifs.

En 2013, les salariés citent davantage qu'en 2005 des modifications fortes de leur environnement de travail au cours des douze mois écoulés (16). Création et recomposition des chaînes de valeur, modernisation technologique (ERP, GED, intranet...), transformations organisationnelles (flux tendu, ISO, Lean...), transformation des structures (réduction de la hiérarchie, organisations matricielles, fusions entre *back* et *front office*, centres de services partagés...), et innovation gestionnaire et managériale (*reporting*, pilotage par les objectifs, approche client...) sont autant de changements observés ces dix dernières années dans les organisations productives.

Comme le souligne l'enquête Conditions de travail de la DARES à propos des salariés de France métropolitaine (tous secteurs confondus), « *entre 2005 et 2013, pour les salariés de France métropolitaine, les changements organisationnels ont repris et les contraintes de rythme de travail se sont accrues, après la relative stabilisation enregistrée entre 1998 et 2005. Cette intensification a été plus marquée dans la fonction publique que dans le secteur privé* » (16).

La Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) est votée en 2001 et a été mise en œuvre avec de nombreux instruments assimilables aux méthodes du New Public Management (40). Les analyses en termes de « New Public Management » (NPM) foisonnent aujourd'hui en France et dans le monde (41, 42), pour éclairer ce processus de changement dans le management public défini par Annie Bartoli dès la fin des années 1990 comme étant : « *l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques visant à développer leurs performances générales et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation* » (43).

Les établissements de santé sont confrontés de la même façon à une succession de réformes et d'innovations organisationnelles, qui se sont nettement accélérées depuis le début des années 2000 et qui suscitent de nombreuses analyses et débats autour du NPM (44-47).

Dans ce contexte, depuis 2000, les réformes du système de santé ont instauré de nouvelles responsabilités et exigences de qualité : droit aux soins de référence, sécurité des soins, hygiène, qualité (douleur, soins palliatifs...), devoir d'information, nouvelles technologies. Pour y répondre, la loi prévoit dorénavant l'obligation de formation continue des soignants tous les cinq ans. Les cadres de santé doivent également être formés à ces nouvelles exigences hospitalières (48).

Souvent imposées et présentées comme inévitables (49), ces différentes réformes se succèdent. Un certain nombre de travaux présentés ci-après ont montré l'impression donnée aux soignants d'une lourdeur réglementaire qui conscrit le travail et empêcherait un travail de qualité. En outre, ces réformes ne font pas toujours sens aux yeux des acteurs sur le terrain et viennent bousculer inévitablement les organisations du travail, parfois à la marge, souvent en plein cœur, comme par exemple, la démocratie sanitaire avec la loi du 4 mars 2002 qui modifie la relation soignant/soigné en profondeur, en instaurant le droit des patients.

Un impact négligé des réformes sur le collectif de travail

La principale critique formulée par les sciences sociales vise le fait que, dans un contexte de réformes, les conditions de travail sont souvent les grandes oubliées alors qu'elles en sont des enjeux centraux (28, 50). En effet, les réformes induisent des transformations administratives, mais également sociales, économiques ou culturelles, qui bousculent les pratiques professionnelles elles-mêmes et, notamment, les nouvelles formes de travail collectif et de coopération (28). Elles ne sont pas vécues de la même façon selon les contextes locaux et selon les rôles professionnels des soignants (50).

Les restructurations peuvent entraîner avec elles toute une série de risques, comme la transformation du travail, ou des « règles de métier », sans que cela ne soit anticipé ni accompagné. Danièle Linhart montre combien les restructurations modifient en profondeur l'organisation du travail hospitalier, et s'accompagnent d'une possible perte de sens du travail et de ses repères pour tous les salariés (directeurs d'établissement compris) (51).

Instaurée dès 2004, pour les services de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie, à l'instar de nombreux pays européens, la tarification à l'activité (T2A) permet de passer d'une dotation globale pour financer les établissements de santé à une tarification à l'activité, afin de rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé mais également afin d'instaurer une équité de traitement entre établissements. Cependant, elle aurait eu pour conséquence une augmentation importante de la charge de travail des soignants : selon le rapport de l'IGAS sur les effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé, la T2A aurait favorisé des évolutions des pratiques et des organisations médicales conduisant notamment à une réelle tendance à la diminution de la durée moyenne du séjour (DMS), impact le plus fréquemment cité (52). Une course à l'activité s'est engagée (baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) - et augmentation du flux de patients) (50). Ce faisant, certaines études font un lien entre l'absentéisme et la tarification à l'activité (T2A). Des directeurs des ressources humaines pensent que l'absentéisme a augmenté à la suite de l'instauration de la T2A parce que les recettes dégagées par celle-ci auraient été dévolues aux médecins essentiellement, et en quantité beaucoup plus négligeable aux effectifs du personnel non médical, augmentant ainsi la charge de travail pour ces derniers (28).

De la même façon, la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 comporte un volet territorial qui incite les établissements à coopérer dans des communautés hospitalières de territoire. Cette incitation au travail collaboratif territorial change, de la même façon, les règles du jeu du travail des soignants en demandant parfois aux soignants de travailler sur plusieurs sites d'une part et en instaurant un flux de patients entre établissements d'autre part, ce qui peut conduire à bousculer les collectifs de travail. Les soignants sont incités à coopérer davantage avec les soignants d'autres établissements alors que, parfois, des conflits, qui ne facilitent pas le travail coopératif, préexistent entre eux, « *chacun cherchant à faire valoir son ordre* » (53).

Un nouvel ordre négocié s'établit, dans lequel les places et les identités des acteurs sont redéfinies au fur et à mesure des mises en œuvre des réformes et qui recompose les frontières de l'institution hospitalière, tant en interne qu'en externe (28) dans des métiers où la coopération et le travail collectif sont centraux.

Un manque de sens donné aux réformes lors de leur mise en œuvre qui atteint le sens du travail

La façon dont ces réformes sont mises en œuvre peut impacter directement la qualité des soins en créant par exemple des tensions, contradictions, paradoxes ou encore des incompréhensions (54, 55). Dans un secteur d'activité où prédominent des métiers « passions » caractérisés par une place importante des valeurs dans le travail, telles que la sollicitude et l'engagement, un rapport au travail fort, un investissement temporel et psychique important et une moralité plus affirmée que d'autres

(56), les contraintes de gestion peuvent-elles provoquer des résistances ou même une perte de sens, qui peut être nuisible au patient *in fine*, si elles ne sont pas éclairées et partagées par les soignants ?

La multiplication des obligations réglementaires, en se superposant les unes aux autres, peut venir brouiller l'objectif de qualité des soins et heurter la conception qu'ont les professionnels du travail bien fait, bien que répondant chaque fois à des problèmes existants. De nombreux acteurs sont alors, selon Gilles Herreros « *sceptiques, méfiants et hostiles à ces réformes, estimant ne pas avoir été bien informés, ne pas avoir saisi les enjeux de la réforme de la nouvelle gouvernance* » (53).

De la même façon, selon Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty, deux visions coexisteraient et pourraient s'opposer face à ces réformes dans les établissements de santé : une vision éthique davantage portée par les soignants et une vision économique davantage portée par les gestionnaires, ainsi que deux logiques : professionnelle et bureaucratique. Dans la réalité, elles ne s'opposent pas tant. Cependant, la vertu des idéaux « types » est de forcer le trait sciemment pour souligner des tendances existantes. Quant aux directeurs d'établissement, ils seraient à la croisée de ces deux visions et doivent mettre en œuvre les réformes, de manière subie ou souhaitée (28).

Autre exemple de réforme, la T2A est un changement majeur qui questionne les soignants. De nombreuses études ont été réalisées autour de cette réforme et de la façon dont elle a été vécue dans les établissements de santé. Elle impacte les pratiques professionnelles notamment à l'hôpital public et, d'une façon différente, dans les établissements privés. Le rapport IGAS sur l'évaluation des effets de la T2A sur le management des établissements de santé souligne que si les soignants ne remettent pas en question son principe, la communauté hospitalière la perçoit « *comme une règle du jeu ni claire, ni bien comprise* » donnant de la réforme une image « *budgétaire et comptable* » (52). La rationalisation de l'activité n'est pas sans effet sur le travail des soignants, et ce, d'autant plus si ses objectifs ne sont pas partagés. Les travaux de Jean-Claude Moisdon sur la tarification à l'activité montrent que celle-ci « *n'atteint pas le cœur de l'activité* » en raison de « *l'asymétrie d'information entre le management et les professionnels* » et de la « *balkanisation inhérente à la professionnalisation, qui joue à l'encontre de moyens de coordination simples* » (57). La mise en place de la T2A s'est accompagnée d'une « *cascade d'évaluations qui s'interrogent sur les performances de cet outil de gestion mais uniquement quantitatives et non qualitatives* ». Or, les différents outils de gestion peuvent être sources d'améliorations si, et seulement si, existe une vision partagée des objectifs et des outils efficaces, sans quoi le sens même du travail est interrogé et, par là-même, la qualité des soins. Le rapport Couty souligne combien le passage à la T2A, même s'il a permis des avancées importantes pour l'hôpital, incite par ailleurs à la concurrence (à l'opposé d'une approche globale ou de la prise en compte d'un parcours) plus qu'à la coopération et à la segmentation de l'activité (58).

Une absence de mise en discussion des objectifs et des modalités de mise en œuvre des réformes préjudiciables au travail

Plusieurs études soulignent le fait que ce n'est pas tant le contenu de ces réformes qui pose problème que l'absence ou la faiblesse de concertation et de discussion entre les soignants et les cadres de santé autour de ces changements, le sentiment qu'elles sont imposées par l'administration (59), sans concertation avec les soignants, pourtant les premiers concernés (49) dans une optique de rentabilisation de l'activité de soins et d'une maîtrise des dépenses des établissements de santé, comme c'est le cas d'ailleurs dans de nombreux autres secteurs de la fonction publique (60).

L'une des préconisations du rapport IGAS sur le bilan des fusions et regroupements hospitaliers porte sur cette nécessité d'intégrer les personnels soignants aux projets de réorganisations : « *Créer une instance de dialogue social spécifique au projet de fusion afin que les représentants du personnel puissent être informés de l'avancement du projet et associés à la résolution des problèmes* » (61), p. 72.

Un travail de traduction doit avoir lieu (59), qui s'appuie sur l'expérience et l'expertise des soignants, qui ne soit pas une diffusion d'informations descendantes mais un travail collectif de mise en discussion du travail et des nouveaux objectifs au sein d'espaces d'expression entre soignants. Il s'agit alors de tirer parti des expertises conjointes (soignants et gestionnaires/administratifs) pour une amélioration continue de la qualité des soins qui fasse sens pour tous. Sans cela, différents risques sont soulignés dans la littérature : risques d'effets pervers de ces outils (28, 50, 54), risque de perte de sens dans le travail et désinvestissement (28) et, par là-même, risque pour les patients.

Focus : impact de la création des pôles sur le collectif de travail

L'intérêt d'une organisation du travail en pôles d'activité était de favoriser l'intégration et l'implication du corps médical dans la gouvernance, avec le décloisonnement des pôles administratifs et médicaux et, ce faisant, de permettre un décloisonnement des entités traditionnelles, ce que souligne le rapport IGAS sur le bilan de l'organisation en pôles d'activité dans les établissements de santé (62).

La création des pôles a modifié les règles du jeu du travail des soignants en modifiant les règles du travail collectif et de la coopération tout autant que le contenu du travail pour les chefs de pôle, en la complexifiant parfois, dans les petits établissements notamment où ces pôles semblent fonctionner sans délégation de gestion ni délégation de moyens (62). L'encadrement soignant de proximité n'a pas toujours vu l'intérêt de ces pôles. Il reste attaché aux services et n'a pas ou peu été associé aux réflexions sur le découpage. Le service reste souvent le lieu d'appartenance collective. « *L'encadrement soignant de proximité reste très attaché aux services, a pu percevoir le pôle comme un échelon supplémentaire inutile et n'a pas, la plupart du temps, été associé aux réflexions sur le découpage* » (62). Selon Gilles Herreros, certains petits établissements publics feraient même perdurer l'organisation en services, tout en ayant officiellement organisé des pôles, faisant « comme si », dans une logique de mise en conformité apparente (53).

Cette réorganisation en pôles d'activité, lorsqu'elle est effective, n'est pas anodine. L'organisation en services était au cœur même de l'identité professionnelle. La nouvelle organisation instaure alors la polyvalence dans le travail des soignants, qui peuvent être amenés à travailler dans des services qu'ils connaissent moins, voire pas du tout, en cas d'absentéisme important ou de suractivité. Cela vient bousculer les collectifs de travail et les identités collectives, dans des métiers où le travail collectif est déterminant pour la qualité des soins. La polyvalence peut rendre difficile le sentiment d'appartenance collective (62).

Cela peut venir bousculer le rapport au travail lui-même, souligne Madeleine Estryn-Béhar, puisque dans certains services, comme la gériatrie, certains soignants recherchent une stabilité dans la relation au soigné, moins facile pour des soignants polyvalents qui seront affectés selon les besoins à des services différents d'un jour à l'autre (63). L'arbitrage (*entre le travail technique – cure – et le travail relationnel – care –*) peut être difficile à effectuer en raison de l'intensification du travail (moins de temps pour le relationnel) et vient dégrader la qualité des soins aux yeux des soignants : « *Réduire l'activité de travail à l'un ou l'autre ou encore se trouver dans des conditions ne permettant pas de doser les deux aspects, provoque un sentiment de frustration et de non-qualité* » (64).

► La littérature met en exergue l'impact discuté des politiques/démarches qualité

Les démarches « qualité » apparaissent dans les années 1980 dans la même logique que le mouvement de l'Evidence-Based Medicine (EBM) qui conjugue expertise clinique, préférences du patient et données de recherche. « La marche vers la qualité des soins marque la transition d'une conception de la médecine, d'un art à un exercice scientifiquement fondé, d'une détermination individuelle à une systémique et d'un objet strictement technique à une construction pluridisciplinaire et politique. En ce sens, il s'agit d'un véritable bouleversement dont les effets techniques, organisationnels et sociaux s'inscrivent dans les court, moyen et long termes » (65). Cette marche vers la qualité voit le jour en France plus tardivement qu'en Angleterre et aux Etats-Unis où, dès le début du XX^{ème} siècle, apparaissent les premières expériences d'évaluation des soins (66).

Florence Douguet et Jorge Muñoz retracent les conditions d'émergence d'une politique globale de la qualité des soins en France dans leur étude sur les effets de la certification et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants (64) et montrent combien

la volonté d'évaluer les soins et de développer leur qualité s'institutionnalise avec la lettre du ministère de la Santé aux présidents des commissions médicales consultatives qui va en ce sens en janvier 1981. La création en 1990 de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale montre la volonté des pouvoirs publics d'inscrire le système de santé dans une culture de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité. Les ordonnances portant les réformes hospitalières de 1996, dites « ordonnances Juppé », vont permettre de franchir une étape supplémentaire avec l'obligation de l'accréditation qui va être imposée à tous les établissements de santé et qui s'appuiera sur l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) devenue l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) aujourd'hui Haute Autorité de Santé (HAS) qui remplit des fonctions d'évaluation, de recommandation et d'accréditation/certification depuis sa création par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Focus : impact des réformes sur le contenu des soins

Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty soulignent le « malaise » que peuvent vivre les soignants quant aux finalités du travail, à la suite de l'introduction des mécanismes se référant au modèle de l'entreprise notamment (28). Caroline Cintas parle d'un « choc des cultures » entre les cadres qui finissent par accepter de « jouer le jeu des normes de l'accréditation des hôpi-taux » et le personnel soignant, qui reste dans la culture du soin aux patients, créant des ruptures là où il y avait auparavant de la solidarité et de l'entraide (67). Le temps manque dorénavant aux infirmiers pour prendre soin des patients (68). Les réformes du milieu hospitalier ont fait apparaître ou s'accroître des logiques gestionnaires qui nécessitent d'évaluer et de mesurer le travail. Or cette mesure du travail porte davantage sur les actes techniques du traitement, le cure (application de connaissances scientifiques face à une pathologie identifiée), plus facilement mesurable, et moins sur le travail relationnel, le care (prise en compte plus globale du patient, qui dépasse sa seule pathologie) qui se trouve pourtant au cœur du métier, alors que la combinaison du care et du cure est importante pour la qualité des soins d'une part et pour la satisfaction des soignants d'autre part (69). « Des procédures trop strictes de l'organisation du travail empêchent la mise en œuvre des compétences des soignants à « prendre soin » de situations particulières qui engagent leur corps et leur subjectivité » (69). Le sens du travail peut alors être remis en question. Mihaï Dinu Gheorghiu et Frédéric Moatty parlent d'une « reconfiguration du travail infirmier » lorsque la priorité est donnée aux tâches techniques au détriment des tâches relationnelles et d'écoute (70). Des compromis doivent être faits par les soignants dans leur travail entre les tâches de soins et les tâches administratives ou gestionnaires (54), ces dernières ayant malgré tout contribué à une hausse de la qualité des soins en sécurisant certaines pratiques.

Par ailleurs, le care est peu reconnu comme compétence professionnelle, voire peut être considéré parfois comme le « sale boulot » par les soignants, en raison d'une faible reconnaissance de ces tâches, alors qu'il s'agit réellement de compétences, comme le soulignent Dorothee Malet et Tahar-Hakim Bebchekroun : « Le professionnel évalue dans un premier temps les capacités du patient, puis il va le guider pour utiliser les ressources disponibles de façon optimale, l'encourager, le féliciter, détecter les difficultés, anticiper les défaillances, etc. Les aptitudes physiques et/ou cognitives sont très différentes d'un patient à l'autre, d'un moment à l'autre : ce sera au professionnel de s'adapter à chaque fois » (71). De nombreuses orientations organisationnelles valorisent les connaissances générales du traitement au détriment des connaissances spécifiques sur les variabilités, les régulations individuelles et collectives, les connaissances incorporées, empêchant alors les soignants de prendre soin des situations particulières, les empêchant de traiter le singulier (69).

En outre, on observe une perte de ce sentiment d'utilité gratifiant également pour une partie du personnel soignant travaillant dans les services de fin de vie ou de soins palliatifs (72). Le sentiment de ne plus pouvoir faire correctement son métier s'amplifie à l'hôpital psychiatrique, où le personnel soignant n'a plus le sentiment d'apporter un soin de qualité du fait de la réorganisation du travail qui le pousse à accorder moins de temps au soin du patient (67). Stigmatiser et dévaloriser ces tâches ne

fait que redoubler la faible valeur de ces disciplines dans la hiérarchie hospitalo-universitaire. Prendre en charge le « sale boulot de la mort », dont la société mais aussi un certain nombre de médecins veulent se débarrasser, peut alors peser sur le collectif quand les formes de rétribution symbolique s'affaiblissent ou n'ont plus une place suffisante pour compenser les contraintes liées à ce type d'activité (72). Pour être réalisée correctement par les soignants, cette partie du travail doit être revalorisée et définie dans le champ des compétences, mais également reconnue comme étant constituée d'actes techniques à part entière, nécessitant un temps adéquat pour les réaliser (67). Mettre en discussion ces problématiques semble aujourd'hui nécessaire.

La qualité est au cœur du travail de tous les professionnels de santé mais avec des acceptions différentes

« La qualité est une valeur largement partagée par les professionnels », omniprésente (64), « Chacun pense généralement faire de la qualité » (53).

Mais la qualité peut revêtir plusieurs sens, comme le montre une étude menée par deux laboratoires du CNRS sur les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé (73) : « La logique des soignants est marquée par les aspects relationnels de la « qualité des soins accordés au patient » inscrite dans une pratique collective professionnelle. Les discours des cadres soignants restent inscrits dans cette logique, même s'ils emploient davantage que les autres soignants le vocabulaire du management de la qualité et que leur discours semble plus sensible que celui des autres groupes professionnels à la procédure de certification (influence quantitative de la certification sur ce discours : les cadres sont plus prolixes sur la qualité et emploient plus souvent que les autres le terme même de « qualité »). La logique médicale s'appuie essentiellement sur un référentiel technique qui se marque, dans le discours, par une spécification de la qualité (« qualité des soins »). La logique administrative des responsables reprend les formes discursives proches des textes officiels qui concernent en particulier l'« amélioration de la qualité des systèmes de santé » où la qualité, exprimée sans forme complétive, demeure sous-spécifiée ou figée dans des formes empruntées à l'anglo-américain, du type « démarche qualité ». Les directeurs, qui ont ainsi le plus intégré le discours des textes officiels, ont une vision qui concerne toujours le « front office », alors que le « back office » semble peu pénétré par les démarches « qualité ». Certains responsables « qualité » nous ont d'ailleurs fait part de ce fait. On peut alors imaginer cet effet sur la motivation des agents : si la qualité est l'affaire de tous, la démarche « qualité », c'est l'affaire de l'autre... » (73).

Les chercheurs du CNRS soulignent ainsi la variabilité des définitions de la qualité en fonction des catégories professionnelles :

- « Les directeurs parlent de la qualité à la première personne à propos du patient, de sa prise en charge et des soins, tout en mentionnant également le fonctionnement de l'établissement des risques encourus ;
- Les responsables « qualités » parlent également de la qualité à la première personne et ce d'autant plus lorsque leur établissement est accrédité. Par ailleurs, leur discours est très centré sur le patient. C'est surtout l'effort pour satisfaire le mieux possible le patient qui est mis en avant dans leurs discours ;
- Les présidents de CME définissent la qualité de manière assez pauvre, en y inscrivant principalement les notions générales de service et de prise en charge ;
- Les chefs de service, s'ils ont un discours sur la qualité plus personnel que les présidents de CME, ne parlent que de manière très générale des soins accordés aux patients ;
- Les infirmiers généraux centrent le discours de la qualité sur le patient et le souci de lui prodiguer des soins qui répondent à ses attentes ;
- Les médecins centrent leur discours sur les soins, en y intégrant l'accueil et la prise en charge. Ce discours semble bien avoir été influencé par la procédure d'accréditation qui renforce leur implication personnelle et un centrage sur le patient ;

- Les cadres infirmiers ont un discours riche et spécifique, qui met l'accent, avec une implication personnelle forte, sur la qualité des services ou prestations relatifs aux soins, sur une prise en charge qui satisfasse les besoins ;
- Les infirmiers, tout comme les cadres infirmiers, ont un discours riche et spécifique, qui met l'accent, avec une implication personnelle moins importante chez les infirmiers, sur la qualité des services ou prestations relatifs aux soins, sur une prise en charge qui satisfasse les besoins. Les infirmiers sont encore plus précis dans leur définition, qui inclut le concept de confort, de bien-être et marque une attention particulière portée aux conditions matérielles d'accueil et d'exercice des soins (environnement, locaux) ;
- Les aides-soignants adoptent un discours impersonnel dans leurs essais de définition de la qualité, mais plus spécifiquement centré sur le patient, présent à la fois lorsqu'il s'agit de l'accueil, des soins, du confort ; on note également l'importance de l'écoute et de l'hygiène ;
- Le personnel des services administratifs et logistiques est davantage centré sur l'accueil, la qualité de la prise en charge et des prestations afin de satisfaire le patient et d'éviter les dysfonctionnements. Ce discours ne prétend pas à la généralité et se trouve de ce fait fréquemment à la première personne (pour moi) ;
- Les agents des services, dont nous avons noté, d'une façon générale, la pauvreté des discours dans le cadre de cette enquête, sont bien naturellement préoccupés par l'hygiène. On note que la procédure d'accréditation conduit à une plus grande mention du patient, de son accueil » (73).

L'étude de Florence Douguet et Jorge Muñoz confirme ces différentes acceptions du mot « qualité ». La logique des soignants serait ainsi marquée davantage par les aspects relationnels de la qualité des soins accordés au patient et inscrite dans une pratique collective professionnelle, alors que la logique médicale s'appuierait essentiellement sur un référentiel technique et que la logique des responsables administratifs reprennent les formes discursives proches des textes officiels (64).

Les représentations même de l'activité du soin peuvent alors s'opposer entre elles : une vision de l'activité plus processuelle, qualitative et interactive et une vision de l'activité technique, quantitative et substantive (67), même si, là encore, les deux visions sont moins cloisonnées qu'elles n'y paraissent, ce type de résultats met davantage en exergue une tendance, à travers ces idéaux-types, que des visions statiques et cloisonnées.

Ainsi, plusieurs recherches montrent combien la qualité est au centre des préoccupations de tous les professionnels des établissements de santé. Cela ne fait pas de doute. Ce sont plutôt les échanges, la confrontation des points de vue pour comprendre l'autre, les débats autour de la qualité qui font défaut, comme le souligne Philippe Davezies : « L'idée selon laquelle la prise en compte de l'expérience des travailleurs constituerait un enjeu, à la fois pour la santé des salariés et pour la performance de l'entreprise, est donc couramment avancée de divers côtés » (74).

L'implémentation de la qualité va poser des problèmes

Ainsi, selon une étude réalisée par la HAS sur la généralisation des indicateurs « qualité » (59), il existe une représentation autoritaire et bureaucratique des indicateurs largement partagée, exprimant non pas un rejet mais une contrainte supplémentaire dans les besoins de conformité pour les tutelles. Les directeurs d'établissements ont un rôle « moteur » dans cette dynamique en maintenant un fort degré de formalisme, qui contraste avec les modalités d'activité du métier, où l'autonomie prévaut dans la prise en charge du patient. La généralisation des indicateurs « qualité » se fait plutôt de façon verticale, même s'ils font maintenant partie intégrante du métier pour un certain nombre de soignants devenus familiers de ces procédures. Cela étant, ils restent encore souvent perçus comme un « domaine réservé » aux experts et l'apprentissage se fait, là aussi, plutôt sous contrainte (59) même s'ils

sont différemment perçus selon les catégories professionnelles des personnels des établissements de santé (73).

La littérature souligne combien le management est de plus en plus « extraverti » (75), happé vers l'extérieur des établissements. L'encadrement est de plus en plus occupé par un nombre croissant « d'activités informationnelles, qui, d'une certaine manière, chassent les activités communicationnelles » (54), p. 35. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène. Les démarches « qualité » peuvent faire partie des « machines de gestion » qui éloignent le manager de son travail d'organisation. Le risque est grand pour le management de « désertier la scène du travail » pour renseigner les indicateurs « qualité » et répondre aux injonctions qui lui sont faites de faire du reporting, activité chronophage par excellence (76). Par ailleurs, le travail des cadres de santé se diversifie et requiert de plus en plus de compétences et de temps. L'irruption de la santé au travail dans le champ de compétence des managers est une pression forte qu'ils doivent gérer, avec bien souvent, par exemple, des injonctions contradictoires entre objectifs de production et objectifs de santé (77).

Seuls 26 % des professionnels de santé et 22 % des représentants des usagers jugent que la certification a contribué à « améliorer la qualité de vie au travail » (78). Le Baromètre 2012 réalisé par Ipsos sur la perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers souligne un « hiatus insupportable entre des conditions de travail difficiles et le silence de la certification sur ce plan » (Ibid.).

Les démarches de qualité, mises en place pour améliorer la qualité des services rendus, peinent à être appropriées par certains professionnels notamment en raison d'un manque de discussions et de confrontations des points de vue. Il serait alors pertinent de développer « des espaces propices à l'apprentissage collectif, misant sur les acteurs non comme étant à convaincre de la nécessité d'un changement imposé par l'environnement ou par les risques, mais comme étant capables d'une contribution créatrice de valeur et d'innovations sociales ; des espaces favorisant l'organisation d'un dialogue à plusieurs niveaux, pas tant à travers un projet commun auquel il conviendrait d'adhérer qu'en fournissant les outils qui en favorisent et en permettent la formulation collective » (79). Sans cela, les patients ne sont pas perçus comme étant les bénéficiaires de ces mesures et les démarches « qualité » restent associées avant tout au besoin de renseigner les tutelles, perçues comme bureaucratiques, servant avant tout des besoins de régulation (59). Les activités de gestion prennent alors le pas sur les activités de management et sur la communication avec un encadrement de plus en plus occupé par un nombre croissant d'activités informationnelles (54).

Cette évolution peut alors bousculer en profondeur le travail des soignants en instaurant de plus en plus de mesures du travail, en diffusant des recommandations de bonnes pratiques qui restreignent les seules compétences du médecin et positionnent alors différemment la communauté des soignants. Les règles du jeu changent et, par là-même, les marges de manœuvre des uns et des autres, les zones de pouvoir et les possibilités d'action (80).

Les démarches « qualité » peuvent en réalité venir bousculer les rapports au travail préexistants, la culture professionnelle existante, comme le montre le travail de Mouna El Gaied sur les démarches « qualité » à l'hôpital. Elles peuvent ainsi instaurer notamment une formalisation des pratiques (passage d'une communication orale à écrite), et donner un caractère « procédural » au travail qui peut venir « bousculer le principe d'indépendance des médecins » (81). Ce n'est alors pas tant le fond de la démarche « qualité » que sa forme qui peut freiner son appropriation. « Tout ce qu'on fait maintenant est écrit, avec les nouvelles réformes. Moi, je suis plus dans le « faire » » (Propos d'une infirmière de dialyse, soulignés par Douguet, Muñoz, (64)).

L'écrit « travaille l'organisation » et il faut alors traduire ses pratiques formelles et informelles, avoir un travail réflexif qui permette de transcrire dans un langage adéquat les critères de l'expression écrite, comme le souligne l'article de Franck Cochoy, Jean-Pierre Garel et Gilbert de Terssac. (82).

« Le véritable enjeu de l'assurance « qualité » est ailleurs. Comme en littérature, ce qui compte ce sont les premières pages, la relation qui se noue entre l'auteur, le texte et le lecteur, c'est-à-dire, ici, le pacte normatif, qui s'instaure entre la norme, la direction et les salariés, au moment de la mise en œuvre du dispositif. L'entrée en normalisation est un acte fondateur, qui remet en cause les pratiques prévalentes. D'un côté, on se parle, on échange pour écrire, on reconnaît les mots et on les inscrit quelque part. D'un autre côté, on se distingue, on s'instrumentalise, on se sépare, on s'écrit, on se bureaucratise, on se fiche. Paradoxalement, ce qui compte c'est moins l'écrit que ce qui se noue autour de l'écrit » (Ibid.).

Ces différents éléments peuvent alors participer à délégitimer les démarches « qualité », dans des organisations du travail où le temps manque et où il faut aller vite. « Les nouvelles exigences procédurales écrites (les transmissions ciblées ou les protocoles, par exemple) seront diversement accueillies en fonction des conditions de travail préexistantes ; un contexte de travail marqué par un surcroît d'activité risque de conduire à des effets perçus négativement par les acteurs » (64).

Devoir transcrire par écrit dans un langage formel ce que l'on fait, d'une part, et sur un support informatique auquel le personnel n'est pas toujours formé d'autre part, peut suffire à conduire à un rejet ou à « tourner le dos aux projets » (81).

Si, par ailleurs, comme le constate le rapport « les systèmes d'information hospitaliers sont aujourd'hui largement inadaptés aux besoins de la politique d'informatisation dans le secteur de la santé » (83), ces procédures peuvent d'autant plus poser problème. Un manque de formation aux outils informatiques est en outre souligné par ce même rapport : « La rareté des compétences spécialisées en matière de systèmes d'information au sein des équipes hospitalières font craindre à certains décideurs des erreurs stratégiques, ce qui les retient d'investir au niveau souhaitable. De même, la formation continue des professionnels de santé dans ce domaine est particulièrement insuffisante » (83).

Le Baromètre Ipsos-HAS 2012 souligne combien « en ce qui concerne l'image de la certification, on note qu'elle est meilleure auprès des représentants des usagers qu'auprès des professionnels de santé ». Mais cette première résistance aux démarches « qualité » semble moins présente une fois son expérience réalisée, comme le montre une enquête de l'ANAES de 2002 auprès de 900 professionnels de santé (84). L'intérêt pour la certification est toujours plus important chez les professionnels qui ont achevé la démarche, comparativement à ceux qui ne l'ont pas encore terminée (64).

2.3 La recherche en santé publique questionne le lien entre la qualité et la sécurité des soins et l'environnement de travail

La littérature de santé publique a également analysé les liens existant entre certaines conditions de travail et leur impact sur la qualité des soins mais en mobilisant ici d'autres types de matériau plus quantitatifs que qualitatifs, très différents des matériaux (entretiens) des études sociologiques mentionnées dans la partie précédente.

Elles insistent davantage sur l'impact d'une condition de travail sur la qualité des soins, mesurée à l'aide d'indicateurs chiffrés, par exemple l'impact des horaires atypiques sur la qualité des soins. Quelques-unes de ces études montrent des résultats généraux sur la qualité des soins mais la plupart ciblent des dimensions particulières : les résultats de santé, les risques d'erreurs, la satisfaction du patient et le risque de maltraitance.

Les conditions de travail impactent la qualité des soins, qu'il s'agisse des horaires atypiques et des problèmes d'hypovigilance et d'erreurs médicales, des conditions matérielles et de la pénibilité, de la

coordination entre les soignants et de l'adhésion à un objectif commun de soin ou encore du manque de personnel, qui peuvent être autant « d'entraves à la qualité des soins » (13).

De manière globale, il est mis en évidence que des compétences non techniques, comme le travail d'équipe et la coopération, sont nécessaires pour améliorer la satisfaction du patient, son traitement et sa guérison, comme le montre une étude anglaise qui a filmé durant six mois en continu l'activité du service Major Trauma Center de l'hôpital londonien St Mary's Hospital (85).

Dans le cas de patients nécessitant l'intervention de différents spécialistes, des chercheurs australiens ont montré combien la communication et le travail d'équipe des soignants ont un impact positif sur la qualité des soins (86).

Le soutien des collègues et de la hiérarchie, de par la nature collective du travail de soin, est fréquent et reste stable entre 1998 et 2003 mais les professionnels des établissements de santé sont plus nombreux en 2003 à estimer ne pas avoir assez de collègues pour faire correctement leur travail (50% en 2003 contre 37% en 1998) (15).

De la même façon, les interruptions dans le travail peuvent également avoir un effet néfaste sur le soin du patient (87) ainsi que le fait d'avoir des horaires de travail irréguliers, comme cela a été montré dans le cadre d'une étude sur les soignants au Japon (88). D'ailleurs, Cécile Betout *et al.* (13) soulignent combien le travail de nuit expose les soignants à la fatigue et combien cela peut avoir un impact sur la qualité des soins, et ce d'autant plus que le personnel manque.

► Le lien entre conditions de travail et résultats de santé

Une étude sur les complications chez les nouveau-nés qui ont besoin d'une ligne intraveineuse permanente montre l'importance de la formation du personnel ainsi que celle du travail d'équipe. Pour réduire l'incidence des complications chez les nouveau-nés, les résultats montrent que plusieurs conditions doivent être remplies, liées au personnel et aux ressources nécessaires pour fournir l'éducation, à la formation et aux programmes d'amélioration de la qualité, au sein d'une culture de la communication et de travail d'équipe (89).

La question de la charge de travail a, par exemple, montré un certain nombre d'impacts.

La littérature est unanime et beaucoup de travaux ont été menés sur la charge de travail des soignants et sur son impact, tant du côté des soins que du côté des soignants (90) ». Il s'agit bien ici uniquement d'une étude d'impact.

Selon une étude comparative, réalisée dans neuf pays européens, sur le lien entre d'une part, le taux de mortalité (dans les trente jours qui suivent l'admission d'un patient et après une opération chirurgicale) et d'autre part, la charge de travail et le niveau de formation/éducation des infirmiers, le taux de mortalité varie de 1 % à 7 %. Plus la charge de travail augmente et plus le niveau de formation des infirmiers baisse, plus le taux de mortalité augmente (91, 92). Selon une autre étude qui analyse les résultats de 28 études internationales, augmenter le nombre d'infirmiers réduit le taux de mortalité dans les unités de soins intensifs, de chirurgie et de médecine (93), ce que confirme une étude qui fait l'examen systématique de 26 autres études menées en soins intensifs (94). Un lien existe entre la dotation en infirmiers, les taux de mortalité, les pneumonies d'origine hospitalière, les infections urinaires, les septicémies, les infections nosocomiales, les escarres, les saignements gastroduodénaux, les états de choc et les arrêts cardiaques, les erreurs médicales, les chutes, et les séjours à l'hôpital plus longs que prévu, souvent attribuables à des complications ou à des retards dans l'administration des traitements (95).

L'étude du professeur Aiken, déjà citée précédemment à propos de la charge de travail, fait également le lien entre le taux de mortalité à l'hôpital et la formation des infirmiers. Le niveau de formation des infirmiers impacte directement le taux de mortalité de leurs patients. Ainsi, à chaque augmentation de 10 % d'infirmiers qualifiés correspondrait une baisse de 7 % de la mortalité. Une

étude a été réalisée en Angleterre sur le lien entre les pratiques de gestion des ressources humaines et la mortalité des patients à l'hôpital, qui montre un lien fort entre ces deux facteurs. L'analyse révèle le rôle important de l'évaluation des salariés, parmi les pratiques de gestion des ressources humaines, notamment, dans le lien avec la mortalité des patients ainsi que le travail d'équipe et la formation (96).

Comme le montre l'exemple d'une étude américaine, les patients (de plus de 50 ans) pris en charge dans des hôpitaux où 60 % des infirmiers ont le baccalauréat et une moyenne de six patients ont un taux de mortalité 30% moins important que ceux pris en charge dans des services où 30 % des infirmiers ont le bac et en moyenne huit patients (91). Si, en France, le niveau d'étude pour être infirmier est postérieur au bac, ce qui ne permet pas de comparer la France aux Etats-Unis sur ce résultat, ces travaux restent intéressants car confirmant une corrélation entre la formation des soignants et la qualité des soins.

Par ailleurs, le temps de travail et les horaires de travail impactent directement la qualité des soins. Dans de nombreux établissements de santé, ne pas prendre de pause permet de ne pas avoir trop de retard dans son travail (97). Le taux de mortalité est 31 % plus élevé à la suite d'une pneumonie dans les hôpitaux où les infirmiers ont mentionné des horaires de travail comportant de nombreuses heures ; il est 24 % plus élevé lorsque le personnel soignant doit limiter son temps de repos (98).

► Le lien entre conditions de travail et sécurité du patient

D'autres études d'impact ont établi un lien entre conditions de travail et sécurité du patient, comme les résultats de cette étude qui souligne combien le *burn-out* des soignants est corrélé fortement à un risque avéré d'erreurs de raisonnement et, donc, un risque pour la qualité du soin (99).

L'équipe du Docteur Kaissi aux Etats-Unis montre également que la réduction des erreurs dans les soins est étroitement liée aux facteurs humains tels que l'amélioration du travail d'équipe et la communication entre les soignants (100).

Les causes des erreurs les plus fréquentes ont également été étudiées par l'équipe du Docteur Phillips aux Etats-Unis, qui estime la part des erreurs liées à un problème de communication autour de 15 % (101). Une autre étude sur les erreurs en chirurgie cardiaque montre notamment que les dangers principaux proviennent en priorité de l'absence d'une culture de la sécurité, du travail d'équipe et de la communication, avant même les compétences techniques des médecins (102).

L'analyse des causes latentes d'erreurs dans les établissements de santé a mis en évidence le rôle essentiel des questions d'organisation et de communication¹¹ (103, 104).

Conflits ou mauvaise ambiance dans l'équipe, collaboration insuffisante entre soignants, supervision inadaptée des médecins ou encore défaut de communication interne sont les raisons principales des défaillances analysées au niveau de l'équipe (105).

Les erreurs ne sont pas corrélées avec l'âge des infirmiers, la taille de l'hôpital ou le type de service mais avec la charge de travail et le temps de travail, notamment. La fatigue des infirmiers est dans un cas sur trois identifiée comme à la source d'erreurs de médication (106). Comme nous l'avons déjà souligné, Cécile Betout a montré que le travail de nuit est vecteur de risque tant en raison de la fatigue que d'une communication moins intense la nuit (13). Le nombre d'erreurs ou de presque-erreurs augmente lorsque les infirmières travaillent plus de douze heures d'affilée (trois fois plus d'erreurs),

¹¹ D'après la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation des spécialités médicales à risque gérées par la HAS, 27% des événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont dus à des facteurs liés à l'équipe. Plusieurs causes sont identifiées comme liées à l'équipe : des problèmes de communication entre les professionnels sont retrouvés (37%) ; des dysfonctionnements dans les transmissions et alertes (15%) ; des facteurs liés à la répartition des tâches (12%), l'information écrite (11%), l'encadrement et la supervision (11%).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2039719/fr/analyse-des-causes-profondes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-issues-de-la-base-de-retour-d-experience-du-dispositif-d-accreditation

plus de quarante heures par semaine ou lorsqu'elles font des heures supplémentaires (107). C'est également ce que montre une étude réalisée sur le risque d'endormissement à l'hôpital. Celui-ci double quand les heures de travail excèdent huit heures et augmente encore plus quand le temps de travail quotidien dépasse douze heures. Les risques d'erreurs sont directement imputables à la fatigue due à ces horaires de travail. Les longs services de travail augmentent le risque d'erreurs et de presque-erreurs et font décroître la vigilance des infirmiers (33). Selon une étude américaine menée en 2010, le risque d'administrer le mauvais médicament augmente de 2% par heure supplémentaire (108).

En outre, les infirmiers qui travaillent plus de douze heures consécutives font plus d'erreurs (109) notamment par rapport à ceux qui travaillent au plus huit heures et demie (110).

► Le lien entre conditions de travail, satisfaction des patients et risque de maltraitance

Les travaux publiés par la HAS sur la maltraitance ordinaire en 2009 mettaient en exergue les liens entre management, soutien des équipes, place de l'encadrement, charge de travail et les risques de maltraitance (111). Plusieurs études d'impact explorent le lien entre conditions de travail et satisfaction des patients. Selon ces dernières, dès lors que les conditions de travail des soignants s'améliorent, l'impact est immédiat sur la qualité des soins et la satisfaction des patients (112). Les patients pris en charge dans des unités décrites par les soignants comme ayant un effectif suffisant, de bonnes relations entre médecins et infirmiers et un soutien de l'administration sont plus du double à déclarer être très satisfaits des soins par rapport aux patients des autres unités ne remplissant pas ces critères. Ce sont également des services où les soignants sont moins sujets au *burn-out* que les autres (113). La fréquence des syndromes d'épuisement professionnel dans un établissement affecte sensiblement la satisfaction des patients (24). Les compétences professionnelles des soignants expliquent 15 % de la satisfaction des patients, selon une étude menée en Georgie (114).

Une étude sur le cas français montre bien combien les absences impactent concrètement la satisfaction des patients (notamment les absences de courte durée, qui désorganisent davantage que les longues absences) (115, 116).

Lorsque les soignants sont contraints à accélérer les rythmes, contraints de faire plus avec moins (« To do more with less », (68), p. 1, cela a pour effet immédiat, notamment, de forcer les infirmiers à faire des choix parmi les actes prioritaires, amenant de la culpabilité et des frustrations et, sur le plus long terme, un épuisement professionnel (68). Pourtant, ces compétences non techniques sont également un facteur d'amélioration de la qualité des soins quand elles sont couplées avec un bon travail d'équipe (85). Selon Katia Kostulski et Malika Litim, la maltraitance sur les personnes est la conséquence d'un phénomène collectif et organisationnel de ce type de contraintes et non de comportements de malveillance individuels (26).

En outre, les infirmiers qui travaillent plus de douze heures consécutives ont une baisse de motivation au travail, une baisse de réactivité, une augmentation de l'irritabilité, un sentiment d'indifférence et une moindre empathie envers les patients (117, 118).

Les infirmiers qui sont les plus satisfaits de leur travail sont ceux qui enregistrent les taux de satisfaction des patients les plus hauts et qui font le moins d'erreurs, ce qui accroît encore la satisfaction des patients. Notamment, les infirmiers qui travaillent dans un service perçu comme davantage centré sur le patient enregistrent un taux de satisfaction significativement plus important que ceux qui travaillent dans des services qu'ils perçoivent moins centrés sur le patient. De la même façon, cette perception d'un service tourné davantage vers les patients a un impact positif sur les erreurs et les presque-accidents, donc sur la qualité des soins (119).

3. Un nouveau paradigme sur les ressources de l'activité

3.1 Postulat de départ : la clinique de l'activité

Si la littérature décrit régulièrement les risques du management, les risques des réformes, les risques du métier, etc., elle souligne également une toute autre approche de ces phénomènes, plus « positive », en tout cas plus mobilisable pour l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la qualité des soins, en s'intéressant aux exigences de l'activité comme ressource.

Ces « ressources peuvent naître, être mises à jour, se développer à partir d'une activité délibérée des opérateurs sur leur travail, délibération qui met au jour des conflits sur la qualité du travail. C'est justement la capacité à prendre le risque de faire face aux conflits latents entre pairs ou entre les opérateurs et les prescripteurs des tâches qui va permettre d'ouvrir la mine des ressources psychologiques et sociales, facteurs d'efficacité et de qualité » (120).

Mettre en discussion le travail et faire émerger ces ressources, comme nous y invite Yves Clot au titre de la clinique de l'activité, fait maintenant consensus tant chez les partenaires sociaux qu'au niveau de l'Etat. « *Discuter des critères de qualité du travail* » fait partie des recommandations conjointes de l'Anact, de l'INRS ou du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. C'est davantage en mettant la focale du côté de l'activité que l'organisation grandira et apprendra, bien plus que dans l'énonciation des risques auxquels expose le travail, car, comme le souligne Laville « *si l'on retient seulement la notion d'exposition, on laisse penser que les opérateurs sont passifs dans un environnement à risque* » (121). Les risques psychosociaux notamment, abondamment étudiés depuis plusieurs années, permettent certes de rendre compte d'une réalité au travail mais ne permettent pas pour autant d'outiller les acteurs de l'entreprise pour prévenir ces risques et pour travailler dans de meilleures conditions.

Agir sur ces facteurs d'efficacité et de qualité, déterminants dans le travail quotidien des soignants, c'est agir sur la qualité des soins *in fine*, en réduisant la fatigue physique et nerveuse, en réduisant les risques d'accidents, en reconnaissant le travail et le savoir professionnel de chacun (dont la spécificité du travail relationnel des soignants) et en permettant aux soignants des temps de récupération (hors-travail). Travailler sur la qualité de vie au travail des soignants, c'est aussi prendre en considération ces dimensions de la vie au travail (et de sa conciliation avec la vie hors-travail), et non l'inverse. Trop souvent perçue comme des petits « plus » à apporter aux travailleurs (comme la création de crèches ou l'aménagement des bureaux), comme le souligne Pascale Levet, la qualité de vie au travail c'est donc aussi, et peut-être surtout, un renouveau du dialogue social et de la gouvernance des entreprises (79).

Des ressources existent, des modèles émergent, porteurs d'apprentissages et de leviers d'action pour le secteur, tels que les hôpitaux magnétiques ou hôpitaux attractifs qui seront développés ci-après, bien connus depuis les années 1980, mais dont on tire encore trop peu d'enseignements ou les communautés stratégiques récemment mises en place au Québec dans le secteur de la santé et analysées par Madeleine Audet et son équipe.

Pour pouvoir faire du « *bon travail* » (122), les soignants ont besoin de travailler dans une équipe qui communique et se soutient et d'être encadrés et soutenus par leur hiérarchie (123). Par ailleurs, si ces ressources collectives et managériales sont nécessaires, elles ne suffisent pas pour autant. Les soignants ont également besoin de ressources, à titre individuel, dans leur quotidien de travail (être en capacité d'agir, en adéquation avec leurs valeurs (122) et de pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée (horaires moins pénibles, temps de repos, etc.).

3.2 Les ressources pour répondre aux exigences de l'activité et leur effets vertueux

► Converser pour produire du soin de qualité

Dans les établissements de santé où doivent travailler conjointement différents métiers autour du patient, le travail d'équipe est décisif et incontournable pour l'organisation des soins ; il est même, comme le souligne Madeleine Estryn-Béhar, la clé de voûte de la qualité et de la sécurité des soins (24).

Il est, par ailleurs, le moyen de réaliser l'activité, comme le souligne Katia Kostulski : « *La conversation dans des situations de travail collectif est l'un des moyens par lesquels les participants d'une activité coordonnent leurs actions et leurs cognitions, c'est-à-dire construisent des représentations et des raisonnements leur permettant d'agir ensemble et de façon coordonnée* » (124).

Dans un contexte aujourd'hui réputé difficile, il convient plus que jamais de soutenir et favoriser ces temps d'échanges au sein des équipes mais également au-delà, en coopération avec le reste de l'établissement.

« *L'intérêt du patient exige, au moins en principe, que tous les participants à l'acte médical coopèrent pour le guérir ou améliorer sa santé. Au-delà de la maladie, le malade devient un point central pour l'articulation de la coopération dans cet univers. Ainsi les formes de coopération au travail « débordent » le cadre des équipes constituées, que ce soit vers le haut de la hiérarchie, avec les médecins, ou vers le bas, avec les femmes de ménage, les brancardiers ou les secrétaires* » (125).

Les moments de transition et de transmission (diagnostic, état du patient, soins réalisés, etc.) entre services, entre établissements, ou entre les équipes de nuit et de jour sont des moments où la communication et le travail d'équipe sont déterminants.

Katia Kostulski a étudié les pratiques de transmissions orales et écrites des infirmiers dans un service de Médecine Générale et un service de Convalescence et Soins Palliatifs. Elle montre à quel point le moment de la transmission est déterminant, au cœur même du métier, puisqu'elle est « *une activité professionnelle des personnels soignants (infirmiers et aides-soignants) qui vise un large but : pallier la discontinuité du roulement des équipes successives sur la continuité du soin* » (126).

Elle souligne l'importance des transmissions orales notamment, pour les soignants, qui actualisent et discutent les transmissions écrites. Loin d'être du temps perdu, le temps d'échange entre soignants complète les transmissions écrites et permet avant tout de rendre compte des imprévus, de discuter et de partager sur des problèmes techniques et relationnels, de réajuster des éventuelles erreurs (124). Les résultats de l'enquête PRESST-NEXT soulignent d'ailleurs le lien entre transmission et sentiment de sécurité : les infirmiers qui ne sont pas satisfaits des temps de chevauchement pour les transmissions (32 %) sont ceux qui craignent le plus de commettre des erreurs (contre 23 % pour ceux qui sont satisfaits des temps de transmission).

► Les formes de coopération et le travail en équipe

Des chercheurs américains ont analysé différentes caractéristiques institutionnelles d'hôpitaux, observé quatre types de culture de l'organisation (entrepreneurial, esprit d'équipe, bureaucratique et rationnel) et étudié le lien entre ces types d'organisation et la satisfaction des patients. Les résultats de l'étude montrent une corrélation forte (la plus forte des quatre) entre la satisfaction des patients et l'organisation en « travail d'équipe » ; ces résultats sont une invitation pour les établissements de santé à développer tout ce qui peut améliorer ce travail et l'esprit d'équipe, au détriment d'une culture trop bureaucratique (127).

Le caractère protecteur du travail en équipe

La qualité du travail d'équipe apparaît comme un facteur majeur associé à l'intention d'abandonner la profession (qui est quatre fois plus élevée quand la qualité du travail d'équipe est mauvaise). Le *burn-out* est le second facteur de risque dans l'intention de quitter la profession. Enfin, la qualité du travail d'équipe est un facteur de prévention important du risque de *burn-out* (128), phénomène plus fréquent chez les urgentistes, les gériatres et les pharmaciens (24).

En réalité, ce qui est mis en évidence, c'est le caractère essentiel du travail en équipe comme soutien et protection des professionnels.

Le moment de la relève, notamment, est un moment privilégié où le travail d'équipe, à travers les moments de transmission, constitue un soutien social et émotionnel important pour les soignants (129) : il joue alors un rôle fondamental dans la préservation de la santé mentale et physique des soignants et dans la réduction de l'absentéisme (24). Le soutien social des collègues et un minimum d'autonomie dans le travail peuvent permettre de prévenir et de gérer collectivement les risques d'agression, comme le montre une étude norvégienne sur la gestion du stress dans deux grands hôpitaux (130).

« *La qualité du travail collectif entre les soignants dans ces contextes qui confrontent à la dépendance vitale de la vieillesse protège du pire* » (122), p. 79. En outre, un trop grand clivage de l'activité entre soignants peut être source de désintégration sociale pour les agents, lorsqu'ils ne se rendent plus compte de leur interdépendance (131).

Pour que le collectif existe, « *il lui faut un espace et du temps* » (63, 123), un cadre dans lequel exister et des cadres de santé pour manager ces collectifs.

Le travail en équipe comme soutien au travail réflexif

Il s'agit de s'intéresser à la capacité collective à réélaborer le contenu de l'activité, indépendamment des normes. Dans les services de soins palliatifs notamment, exemple intéressant de services ayant mis en place des dispositifs pour rendre le travail moins pénible et éprouvant, Michel Castra montre, après avoir interviewé plus d'une centaine de soignants de ces services et observé leur activité durant neuf mois, combien les professionnels ont été obligés d'aller plus loin que la simple « bonne distance » (par des stratégies de distanciation, en fractionnant les soins, par exemple). Ils ont dû notamment inventer des nouvelles règles et normes collectives pour « *tenir compte et intervenir sur la subjectivité des soignés mais aussi des soignants* » pour éviter l'usure professionnelle et l'épuisement émotionnel en accordant une place centrale à la subjectivité des soignants. Les équipes ont intégré le travail émotionnel au sein de leur activité (25). Ils peuvent alors partager et exprimer leur souffrance, des temps sont réservés pour cela (ce qui revient *in fine* à parler du travail bien plus que de soi, souligne l'auteur). Les soignants travaillent en binôme, afin de ne pas se retrouver seuls face aux patients. L'équipe peut par ailleurs prendre le relais quand le travail devient trop difficile, elle est une protection pour le soignant (25).

L'équipe est un lieu de reconnaissance du travail et de soutien qui favorise le niveau de stress perçu et la qualité de vie au travail (132).

C'est également ce que montrent Florence Douguet et Jorge Muñoz dans leur analyse du rapport à la violence et des collectifs de travail : « *Les insultes, qui peuvent apparaître comme une forme de violence au début de la carrière professionnelle, deviennent avec le temps maîtrisables car on apprend à « faire avec ». Ainsi l'incertitude peut devenir source d'organisation collective plutôt que source de malaise* » (64).

Les relations entre professionnels

Outre les temps d'échange nécessaires à la bonne communication et à la réélaboration du contenu du travail, la question du travail en équipe impose également de s'intéresser aux relations entre les différents types de professionnels. A cet égard, la relation médecins-infirmiers a été abondamment étudiée dans la littérature (133, 134) notamment au regard de son impact sur la qualité des soins (135, 136). Une césure existe parfois entre les personnels paramédicaux et médicaux, entre les médecins et les infirmiers notamment (133), une certaine incompatibilité et étanchéité entre eux (137).

Certaines études ont éclairé les conditions de coopération qui font ressources. Marc Loriol et son équipe ont montré que les collectifs de travail de soignants peuvent produire « *un sens positif à leurs actions* ». Les auteurs soulignent combien, pour que de telles productions collectives puissent fonctionner, certaines conditions organisationnelles sont nécessaires, comme une certaine stabilité des équipes, la mise en valeur des divergences et non des polarisations, un encadrement de proximité qui favorise le consensus et, enfin, des temps et des lieux disponibles pour cette discussion sur le travail. L'échange et les discussions quotidiennes sur le travail, les éventuels rappels discrets à la norme, les divergences internes permettent, dans ce cas, une amélioration continue des soins et donnent un sens acceptable aux événements difficiles, comme par exemple le rapport à la mort. Ce que les soignants nomment « *une bonne ambiance de travail* », c'est en réalité la possibilité de discuter collectivement et de se mettre d'accord, que ce soit de manière formelle ou informelle (123).

Le soutien des collègues et de la hiérarchie, la connaissance spécifique de l'utilisation des équipements et la possibilité de répondre aux questions de chaque patient favorisent la satisfaction des soignants mais également la sécurité des patients (24). La qualité des soins infirmiers de nuit, moment critique en termes de vigilance, repose essentiellement sur l'organisation du travail mais également sur des critères relationnels (138).

Ainsi, le travail d'équipe est-il un facteur d'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction au travail des soignants, lui-même vecteur de qualité des soins. C'est alors un cercle vertueux.

Dans l'analyse des réponses à la question « *qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail de façon générale et dans votre discipline ? Expliquez* » à laquelle 2 520 médecins ont répondu à travers l'enquête SESMAT, Madeleine Estryn-Béhar, François Leimdorfer et Geneviève Picot soulignent la récurrence de l'aspect relationnel accolé aux discours sur le travail avec les patients, l'apport, l'aide, le soin, avant même le travail plus technique (prendre en charge, s'occuper, expliquer, etc.). D'où l'importance du sens et des valeurs pour les soignants, ce que Madeleine Estryn-Béhar nomme « *le goût des autres* » (63). La dimension relationnelle constitue une des composantes fondamentales du soin (71).

Le travail en équipe comme levier d'amélioration de la sécurité du patient

La culture de sécurité se construit dans un contexte où le travail d'équipe est valorisé. Elle repose sur un apprentissage collectif. De fait, améliorer le travail en équipe est efficace pour améliorer autant les processus de soins que leurs résultats (139). Un travail plus récent montre même une diminution de 18% de la mortalité après la mise en œuvre d'un programme pour améliorer le travail en équipe (140).

La littérature démontre que le travail d'équipe efficace (141, 142) :

- constitue une barrière de sécurité contre les événements indésirables ;
- est un facteur de qualité de la prise en charge du patient ;
- est un facteur de santé et de bien-être au travail pour les professionnels ;
- est un moyen de répondre de manière collaborative et interdisciplinaire aux besoins du patient.

L'exemple du programme mené au sein du réseau des hôpitaux des Vétérans aux Etats-Unis est à cet égard assez éclairant. Il a été mis en œuvre un programme d'amélioration de la sécurité au bloc opératoire dans ses 77 établissements. Le programme reposait sur un temps de diagnostic des faiblesses puis d'un engagement collectif vers des objectifs d'amélioration, des temps obligatoires de formation en équipe, suivis pendant un an des efforts du groupe par un coaching dédié (143). Après un an, la mortalité a été réduite de 17% et ce résultat dur : 94% des équipes sont satisfaites de la dynamique installée (140). La diminution est également observée pour des objectifs plus ciblés, comme l'infection chirurgicale (144).

► Le management comme ressource pour la régulation du travail

De la même façon que le travail d'équipe, le management est une véritable ressource soulignée par les soignants. Il fait partie de l'équipe. Les salariés se plaignent davantage d'une absence de leur hiérarchie plutôt que d'une trop grande présence (54). Les soignants ont besoin d'être écoutés et entendus par leurs cadres de santé, comme le souligne l'équipe de Marc Lorient et Paule Bourret (123, 145), ils attendent de leurs cadres de santé qu'ils soient disponibles à tout moment (145). La mise en discussion du travail réel et des difficultés des soignants et des encadrants peut permettre les ajustements nécessaires et une amélioration de la qualité du travail (124).

Les différentes formes de gestion de la main-d'œuvre ont un impact sur les performances des hôpitaux, souligne le rapport du Centre d'Etudes de l'Emploi (CEE) sur les relations hiérarchiques et de pouvoir dans les établissements de santé (137).

Le management, interface entre le travail tel qu'il est pensé et administré et le travail tel qu'il est réalisé par les soignants, joue un rôle pourtant particulièrement important de régulation. Entre les normes prescrites et le travail réel, des jeux avec les règles, « *mécanismes naturels d'équilibrage* », opèrent. Un travail de régulation conjointe s'exerce, entre la régulation de contrôle (les règles édictées par la direction et l'administration) et la régulation autonome (la façon dont les soignants vont faire le travail demandé en s'adaptant au plus près des besoins avec les moyens qu'ils ont pour faire leur travail) (80), cité par (54). Le management doit alors accompagner ce travail de régulation : la qualité des soins en dépend (146).

Le travail prescrit ne peut être réalisé sans une adaptation par les soignants ; il n'est jamais purement exécuté sans variation (les ergonomes ont montré depuis longtemps l'inévitable écart entre le travail prescrit et le travail réel). Le management joue un rôle clé dans l'échange entre le travail prescrit et le travail réel, afin de faire évoluer les contenus de travail, clé de réussite pour un travail de qualité (54). L'évaluation permet une amélioration continue des compétences des soignants et participe alors à une amélioration de la qualité de soins. Le type de management influence également le nombre de jours et le type d'absence des infirmiers (96).

Les travaux de Philippe Colombat menés en oncologie ont mis en exergue l'importance du management en général sur le bien-être ou la souffrance des soignants et plus particulièrement l'impact positif du management participatif sur les équipes : il favoriserait le travail en équipe, la reconnaissance du travail et le soutien de chacun (147, 148).

En outre, les soignants ont besoin d'être soutenus face aux contraintes spécifiques de leur travail, d'être reconnus dans leur travail. Si l'on revient sur la problématique des erreurs, on constate que lorsque l'organisation ne tire pas profit des erreurs notamment mais, au contraire, sanctionne, s'observe un effet de camouflage des erreurs et, *in fine*, un risque accru pour la sécurité des patients c'est ce que montre une étude australienne réalisée en 2010 (149).

Une étude sur les contextes organisationnels et managériaux des unités de soin, tels qu'ils sont perçus par les acteurs des établissements de santé, vient conforter ces résultats : « *Les dimensions organisationnelles et managériales du contexte des unités de soins constituent une piste explicative d'échec ou de succès des démarches « qualité » à l'hôpital* » (150). Les auteurs démontrent « la

présence d'une spirale organisationnelle et managériale vertueuse pour neuf services et vicieuse pour treize services » (Ibid.). Les auteurs détaillent notamment le profil du service avec une vision partagée « optimiste » qu'ils caractérisent par :

- un management favorable aux relations entre tous les professionnels, à leur coordination, au respect de l'individu dans la prise de décision collective, à la faible fréquence des conflits ;
- des attitudes au travail tournées vers l'engagement, la satisfaction au travail et la propension à rester dans le service ;
- un soutien hiérarchique, avec une image positive des supérieurs, perçus comme visionnaires et stimulants, également à l'écoute de chacun ;
- une performance perçue plus développée sur l'efficacité de service et la qualité de la relation avec le patient et sa famille.

En comparaison avec les services de vision « pessimiste », les auteurs concluent à une confirmation des variables déterminantes de la spirale organisationnelle et managériale vertueuse, proches des environnements internes favorables à la pratique professionnelle des soignants et à la qualité des soins :

- un climat relationnel collégial et collaboratif entre les équipes soignantes et médicales ;
- une reconnaissance de l'expertise soignante propice à l'autonomie des soignants ;
- un soutien hiérarchique et un *leadership* infirmier de type transformationnel, encourageant et stimulant (150).

► La formation

La formation est une ressource importante également. Elle peut être un vecteur d'amélioration de la qualité des soins, tout en permettant des apprentissages individuels et collectifs. En effet, plusieurs études examinent le lien entre la formation ou le niveau d'étude des soignants et la qualité des soins et concluent en faveur d'une amélioration significative de cette dernière lorsque le personnel a suivi une formation (151-153).

La formation continue doit s'adapter davantage aux nouveaux besoins des soignants et des patients et être considérée comme un « *investissement vital déterminant le management et l'amélioration de la qualité des services rendus* » (48)

Pourtant, une partie des soignants ne voit pas l'intérêt de ces formations et ne vient pas toujours se former. Certaines sont rendues obligatoires en raison de ces absences, mais cela n'empêche pas l'absentéisme pour autant. D'où « *l'importance d'élaborer un dispositif de formation structuré et dense qui croise plusieurs formes d'apprentissage : les cours théoriques, les simulations et l'imitation* ». Ces moments d'apprentissage sont, en outre, des moyens de développer une vision commune du travail et de créer du sens pour l'ensemble des acteurs, sorte d'intelligence collective (154).

Les formations à la réflexion sur la pratique (ou analyse des pratiques) sont notamment intéressantes pour les professionnels du soin, comme le montrent bien G. Altmiller dans son article « *The role of constructive feedback in patient safety and continuous quality improvement* » (153) P. Brient (155) ou encore M. P. Clynes (156).

► L'autonomie dans le travail

Enfin, l'autonomie des soignants est également déterminante dans leur capacité d'agir. Les analyses de Karasek sur le stress au travail montrent bien toute l'importance de l'autonomie (latitude décisionnelle) dans le vécu que le travailleur peut avoir au moment de prendre une décision ou même de faire son travail plus simplement (157, 158).

Le fait de laisser une plus grande liberté d'action diminue en fait le taux de rotation des soignants : c'est un facteur de satisfaction (159). Par ailleurs, les salariés qui font face à une forte demande psychologique mais qui disposent d'une bonne latitude décisionnelle sont davantage protégés en termes de risques psychosociaux, comme le montrent les résultats de l'enquête Sumer en France (160). M. Battesti propose d'accroître l'autonomie des soignants pour lutter contre l'absentéisme (161).

Comme le soulignent Florence Douguet et Jorge Muñoz : « *les professionnels développent une vision de la qualité de soins, donc de leur activité, intimement liée avec les deux pôles de l'activité de soins : technique et relationnel. Autrement dit, pour comprendre la signification de la qualité du travail à l'hôpital, il est nécessaire de comprendre et de cerner l'univers du travail et ses pratiques. Dans le cas présent, les professionnels s'accordent sur l'importance de pouvoir doser ou arbitrer entre les deux pôles pour effectuer un travail de qualité* » (64).

► Action collective et dialogue social

L'action collective et le dialogue social font également partie des ressources dont disposent les soignants pour réaliser un travail de qualité.

Dans le cadre des travaux du Pacte de Confiance pour l'Hôpital, le groupe de travail piloté par D. Toupillier sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines (intitulé Le dialogue social local Reconnaître – Rénover – Réussir) identifie quatre enjeux prioritaires pour le dialogue social (162) :

- attirer et fidéliser les professionnels ;
- dynamiser et sécuriser leurs carrières ;
- anticiper les évolutions et promouvoir les parcours professionnels ;
- contribuer à la responsabilité sociétale (des entreprises) des établissements (RSE) avec un accent tout particulier sur les conditions de travail, la santé au travail et la conciliation vie privée/vie professionnelle.

Le dialogue social à l'hôpital inclut « *toutes formes de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions d'intérêts communs liées à la politique économique et sociale* » (162).

Le rapport Toupillier souligne qu'il est « *incontestable qu'une certaine culture de la pratique du dialogue social, y compris sous la forme de négociations, est nettement plus développée dans la fonction publique hospitalière que dans les deux autres versants de la fonction publique, en particulier dans la fonction publique de l'Etat* » (162), même si son déploiement reste « *très inégal au sein des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux* », avec des instances au « *fonctionnement aléatoire* » : il est souvent plus présent dans les grands établissements et problématique dans les établissements de petite taille (Ibid).

Cela étant, si le dialogue social revêt surtout une forme institutionnelle (consultation des instances) dans les établissements de santé, les formes et la force du dialogue social dans ces établissements sont d'ampleur très inégale, comme le soulignent les rapporteurs du groupe de travail sur le dialogue social du Pacte de Confiance pour l'Hôpital piloté par D Toupillier (162).

Trois modalités de la mobilisation consensuelle existent : la coopération, les démarches participatives et la coordination. Une dimension communautaire existe depuis toujours dans les services et l'esprit d'équipe, les coups de main, le partage des conditions de travail difficiles, de la même fatigue, etc. contribuent à forger un sentiment de « *destin commun* » et de solidarité. La coopération est une des dimensions importantes de la mobilisation consensuelle. Les démarches participatives constituent la deuxième modalité de la mobilisation. Si le dialogue social est très centralisé dans le milieu hospitalier, la façon dont les directeurs vont expliquer et légitimer au fur et à mesure les étapes d'une démarche d'évaluation est décisive. S'il sait répondre rapidement aux soignants, s'il dispose de points relais avec « la base » afin de faciliter les échanges descendants et remontants, sorte de « *militantisme de la traduction* », les changements seront d'autant mieux perçus et compris. Deux niveaux de participation à l'amélioration de la qualité de soins coexistent : la participation déléguée (qui concerne tous les personnels, avec des effets perçus en matière de circulation de l'information et de prise de conscience) et la participation élargie (qui repose sur une consultation large et sur la mise en place de groupes de travail autour de thématiques ciblées). Enfin, les soignants sont incités chaque jour à collaborer étroitement avec d'autres soignants, tant dans leur établissement qu'à l'extérieur de leur établissement. Le partage d'objectifs communs est un gage de réussite de la mobilisation (163).

Concilier qualité des soins, qualité de vie au travail, performance sociale et efficacité économique est un objectif partagé unanimement, souligne le rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines à l'hôpital (162). Informer, consulter, concerter, négocier à tous les niveaux pertinents sur tous les grands sujets stratégiques des établissements et œuvrer à la modernisation des ressources humaines doit devenir le « *fondement naturel de la relation sociale au sein de chaque institution* », souligne le rapport. Pour autant, le dialogue social informel est tout aussi important. Dans un contexte de fortes évolutions, il est déterminant d'associer les professionnels aux projets d'établissements afin d'avoir une vision claire, adaptée et partagée.

L'idée d'associer le personnel à une mise en discussion collective de ces problématiques permet de prévenir ces risques mais également de prévenir le risque de perte de sens du travail (164).

3.3 Des modèles, des démarches qui émergent

Parmi les modèles existants, celui qui s'impose aujourd'hui dans la littérature est celui des hôpitaux magnétiques. Il présente l'avantage de montrer combien la mise en place d'organisations du travail vertueuses est possible, souhaitable et rentable et constitue un modèle intéressant et pertinent pour penser la qualité de vie au travail.

Ceci étant, il a été élaboré exclusivement en se centrant sur la profession infirmière, s'inscrivant ainsi dans ses enjeux propres. Il est donc à manier avec prudence pour penser un élargissement à l'ensemble des professionnels, ce qui constitue bien l'enjeu de la qualité de vie au travail.

D'autres modèles existent qui ont été moins documentés, on peut par exemple citer l'approche Planetree, une approche centrée sur la personne, à la fois les patients et les professionnels. Pour faire le pendant aux modèles des hôpitaux magnétiques, il a été choisi de développer un autre modèle qui fera écho aux enjeux actuels autour des territoires, il s'agit des communautés stratégiques de territoire.

► Les hôpitaux magnétiques

Pour reprendre l'expression d'Yves Brunelle « *Un hôpital magnétique est un hôpital où il fait bon vivre et où il fait bon se faire soigner* », ces hôpitaux magnétiques seraient des modèles à suivre en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité pour les patients et l'hôpital (29, 150).

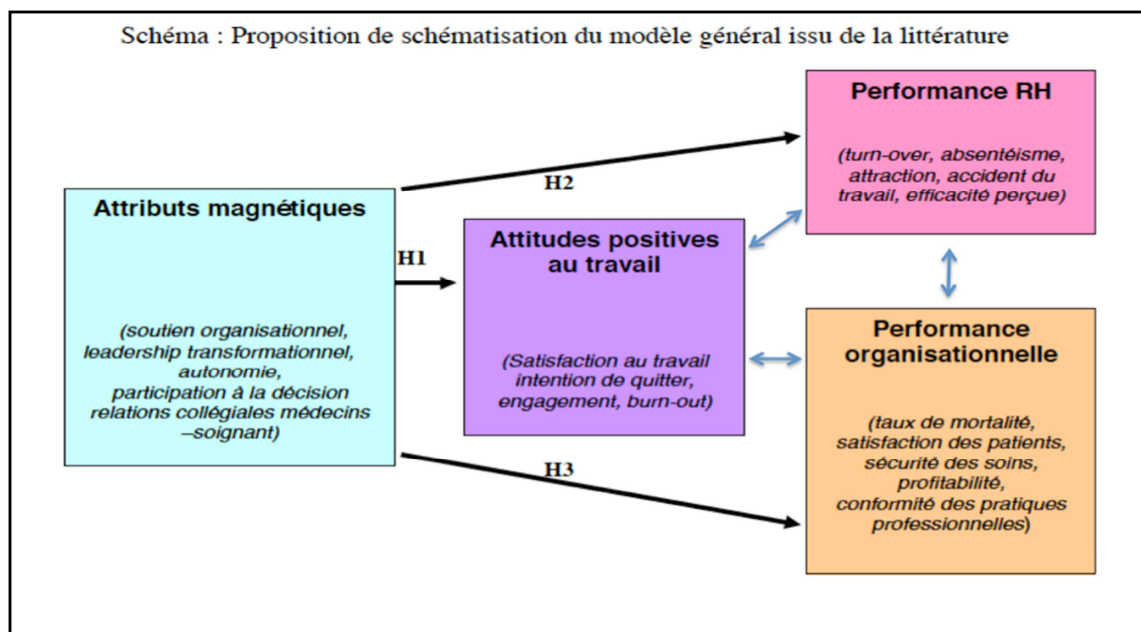
Les travaux sur les hôpitaux magnétiques ont cherché à montrer le lien entre un environnement interne favorable aux soignants et un faible *turn-over* de ceux-ci, dans un contexte où les établissements de santé peinaient à fidéliser et à recruter (165). Depuis cette première étude américaine sur les hôpitaux magnétiques (165) montrant que les problèmes de roulement du personnel infirmier étaient concentrés dans certains établissements contrairement à d'autres, toute une série d'études s'est intéressée à ces hôpitaux magnétiques. Les travaux arrivent aujourd'hui à montrer le lien fort entre environnement interne favorable aux soignants et satisfaction des soignants mais montrent également que ce magnétisme est producteur de qualité et agit sur les attitudes, perceptions et comportements au travail des soignants (158).

De nombreuses études ont vu le jour depuis, sur ce même thème, et toutes soulignent les huit conditions essentielles de ces hôpitaux : l'autonomie professionnelle des infirmiers, le support fourni par l'administration, une bonne collaboration entre médecins et infirmiers, la valorisation professionnelle et le *leadership* infirmier, des relations positives avec les pairs (esprit de famille), un ratio de personnel adéquat, un focus « client » (point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements) et l'importance de la qualité des soins et des services (qui dépasse le stade du discours). Plusieurs études soulignent qu'en œuvrant sur ces huit variables, les hôpitaux magnétiques obtiennent des taux de mortalité plus faibles, une satisfaction plus élevée des patients (166-168), des indicateurs de soins avec de meilleurs résultats (167, 169) et des erreurs médicales moindres (170, 171). Ainsi, l'amélioration des conditions de travail participe à l'amélioration de l'état de santé des patients (172). Plusieurs études ont montré le lien fort entre la satisfaction des employés et la qualité du séjour des malades à l'hôpital (33)(157).

Cela étant, peu de travaux existent en France sur ce modèle en tant que tel, même si de nombreuses études portent sur une ou deux des caractéristiques des hôpitaux magnétiques. Cette revue de littérature, en les rassemblant, tente de pallier ce manque. Mais il ne faut toutefois pas occulter le contexte (américain pour l'essentiel) dans lequel les travaux sur les hôpitaux magnétiques ont été réalisés. Comme le soulignent Didier Tabuteau, directeur de la Chaire Santé de Sciences Po à Paris et Victor Rodwin, professor of Health Policy and Management à l'université de New-York, le système de santé américain est différent du nôtre, même s'il présente certaines analogies comme les deux auteurs tentent de le démontrer : les dépenses y sont « *trois fois plus importantes que dans le système français* » ; le nombre d'infirmiers par lit est bien plus élevé qu'en France et le rapport au patient y est très différent (173) ; la recherche infirmière est reconnue et les formations y sont valorisées contrairement à la France où la formation reste professionnelle et « *peine à s'épanouir dans son processus d'universitarisation entamé depuis peu* » (150). Le contexte français dans lequel opèrent les établissements de santé diffère donc du modèle anglo-saxon, mais également de celui du Japon, par exemple (174), ou même de celui de pays européens plus proches géographiquement comme l'Allemagne où, par exemple, le niveau de qualification et le contenu du travail des infirmiers n'est pas le même qu'en France : ils n'ont pas de niveau universitaire et assurent ainsi des soins assurés par les aides-soignants en France (14). L'organisation du travail, les profils ou formations diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre et doivent inciter à la prudence des comparaisons.

Toutefois, ces hôpitaux magnétiques fidélisent leurs personnels, pas tant sur des variables économiques (revenus) que sur la valorisation et le soutien, sur des incitations non économiques, sur les conditions d'exercice du travail lui-même.

Ainsi, pour reprendre le modèle proposé par Matthieu Sibé, cette revue de littérature vient souligner les liens entre performance des ressources humaines, performance organisationnelle et attitudes au travail :



Sources : Sibé 2012, complété par nos soins (flèches bleues) (175)

En conclusion de sa thèse, Matthieu Sibé invite les établissements à s'inspirer du modèle des hôpitaux magnétiques, rappelant l'origine du concept dans une volonté de s'appuyer sur ce qui fait levier et sur les dimensions positives, plutôt que sur ce qui constitue des obstacles et des facteurs de détérioration. (158).

Ce faisant, il établit un parallèle explicite entre le magnétisme à l'américaine et la qualité de vie au travail à la française, à la fois dans ses enjeux et dans ses résultats attendus :

« Sur le fond, la démarche proposée par l'hôpital magnétique entend rompre avec l'approche classique des conditions de travail par la seule entrée de la prévention du mal-être, mais aussi avec l'approche critique de l'évolution des organisations publiques et des normes de gestion. [...] Notre recherche contraste en ouvrant une perspective complémentaire de prévention des RPS, basée elle sur le développement du bien-être au travail et les capacités positives des organisations hospitalières. « En se focalisant sur les salariés souffrants et sur le mal-être au travail, non seulement on a tendance à faire des salariés des « victimes passives », mais surtout on perd de vue que c'est le travail lui-même qui est malade et que ce sont souvent ses conditions d'exercice et de reconnaissance qu'il faut soigner » (122) . Nos voisins européens, tel le National Health Service britannique, adaptent aujourd'hui leurs stratégies afin d'améliorer la qualité de vie au travail (QVT), considérant que « se concentrer de manière positive sur le bien-être implique une approche davantage stratégique et préventive, plutôt que de réagir simplement aux problèmes de santé » (176). [...]. Les démarches actuelles de gestion des risques psycho-sociaux se cristallisent sur ce versant « pathogénique » de l'organisation et sur la détérioration de la QVT. L'approche magnétique, en s'inscrivant dans le courant de la psychologie positive des organisations, met au contraire en valeur les ressources bénéfiques issues de nos interactions avec le travail. Celui-ci est aussi source de plaisir, d'implication et d'élévation, car il donne l'opportunité de se transformer soi-même, de s'émanciper et d'entrer en relation avec autrui. L'individu y expérimente ses capacités de création, de développement et de maîtrise des compétences.

La démarche du magnétisme hospitalier offre donc l'opportunité aux managers de changer de posture, en insistant sur la dimension « salubre » du travail. »

► Les communautés stratégiques

Ce concept est né au Japon face à la nécessité d'adaptation rapide de l'activité des entreprises dans le secteur de la téléphonie, imposant des organisations souples et réactives. Les réformes successives du secteur de la santé et les évolutions contextuelles importantes rendaient également nécessaire une adaptation rapide des organisations et constituaient donc un terrain propice au développement de la démarche de communauté stratégique. C'est dans ce contexte que les chercheurs de la chaire d'étude en organisation du travail de l'Université de Sherbrooke ont promu, accompagné et évalué la mise en œuvre de cette démarche sur des coopérations inter-hospitalières.

« Une communauté stratégique est une structure temporaire de collaboration inter organisationnelle, composée de professionnels et cadres de premiers niveaux, d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, de représentants d'organismes communautaires, etc., dont le mandat consiste à générer, à mettre en pratique et à évaluer des idées nouvelles concernant l'organisation du travail inter établissements. » (177)

Ainsi développée, cette approche a montré un apport positif sur les organisations, les professionnels et le travail en équipe. *« Plus qu'une simple approche de changement, la communauté stratégique y apparaît comme une structure permettant d'accroître la capacité des organisations à concevoir et à mettre en œuvre des changements en s'appuyant sur les personnes-mêmes qui réalisent le travail. » (178)*

Un guide a été élaboré pour inciter les dirigeants et guider les professionnels en charge de la mise en œuvre de ces communautés stratégiques (177). Il en précise les caractéristiques :

- **son champ** : elle s'applique à un réseau opérationnel, s'intéressant avant tout aux interfaces et considérant que les marges de manœuvre en interne des établissements sont trop réduites pour qu'il en résulte des changements en profondeur ;
- **une stratégie ascendante** : elle *« s'appuie dès le départ sur ceux qui assurent le service, de manière à imaginer et mettre en place de nouvelles façons de répartir, réaliser et coordonner le travail en réseau. De telle sorte que ce sont les systèmes et les structures qui sont appelés à s'ajuster aux travaux mis en œuvre par la communauté pour répondre au besoin du client. »* De fait, cela repose sur un espace de liberté important, puisque c'est la communauté stratégique qui va analyser la problématique, décider des objectifs et des actions à mettre en œuvre et des moyens de son évaluation ;
- **une structure temporaire ad hoc centrée sur l'action** : le parti pris est résolument du côté de l'action, ce qui passe notamment par le fait de *« réduire la planification de l'action à sa plus simple expression, de démarrer l'introduction des changements au plus tôt, de façon localisée et de consacrer des efforts sur le terrain pour permettre l'ajustement des systèmes à la nouvelle réalité générée par la mise en œuvre des changements. »* ;
- **un rattachement de la structure à la direction générale** qui passe par la mise en place d'un comité des directeurs généraux des organisations participantes. Leur implication est essentielle, puisque les travaux de la communauté stratégique passeront potentiellement par la modification de règles, de politiques et de pratiques qui seront expérimentées dans les établissements partenaires : cela nécessitera donc leur approbation préalable (179).

La mise en œuvre de la démarche avec des établissements prenant en charge des patients atteints de cancers a permis des améliorations notables, tant du point de vue des usagers que des professionnels. Le travail réalisé sur le parcours du patient a conduit la communauté à travailler sur la stabilité des équipes au sein de chacune des entités et à la constitution d'équipes dédiées, ce qui permettait de faciliter également les échanges entre les établissements. Au total, les participants ont

fait part de leur satisfaction et du choix de pérenniser les nouvelles organisations de travail. Ils ont également considéré que cela avait permis au personnel de « *recentrer son travail sur les tâches pour lesquelles il est le mieux formé* » : la répartition des tâches s'est opérée de manière plus efficace au sein des équipes, dégageant les infirmiers de certaines tâches administratives et permettant aux autres professionnels de se sentir davantage valorisés dans leur rôle. Les usagers, quant à eux, se sont montrés moins inquiets, plus satisfaits : les motifs d'insatisfaction préalablement identifiés ont disparu (179).

Encore confidentiel, moins étudié que le modèle des hôpitaux magnétiques, ce concept de communauté stratégique ouvre néanmoins de nouveaux horizons et démontre surtout l'intérêt croissant des acteurs à développer de nouvelles formes d'organisation ancrées et à progresser sur les questions du travail.

Conclusion

Il est frappant de constater à quel point la littérature aujourd'hui mobilisable sur le sujet se centre avant tout sur la mise en exergue des difficultés des conditions de travail et d'un modèle managérial mis à mal par les réformes successives qui ont transformé les établissements de santé et la relation aux patients. Ceci étant, ce ne sont pas tant les réformes dans leur esprit qui sont remises en question que les modalités de leur mise en œuvre et essentiellement au regard du fait que le travail a souvent été le grand oublié du déploiement des nouvelles politiques.

Les recherches réalisées sur les conditions de travail et la qualité des soins montrent un lien entre les deux, certaines études quantitatives allant jusqu'à estimer un impact chiffré en termes de mortalité. Il reste que c'est probablement dans les études qualitatives réalisées par les sociologues et les sciences de gestion que l'on approche le mieux la complexité du phénomène, montrant la nécessité de trouver d'autres modèles d'actions.

La notion de « qualité de vie au travail » est aujourd'hui proposée pour penser des marges de manœuvre et permettre une progression sur les questions du travail et, de fait, sur la question de la qualité des soins, en décalage avec la question du travail perçu uniquement comme un risque. La littérature émergente, non seulement sur les hôpitaux magnétiques, mais également sur d'autres expériences innovantes, laisse à penser que de nouvelles voies s'ouvrent, fondées principalement sur le sens de l'engagement et centrées sur un appui à l'activité.

C'est bien dans ces nouvelles approches que la HAS entend puiser afin d'étayer et d'inciter au déploiement de démarches de qualité de vie au travail.

Bibliographie

1. Gollac M, Volkoff S. Les conditions de travail. Paris: La Découverte; 2007.
2. Ughetto P. Faire face aux exigences du travail contemporain. Conditions du travail et management. Lyon: Editions de l'ANACT; 2007.
3. Duclos L. Les conditions de travail comme condition du travail. Rev Conditions Travail 2014;(1).
4. Thénard-Duvivier F. Les mondes du travail en France de 1800 à nos jours. Conférences et débats, Lycée Claude Fauriel, Saint-Étienne, 20 janvier 2011. Cah Comités Histoire 2011;(14).
5. Supiot A. Fragments d'une politique législative du travail. Droit social 2011;(12):1151-61.
6. Castel R. les métamorphoses de la question sociale. Paris: Fayard; 1995.
7. Romagnan B, Benoit T. Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur l'impact sociétal, social, économique et financier de la réduction progressive du temps de travail. Assemblée nationale n°2436. Paris: Assemblée Nationale; 2014.
8. Lachman H, Larose C, Penicaud M. Bien-être et efficacité au travail. 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail. Paris: Documentation française; 2010.
9. Thuderoz C. Négociations. Essais de sociologie sur le lien social. Paris: PUF; 2000.
10. Arnaudo B, Léonard M, Sandret N, Cavet M, Coutrot T, Rivalin R, *et al.* Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs. Dares Analyses 2013;(10).
11. Loquet J, Ricoch L. Les conditions de travail dans les établissements de santé. Dans: Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, ed. Le panorama des établissements de santé édition 2014. Paris: DREES; 2014. p. 9-30.
<http://www.snamhp.org/fichier-telechargement/1426860636-panorama2014.pdf>
12. Direction générale de l'offre de soins. Synthèse annuelle des données sociales hospitalières. Année 2008. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2008.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_annuelle_des_donnees_sociales_hospitalieres_2008_des_etablissements_publics_de_sante.pdf
13. Betout C, Cardi C, Morvant E, Panissier S. Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins [Diplôme de Chef de projet en ingénierie documentaire]. Paris: INTD; 2007.
14. Méhaut P. Stabilité ou Instabilité des rapports de travail et d'emploi ? Une comparaison sur les emplois peu qualifiés à l'hôpital. Communication aux JIST 2009. Dans: Nancy Université, Laboratoire Lorrain de sciences sociales, ed. XIIèmes Journées internationales de sociologie du travail. Formes et structures du salariat : crise, mutation, devenir ? Nancy, le 25 et 26 juin 2009 Nancy: Lest - Aix Marseille Université.
15. Le Lan R, Baubeau D. Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. Etudes Résultat 2004;(335).
16. Algava E, Davie E, Loquet J, Vinck L. Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés. Dares Analyses 2014;(49).
17. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. le panorama des établissements de santé édition 2014. Paris: DREES; 2015.
18. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Soignants : des pistes contre les risques. Réalité Prévention 2010;(24).
19. Observatoire national des violences en milieu de santé, Ferrari R. Rapport annuel 2012. . Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé.; 2013.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_2012_ONVS-2.pdf
20. Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. Med J Aust 2005;183(7):362-5.
21. Lau JB, Magarey J. Review of research methods used to investigate violence in the emergency department. Accid Emerg Nurs 2006;14(2):111-6.
22. Lancman S, Mangia EF, Muramoto MT. Impact of conflict and violence on workers in a hospital emergency room. Work 2013;45(4):519-27.
23. Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. Scand J Public Health 2000;28(2):123-31.

24. Estry-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes: EHESP; 2008.
25. Castra M. Faire face à la mort : réguler la "bonne distance" soignants-malades en unité de soins palliatifs. *Trav Emploi* 2004;(97):53-64.
26. Litim M, Kostulski K. Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. *Perspectives en clinique du travail* 2006;(1).
27. Direction générale du travail. Bilans et rapports. Conditions de travail. Bilan 2012. Paris: Ministère du travail, de l'emploi de la formation professionnelle et du dialogue social; 2013.
http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_CT_2012.pdf
28. Gheorghiu MD, Moatty F. L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons; 2013.
29. Brunelle Y. Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Prat Org Soins* 2009;40(1):39-48.
30. Trinkoff AM, Storr CL, Lipscomb JA. Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *J Occup Environ Med* 2001;43(4):355-63.
31. Weir R, Stewart L, Browne G, Roberts J, Gafni A, Easton S, *et al.* The efficacy and effectiveness of process consultation in improving staff morale and absenteeism. *Med Care* 1997;35(4):334-53.
32. Nyathi M, Jooste K. Working conditions that contribute to absenteeism among nurses in a provincial hospital in the Limpopo Province. *Curationis* 2008;31(1):28-37.
33. Harmon J, Scotti DJ, Behson S, Farias G, Petzel R, Neuman JH, *et al.* Effects of high-involvement work systems on employee satisfaction and service costs in veterans healthcare. *J Healthc Manag* 2003;48(6):393-406.
34. Joiner TA, Bartram T. How empowerment and social support affect Australian nurses' work stressors. *Aust Health Rev* 2004;28(1):56-64.
35. Rajbhandary S, Basu K. Working conditions of nurses and absenteeism: is there a relationship? An empirical analysis using National Survey of the Work and Health of Nurses. *Health Policy* 2010;97(2-3):152-9.
36. Schreuder JAH, Roelen CAM, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW. Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: a cross-sectional study. *Int J Nurs Studies* 2010;47(5):569-76.
37. Roelen CA, Bultmann U, Groothoff J, van Rhenen W, Mageroy N, Moen BE, *et al.* Physical and mental fatigue as predictors of sickness absence among Norwegian nurses. *Res Nurs Health* 2013;36(5):453-65.
38. Bami L, Damart S, Kletz F. Réformes de l'hôpital, crise à l'hôpital : une étude des liens entre réformes hospitalières et absentéisme des personnels soignants. *Pol Mange Public* 2012;29(3):541-61.
39. Ravallec C, Brasseur G, Bondéelle A, Vaudous D. Blouses blanches pour idées noires. Dossier des performances sous perfusion. *Trav Sécurité* 2009;(3):31-3.
40. Bezes P, Join-Lambert O. Comment se font les administrations : analyser des activités administratives constituantes. *Sociol Trav* 2010;52(2):133-50.
41. Pesqueux Y. Le « nouveau management public » (ou New Public Management) [En ligne]: www.cnam.fr/lipsor; 2006.
https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/510878/filename/Lenouveau_managementpublic.pdf
42. Bezes P. Le renouveau du contrôle des bureaucraties : l'impact du new public management. *Inform Soc* 2005;6(126).
43. Bartoli A. Le management des organisations publiques. Paris: Dunod; 2005.
44. Domin JP. Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013). *Rév Régul* [En ligne] 2015;17:<http://regulation.revues.org/11293>.
45. Naro G. Perspectives critiques en comptabilité : le nouveau management public en question(s). Dans: Palpacuer F, Leroy M, Naro G, ed. *Management, mondialisation, écologie. Regards critiques en sciences de gestion*. Paris: Lavoisier; 2010.
46. Georgescu I. La pression financière interne, ses déterminants et ses effets sur les attitudes et comportements: le cas de l'hôpital public français [Thèse en Sciences de Gestion]. Montpellier: Université de Montpellier 1. Institut des sciences de l'entreprise et du management; 2010.

47. Bezes P, Demazière D, Le Bianic T, Paradeise C, Normand R, Benamouzig D, *et al.* New public management and professionals in the public sector. What new patterns beyond opposition? *Sociol Trav* 2012;54(Suppl 1):e1-e52.
48. Baur M, Noiré D. Les nouveaux enjeux de la formation à l'hôpital. *Gérontol Soc* 2004;4(111):199-206.
49. Agostini M, Lavril F, Vaslet JC. Les restructurations dans les hôpitaux publics en France. *Hesamag* 2011;(4):25-9.
50. Belorgey N. L'hôpital sous pression. Enquête sur le "nouveau management public". Paris: La Découverte; 2010.
51. Mas B, Pierru F, Smolski N, Torrielli R. L'hôpital en réanimation : Le sacrifice organisé d'un service public emblématique. Vulaines-sur-Seine: Edition du Croquants; 2011.
52. Inspection générale des affaires sociales, Bruant-Bisson A, Castel P, Planel MP. Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. Paris: IGAS; 2012.
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article287>
53. Herreros G. L'hôpital à l'épreuve des réformes. Entre institution et organisation. *Socio-Anthropol* 2007;(21):23-36.
54. Detchessahar M, Grevin A. Un organisme de santé... malade de "gestionnisme". *Gérer Comprendre* 2009;4(98):27-37.
55. Gollac M, Volkoff S. Citius, altius, fortius [L'intensification du travail]. *Actes Recherches Sci Soc* 1996;(114):54-67.
56. Loriol M. Ethique et soins en milieu hospitalier : un regard sociologique. Charleville Mézières: EPU du centre Hospitalier de Charleville Mézières. Groupe de travail sur l'éthique; 2012.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00702612/document>
57. Moisdon JC. L'évaluation du changement organisationnel par l'approche de la recherche intervention. L'exemple des impacts de la T2A. *Rev Fr Affaires Soc* 2010;(1-2):213-26.
58. Couty E, Scotton C. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013.
59. Haute Autorité de Santé, Benamouzig D, Robelet M, Levif M, Velpry L, Michel P, *et al.* La généralisation des indicateurs qualité en Aquitaine. Entre contrainte et apprentissage, une étude sociologique. Saint-Denis La Plaine: HAS ; 2010.
60. Lallement. Le travail sous tensions. Paris: Editions Sciences Humaines; 2010.
61. Inspection générale des affaires sociales, Lalande F, Scotton C, Bocquet PY, Bonnet JL. Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? Paris: IGAS; 2012.
<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-020P.pdf>
62. Inspection générale des affaires sociales, Zeggar H, Vallet G, Tercerie O. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. Paris: La documentation Française; 2010.
63. Estryng-Behar M, Chaumon E, Garcia F, Milanini-Magny G, Bitot T, Ravache AE, *et al.* Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités* 2011;8(1):77-103.
64. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Dougnet F, Munoz J, Le Boul D. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants. Série études n°48. Paris: Ministère de l'emploi de la cohésion sociale et du logement; Ministère de la santé et des solidarités; 2005.
65. Setbon M. La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociol Trav* 2000;42:51-68.
66. Leteurtre H, Patrelle I, Quaranta JF, Ronzière N. La qualité hospitalière. Boulogne-Billancourt: Berget-Levrault; 1999.
67. Cintas C. Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique. *Perspect Interdisciplin Trav Santé* 2009;11(1).
68. Winters R, Neville S. Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital. *Nurs Prax N Z* 2012;28(1):19-28.
69. Caroly S. Activité collective et réélaboration des règles : des enjeux pour la santé au travail [Ergonomie]. Bordeaux: Université Victor Segalen - Bordeaux II; 2010.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00464801v2/document>
70. Gheorghiu MD, Moatty F. L'emploi et le travail hospitaliers à l'épreuve des réformes. *Connaissance Emploi* 2014;(109).

71. Malet D, Benchekroun TH. Comprendre la manutention de patient pour la valoriser : une voie de construction de la santé des soignants. *Perspect Interdisciplin Trav Santé* [en ligne] 2012;14(1).

72. Castra M. L'usage de l'analyse psychologique comme support à la gestion de la mort en unité de soins palliatifs. Dans: Buscatto M, Lorient M, Weller JM, ed. *Au-delà du stress au travail*. Paris: Erès; 2008. p. 119-36.

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=ERE_S_WELLE_2008_01_0119

73. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Claveranne JP, Vinot D, Fraisse S, Robelet M, Candell D, *et al.* Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé. Note de synthèse. Paris: Ministère de la santé de la famille et des personnes handicapées; 2003.

http://old.agevillage.org/AgeNet/upload/documentatio/n/qual_profes.pdf

74. Davezies P. Enjeux, difficultés et modalités de l'expression sur le travail : point de vue de la clinique médicale du travail. *Perspect Interdisciplin Trav Santé* [en ligne] 2012;14(2).

75. Haute Autorité de Santé. Actes du séminaire " Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé " 21 octobre 2010, La Plaine Saint-Denis. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.

76. Detchessahar M, Devigne M, Stimec A. Les modes de régulation du travail et leurs effets sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil des personnes âgées en quête de management. *Finance Contrôle Strat* 2010;13(4):39-74.

77. Dumas M. Restructurations hospitalières et souffrance au travail : questionnement autour d'un cas. Dans: Le Deist F, ed. *Restructurations et santé au travail : regards pluridisciplinaires*. Toulouse: Octares Editions; 2013. p. 139-52.

78. Haute Autorité de Santé, IPSOS. Baromètre 2012. Perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/barometre_perception_certification.pdf

79. Levet P. Des risques psychosociaux à la qualité de vie au travail. *Négociations* 2013;1(19):97-111.

80. Reynaud JD. Réflexion I. Régulation de contrôle, régulation autonome, régulation conjointe. Dans: de Terssac G, ed. *La théorie de la régulation sociale de*

Jean-Daniel Reynaud. *Débats et prolongements*. Paris: La Découverte; 2003. p. 103-13.

81. El Gaïed M. Dispositifs d'encadrement et d'évaluation du travail hospitalier : le rôle de la communication managériale pour la qualité. *Comm Organ* 2010;1(37):93-101.

82. Cochoy F, Garel JP, de Terssac G. Comment l'écrit travaille l'organisation : le cas des normes Iso 9000. *Rev Fr Sociol* 1998;39(4):673-99.

83. Jégou JJ. Rapport d'information fait au nom de la commission des Finances, du contrôle budgétaire et des comptes économiques de la Nation sur l'informatisation dans le secteur de la santé. Sénat session ordinaire de 2005-2006 n°62. Paris: Sénat; 2005.

84. Bruneau C, Obrecht O, Lachenaye-Llamas C. Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé. *Gest Hosp* 2003;(422):13-7.

85. Pucher PH, Aggarwal R, Batrick N, Jenkins M, Darzi A. Nontechnical skills performance and care processes in the management of the acute trauma patient. *Surgery* 2014;155(5):902-9.

86. Hewett DG, Watson BM, Gallois C, Ward M, Leggett BA. Intergroup communication between hospital doctors: implications for quality of patient care. *Soc Sci Med* 2009;69(12):1732-40.

87. McGillis Hall L, Pedersen C, Fairley L. Losing the moment: understanding interruptions to nurses' work. *J Nurs Adm* 2010;40(4):169-76.

88. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, *et al.* Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occup Health* 2004;46(6):448-54.

89. Dioni E, Franceschini R, Marzollo R, Oprandi D, Chirico G. Central vascular catheters and infections. *Early Hum Dev* 2014;90(Suppl 1):S51-S3.

90. Canadian Nurses Association, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Registered Nurses' Association of Ontario. Nurse fatigue and patient safety. Research report. Ottawa: CNA-AIIC; 2010.

<https://www.cna-aiic.ca:443/en/on-the-issues/better-care/patient-safety/nurse-fatigue-and-patient-safety>

91. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, *et al.* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* 2014;6736(13):62631-8.

92. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, RN4CAST Consortium. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud* 2013;50(2):143-53.
93. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care* 2007;45(12):1195-204.
94. Penoyer DA. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. *Crit Care Med* 2010;38(7):1521-8; quiz 9.
95. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002;346(22):1715-22.
96. Cummings GG, MacGregor T, Davey M, Lee H, Wong CA, Lo E, *et al.* Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2010;47(3):363-85.
97. Gonon O. Des régulations en lien avec l'âge, la santé et les caractéristiques du travail : le cas des infirmières d'un centre hospitalier français. *Perspect Interdisciplin Trav Santé [en ligne]* 2003;5(1).
98. Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K. Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nurs Res* 2011;60(1):1-8.
99. Ootim B. Error making. Part 2: Identifying the causes in nursing. *Nurs Manag* 2002;9(1):25-9.
100. Kaissi A, Johnson T, Kirschbaum MS. Measuring teamwork and patient safety attitudes of high-risk areas. *Nurs Econ* 2003;21(5):211-8, 07.
101. Phillips J, Beam S, Brinker A, Holquist C, Honig P, Lee LY, *et al.* Retrospective analysis of mortalities associated with medication errors. *Am J Health Syst Pharm* 2001;58(19):1835-41.
102. Thompson DA, Marsteller JA, Pronovost PJ, Gurses A, Lubomski LH, Goeschel CA, *et al.* Locating errors through networked surveillance: a multimethod approach to peer assessment, hazard identification, and prioritization of patient safety efforts in cardiac surgery. *J Patient Saf* 2015;11(3):143-51.
103. Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003;133(6):614-21.
104. Barbut F. Épidémiologie des événements indésirables graves liés aux soins *Rev Fr Lab* 2010;46(2):41-9.
105. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Michel P, Quenon JL, Tricaud-Vialle S, Djihoud A. Etude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins : analyse approfondie de 45 événements indésirables graves liés aux soins. Série études n°67. Paris: DRESS; 2007.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud67.pdf>
106. Mayo AM, Duncan D. Nurse perceptions of medication errors: what we need to know for patient safety. *J Nurs Care Qual* 2004;19(3):209-17.
107. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff* 2004;23(4):202-12.
108. Olds DM, Clarke SP. The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *J Safety Res* 2010;41(2):153-62.
109. Kenyon TA, Gluesing RE, White KY, Dunkel WL, Burlingame BL. On call: alert or unsafe? A report of the AORN on-call electronic task force. *AORN J* 2007;86(4):630-9.
110. Geiger-Brown J, Rogers VE, Trinkoff AM, Kane RL, Bausell RB, Scharf SM. Sleep, sleepiness, fatigue, and performance of 12-hour-shift nurses. *Chronobiol Int* 2012;29(2):211-9.
111. Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Etude sur la bases de témoignages. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2009.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf
112. Peltier J, Dahl A, Mulhern F. The relationship between employee satisfaction and hospital patient experiences [En ligne]: Forum for people performance management and measurement; 2009.
http://www.infonow.com/typo3conf/ext/p2wlib/pi1/press2web/html/us_irmg/FORUM/Hospital%20Study%20-Relation%20Btwn%20Emp.%20Satisfaction%20and%20Pt.%20Experiences.pdf
113. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 2004;42(2 Suppl):II57-II66.

114. Roblin DW, Becker ER, Adams EK, Howard DH, Roberts MH. Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter? *Med Care* 2004;42(6):579-90.
115. Moret L, Nguyen JM, Volteau C, Falissard B, Lombraïl P, Gasquet I. Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):382-9.
116. Duclay E, Hardouin JB, Sebillé V, Anthoine E, Moret L. Exploring the impact of staff absenteeism on patient satisfaction using routine databases in a university hospital. *J Nurs Manag* 2014.
117. McClelland L. Examining the effects of fatigue on decision-making in nursing: a policy-capturing approach [Doctor of Philosophy]. Clemson: Clemson University; 2007.
http://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1154&context=all_dissertations
118. Scott LD, Rogers AE, Hwang WT, Zhang Y. Effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patients' safety. *Am J Crit Care* 2006;15(1):30-7.
119. Rathert C, May DR. Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *Health Care Manage Rev* 2007;32(1):2-11.
120. Clot Y, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris: Armand Colin; 2014.
121. Laville A. les silences de l'ergonomie vis-à-vis de la santé. Dans: Actes du colloque " Recherche et ergonomie ", Toulouse, février 1998. Toulouse: Société d'Ergonomie de Langue Française,; 1998. p. 151-8.
<http://www.ergonomie-self.org/media/media30419.pdf>
122. Clot Y. Le travail à coeur : pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris: Edition la Découverte; 2010.
123. Lorient M, Boussard V, Caroly S. Constructions du stress, psychologisation du social et rapport au public. Projet de recherche pour l'initiative recherche "Travail dans la fonction publique". Bourg-La Reine: Centre national de la recherche scientifique; Université de Paris 1; 2004.
124. Kostulski K. Communication et accomplissement collectif de l'activité : une perspective conversationnelle appliquée aux transmissions dans les équipes de soin à l'hôpital. Dans: Séance de communications n°11 présidée par Annie Weill-Fassina. Les communications dans les collectifs de travail. 35ème Congrès SELF 2000, Toulouse: SELF; 2000. p. 418-27.
<http://www.ergonomie-self.org/documents/35eme-Toulouse-2000/collectif.pdf>
125. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Gheorghiu MD, Moatty F. Les conditions du travail en équipe. Post-enquête " Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé " (3/5). Série études n° 49. Paris: DRESS; 2005.
126. Kostulski K. Communication et rationalités collectives dans les équipes de travail : analyse formelle des transmissions écrites et orales au sein de deux équipes de soins [Doctorat de Psychologie]. Nancy: Université de Nancy II; 1998.
127. Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care* 2004;42(5):492-8.
128. Doppia MA, Estryn-Béhar M, Fry C, Guetarni K, Lieutaud T. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Ann Fr Anesth Reanim* 2011;30(11):782-94.
129. Kerr MP. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *J Adv Nurs* 2002;37(2):125-34.
130. Berland A, Natvig GK, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive Crit Care Nurs* 2008;24(2):90-7.
131. Bourgeon D. Les cadres de santé et la reconnaissance au travail. Une position difficile entre soins et management. Rueil Malmaison: Editions Lamarre; 2012.
132. Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, Gardenbas-Pain M, Berthou C, Giraudeau B, *et al.* Effet des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégie de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie* 2008;10(2):125-34.
133. Nelson GA, King ML, Brodine S. Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. *Medsurg Nurs* 2008;17(1):35-40.
134. Schmalenberg C, Kramer M, King CR, Krugman M, Lund C, Poduska D, *et al.* Excellence through evidence: securing collegial/collaborative nurse-physician relationships, part 1. *J Nurs Adm* 2005;35(10):450-8.

135. Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(8):464-71.
136. Tvedt C, Sjetne IS, Helgeland J, Bukholm G. An observational study: associations between nurse-reported hospital characteristics and estimated 30-day survival probabilities. *BMJ Qual Saf* 2014;23(9):757-64.
137. Centre d'étude de l'emploi, Jounin N, Wolff L. Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. Rapport de recherche n°32. Noisy-le-Grand: CEE; 2006.
138. Girard C. Une gestion des équipes de nuit pour améliorer la qualité des soins en psychiatrie. Application pratique pour une Direction des soins [Mémoire Directeur des soins]. Rennes: ENSP; 2005.
<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/ds/girard.pdf>
139. Salas E, DiazGranados D, Klein C, Burke CS, Stagl KC, Goodwin GF, *et al.* Does team training improve team performance? A meta-analysis. *Hum Factors* 2008;50(6):903-33.
140. Neily J, Mills PD, Young-Xu Y, Carney BT, West P, Berger DH, *et al.* Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *JAMA* 2010;304(15):1693-700.
141. Baxter SK, Brumfitt SM. Benefits and losses: a qualitative study exploring healthcare staff perceptions of teamworking. *Qual Saf Health Care* 2008;17(2):127-30.
142. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD000072.
143. Dunn EJ, Mills PD, Neily J, Crittenden MD, Carmack AL, Bagian JP. Medical team training: applying crew resource management in the Veterans Health Administration. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007;33(6):317-25.
144. Young-Xu Y, Neily J, Mills PD, Carney BT, West P, Berger DH, *et al.* Association between implementation of a medical team training program and surgical morbidity. *Arch Surg* 2011;146(12):1368-73.
145. Bourret P. Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible. Paris: Éditions Séli Arslan; 2006.
146. West MA, Borril C, Dawson J, Scully J, Carter J, Anelay S, *et al.* The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *Int J Human Res Manage* 2002;13(8).
147. Colombat P, Atmeyer A, Rodrigues M, Barruel F, Blanchard P, Fouquereau E, *et al.* Management et souffrance des soignants en Onco-Hématologie. *Psycho Oncol* 2011;5(2):83-91.
148. Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, Gardembas-Pain M, Berthou C, Giraudeau B, *et al.* Relationships between the characteristics of oncohematology services providing palliative care and the sociodemographic characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, and quality of work life. *Support Care Cancer* 2012;20(3):607-14.
149. Lalor DJ, Chen TF, Walpola R, George RA, Ashcroft DM, Fois RA. An exploration of Australian hospital pharmacists' attitudes to patient safety. *Int J Pharm Pract* 2015;23(1):67-76.
150. Sibé M, Domecq S, Kret M, Saillour-Glenisson F. Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers: résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©. *J Gest Econ Méd* 2012;30(7-8):491-508.
151. Goulet F, Gagnon R, Gingras ME. Influence of remedial professional development programs for poorly performing physicians. *J Contin Educ Health Prof* 2007;27(1):42-8.
152. Zabar S, Hanley K, Stevens DL, Ciotoli C, Hsieh A, Griesser C, *et al.* Can interactive skills-based seminars with standardized patients enhance clinicians' prevention skills? Measuring the impact of a CME program. *Patient Educ Couns* 2010;80(2):248-52.
153. Altmiller G. The role of constructive feedback in patient safety and continuous quality improvement. *Nurs Clin North Am* 2012;47(3):365-74.
154. de Bovis C, Baret C, Ientile-Yalenios J. Les apports du concept « d'organisation à haute fiabilité » à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins dans les services de soins aigus. Dans: 1er congrès de l'Association de recherche appliquée au management des organisations de santé (ARAMOS), Paris, 23 novembre 2013 2013.
155. Brient P. Les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités de psychiatrie générale: bilan d'une expérience. *Pract Psy* 2007;13(4):459-64.

156. Clynes MP, Raftery SE. Feedback: an essential element of student learning in clinical practice. *Nurse Educ Pract* 2008;8(6):405-11.
157. Karasek R. Lower health risk with increased job control among white collar workers. *J Organiz Behav* 1990;11(3):171-85.
158. Sibé M. Définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences perçues sur les attitudes au travail [Thèse en Sciences de gestion]. Rennes: Université de Rennes 1; 2014.
159. Alexander JA, Bloom JR, Nuchols BA. Nursing turnover and hospital efficiency: An organization-level analysis. *Indus Relations* 1994;33(4):505-20.
160. Bué J, Coutrot T, Guignon N, Sandret N. Les facteurs de risques psychosociaux au travail. *Rev Fr Affaires Soc* 2008;2-3(2):45-70.
161. Battesti M. Absentéisme : de la nécessité de lutter contre un tabou hospitalier. La réduction de l'absentéisme de courte durée du personnel non médical à l'hôpital Necker - Enfants Malades (AP-HP) [Mémoire]. Rennes: EHESP; 2009.
162. Toupillier D, Guillot JP, Olivier R, Verrier B. Le pacte de confiance pour l'hôpital. Groupe de travail sur le dialogue social et la gestion de ressources humaines. Le dialogue social local : reconnaître, rénover, réussir. Paris: Ministre des affaires sociales et de la santé; 2013.
163. Sainsaulieu I. La mobilisation collective à l'Hôpital : contestataire ou consensuelle ? *Rev Fr Sociol* 2012;53(3):461-92.
164. Popielski JF. Comment donner du sens au travail des cadres de santé dans un contexte incertain et complexe ? *Soins Cadres* 2011;(77):24-6.
165. American Academy of Nursing, McClure ML, Poulin MA, Sovie M, Wandelt MA. Magnet hospitals. Attraction and retention of professional nurses. G-160. Silver Spring: ANA Publ. ; 1983.
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.487.3161&rep=rep1&type=pdf>
166. Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care* 1999;37(8):760-72.
167. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital restructuring: does it adversely affect care and outcomes? *J Nurs Adm* 2000;30(10):457-65.
168. Friese CR, Xia R, Ghaferi A, Birkmeyer JD, Banerjee M. Hospitals in 'magnet' program show better patient outcomes on mortality measures compared to non-'magnet' hospitals. *Health Aff* 2015;34(6):986-92.
169. Aiken LH, Havens DS, Sloane DM. The magnet nursing services recognition program: a comparison of two groups of magnet hospitals. *J Nurs Adm* 2009;39(7-8 Suppl):S5-14.
170. Lake ET, Shang J, Klaus S, Dunton NE. Patient falls. Association with hospital Magnet status and nursing unit staffing. *Res Nurs Health* 2010;33(5):413-25.
171. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs* 2010;19(15-16):2185-95.
172. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J, *et al.* Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care* 2007;45(6):571-8.
173. Tabuteau D, Rodwin V. Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français. *Questions Santé Publique* 2011;(13).
174. Mossé P, Boulogne-Garcin M, Ibe T, Harayama T. L'hôpital et la profession infirmière. Une comparaison France-Japon. Paris: Seli Arslam; 2008.
175. Sibé M. « Hôpital magnétique » : d'une mesure de l'attractivité des personnels infirmiers vers un modèle de performance des établissements de santé ? Acte du congrès AGRH, Nancy 2012 [En ligne] 2012.
<http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2012-sibe.pdf>
176. National Health Service, Boorman L. NHS health and well-being. Leeds: NHS; 2009.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_108907.pdf
177. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Roy M, Audet M, Gosselin A, Lortie PB, Fortier L. La communauté stratégique : une approche pour développer la collaboration interorganisationnelle. Ottawa: FCASS; 2013.
178. Roy M, Audet M, Archambault J, St-Louis D. Créer une communauté stratégique pour favoriser le changement : une étude de cas portant sur l'organisation du travail dans le secteur de la santé. *Gestion* 2009;34(4):48-54.

179. Roy M, Audet M, Archambault J, Boucher C.
Organisation du travail interétablissements.

L'approche innovante de la communauté stratégique.
Rev Hosp Fr 2010;(534):46-51.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr