



LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL EN HOPITAL PUBLIC

Ou comment accompagner – le bien vieillir – au travail

Université de Strasbourg - Ecole de management de Strasbourg

Master MAE Management des Organisations de Santé et Médico-sociales
Année 2017-2018

UE 6 : Mémoire

Directeur de Mémoire : Caroline MERDINGER-RUMPLER

Daniel STEINMETZ-BORNERT

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Caroline MERDINGER-RUMPLER pour cette année pleine de richesses intellectuelles m'ayant permis de prendre de la hauteur par rapport à mon quotidien.

Cette année a également été riche en rencontres humaines, emplies d'humanité, de cohésion, de fraternité, de soutien et d'entraide. Ces rencontres se sont faites grâce à Caroline et ses choix pour la constitution de cette promotion. Merci à elle.

Merci enfin pour ses conseils pour les pistes de réflexion, pour l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens aussi à remercier chaque personne de la promotion pour sa contribution non seulement au bon vivre ensemble mais aussi pour les partages d'idées, de réflexion en groupes pédagogiques ou autour d'un café évoquant nos mémoires respectifs.

Merci à chacun d'avoir été présent.

Enfin, merci à Jean-Luc. Encore une fois tu étais pour moi un soutien indéfectible cette année. Tu m'as écouté, conseillé, remotivé ... Tu as participé activement à l'élaboration de ce mémoire par les relectures, les corrections, ... Merci à toi.

Merci à toutes les personnes de loin ou de près qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
GLOSSAIRE	3
INTRODUCTION	4
1. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS : UN ETAT DES LIEUX	7
1.1. ENJEUX DE LA FIN DE CARRIERE	7
1.1.1. Particularité du travail des seniors et pénibilité du travail soignant	7
1.1.2. La fin de carrière et ses enjeux	11
1.2. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES PERSONNELS EN FIN DE CARRIERE	13
1.2.1. Des conditions de travail et des RPS à la qualité de vie au travail	13
1.2.2. La qualité de vie au travail au niveau sanitaire	17
1.2.3. Au niveau CHU : retours d'expérience de démarches de QVT	20
2. MAINTIEN DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS EN FIN DE CARRIERE : UNE ETUDE QUALITATIVE AU SEIN D'UN CHU	22
2.1. METHODOLOGIE	22
2.1.1. Choix de la méthodologie	22
2.1.2. Profil socio-démographique de la population cible interviewée	22
2.1.3. Limites de l'étude	24
2.2. RESULTATS	24
2.2.1. L'image des seniors	25
2.2.2. Le bien-être et la santé au travail.....	28
2.2.3. De la pénibilité au travail à celle du travail soignant	34
2.2.4. D'un travail épanoui à la performance.....	36
2.2.5. Des actions QVT au sens large vers celles pour les seniors.....	39
2.2.6. D'un constat ... aux idées émergentes.....	42
2.3. ANALYSE / DISCUSSION.....	43
2.4. SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS MANAGERIALES POUR LE CHU	46
3. RECOMMANDATIONS MANAGERIALES	47
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES (VOIR LIVRET DES ANNEXES).....	52

TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

TABLEAU 1 : TABLEAU RECAPITULATIF DU PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION CIBLE INTERVIEWEE	23
TABLEAU 2 : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS.....	46
FIGURE 1: LA PERFORMANCE EST AUGMENTÉE PAR LE BIEN-ÊTRE, VIA 5 PILIERS	17
FIGURE 2: LES ENJEUX DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL. SOURCE ARACT.	18

GLOSSAIRE

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

COCT : Conseil d'Orientation des Conditions de Travail

DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

LER : Lésions par Efforts Répétitifs

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRS 3 : Plan Régional de Santé n°3

PST 3 : Plan Santé au Travail n°3

QVT : Qualité de Vie au Travail

RPS : Risques Psycho-Sociaux

TMS : Troubles Musculosquelettiques

T2A : Tarification A l'Activité

INTRODUCTION

« *Le boum du travail des seniors : les plus de 50 ans représente presque un tiers des actifs* », tel a été l'un des titres évoqué et développé lors de l'émission *RTL Soir de Philippe Robuchon* du 12 juillet 2018¹. Ils seraient de plus en plus nombreux en activité, la progression étant de huit points depuis 2007 voire jusqu'à dix-sept points pour les 55-59 ans. (Annexe 1 : Retranscription de l'émission « *RTL Soir de Philippe Robuchon du 12 juil. 2018*, p. 3)

Le sujet de cette émission met en lumière la prise en compte des seniors dans le monde du travail. En effet, cette dernière décennie, fort du constat que le nombre d'actifs ne sera plus assez important pour payer les cotisations des retraités et que le nombre de chômeurs est trop important suite aux nombreuses crises économiques qui ont touché et le monde et la France, le gouvernement a décidé de l'allongement du nombre d'années de travail. Il nous fait passer à 42 années de travail pour l'obtention d'une retraite à taux plein. Plusieurs lois se sont succédées pour mettre en place ce changement mais également pour promouvoir le travail des seniors : Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et Loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

L'âge conjoncturel moyen de départ à la retraite est passé de 60,8 ans en 2010 à 62,1 ans en 2016 pour les femmes et de 60,2 ans à 61,5 ans pour les hommes c'est-à-dire une augmentation de l'âge moyen de 1 an et 4 mois depuis 2010. (Cf. Annexe 2 : Etudes et résultats de la DREES, n° 1052. Publication en février 2018, p. 4-5)

Cette augmentation est également constatée au niveau des différentes fonctions publiques (Cf. Annexe 3 : EXTRAITS de « POINT STAT : *Les départs à la retraite dans la fonction publique en 2016*. MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS, Février 2018 », p. 6). En effet, nous observons un passage de 28% à 33% la part des agents âgés de 50 ans et plus dans la FPH². De plus, la pyramide des âges de ces agents nous informe du vieillissement de ces effectifs.

Au niveau de la France entière ainsi que du Bas-Rhin, nous observons également cette hausse d'effectifs des seniors. Mais nous constatons également que ce sont les tranches d'âge à partir de 55 ans qui connaissent les hausses les plus importantes. En effet, entre 2014 et 2017, le nombre de seniors entre 55 et 59 ans a augmenté de près de 10%, alors que la tranche d'âge

¹ <https://www.rtl.fr/emission/rtl-soir/rtl-soir-du-12-juillet-2018-7794097772>

² FPH : Fonction Publique Hospitalière

de 60-64ans de plus de 22% et celle de 65 ans et plus, de près de 58%. (Cf. Annexe 4 : Répartition par tranches d'âge des infirmiers seniors, p. 7).

Au niveau des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, nous notons également un vieillissement des soignants : nous passons de 39,5 ans à 40,2 ans de moyenne d'âge entre 2014 et 2016 (Cf. Annexe 5 : EXTRAITS DU BILAN SOCIAL 2016 DES HUS, p. 8).

Tous ces éléments nous permettent de dire que la population soignante avance en âge et compte de plus en plus de personnes seniors.

Y a-t-il un plan pour rajeunir la profession ? pour attirer de nouvelles recrues ? pourquoi la profession n'attire plus autant ?

Le travail soignant³ est particulier car son sujet d'attention est l'Humain avec ses aspects positifs comme la naissance, la guérison ou la ré-autonomisation mais aussi avec ses aspects négatifs comme la maladie, la dépendance voire la mort de personnes plus ou moins âgées. La prise en soin ou appelée communément prise en charge dénote bien d'une charge, d'un poids mais il reste à notre sens le plus beau métier du monde. Ce travail est physique, psychologique et émotionnel. Avec les années, il va laisser des traces dans l'esprit ou sur le corps des soignants.

Nous notons également que la population française vieillit. Au niveau régional, le Plan Régional de Santé n°3 ou PRS3 nous informe que la part des citoyens âgés dépendants passera de 35% à 60% entre 2007 et 2030 dans la région Grand'Est. Ce vieillissement de la population, cette dépendance, l'intensification des activités hospitalières et les rapidités de prise en soin sont autant de charges pour les soignants.

Les seniors peuvent-ils exercer dans tous les secteurs du soin ? y a-t-il des adaptations à mettre en place ? dans quelles conditions de santé arrivent-ils à leur fin de carrière ?

De nombreux changements ont bouleversé le monde sanitaire ces dernières décennies. Ils ont d'abord été d'ordre organisationnels avec le plan Hôpital 2007 avec la mise en place des Directoires et des Pôles, la Loi HPST⁴ avec la mise en place des territoires de santé et les coopérations médico-sanitaires. Ensuite, ce sont les modes de financement avec la mise en place de la T2A⁵, qui ont été modifiés. Ces changements ont entraîné des modifications dans le fonctionnement des hôpitaux avec des ajustements capacitaires au niveau du nombre de lits d'hospitalisation, des rythmes de prise en charge plus rapides devant faire diminuer la Durée Moyenne de Séjour ou DMS.

³ Lire partout : infirmier(e) et aide-soignant(e)

⁴ Loi HPST ou Loi n° 2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁵ T2A : Tarification A l'Activité

Depuis 2012, l'Etat par l'HAS⁶ a demandé aux hôpitaux de développer la chirurgie ambulatoire dans un objectif économique mais également de satisfaction des patients.

Enfin, les certifications des établissements ont également été initiées dans le secteur de la santé. Les exigences se concentrent maintenant sur les pratiques professionnelles avec toutes les formes d'évaluation de performance individuelle mais aussi collective.

Les changements ont été nombreux. Le monde sanitaire a dû s'adapter mais n'a pas toujours eu le temps de le faire.

Les soignants ont-ils été initiés à la culture de la performance ? les nouveaux modes organisationnels sont-ils en adéquation avec le fonctionnement des soins ? y a-t-il eu concertation ? les diminutions d'effectifs soignants ont-elles été mis en corrélation avec l'activité ?

En 2010, les risques psychosociaux mettaient en exergue les difficultés rencontrées par tout travailleur comme les Troubles Musculosquelettiques ou TMS, le stress voire le burnout. Les stratégies émises par les directions pour les éviter voir les maîtriser étaient définies. Aujourd'hui, la société, les individus aspirent à une reconnaissance de leur vie privée, aspirent à une Qualité de Vie au Travail ou QVT pour être épanouis, « non-malade » par le travail.

Partant de tous les constats énoncés, la problématique des ressources humaines, à laquelle nous nous proposons de répondre, se décline ainsi :

Comment maintenir la qualité de vie au travail des soignants à l'aboutissement de leur carrière professionnelle ?

Pour répondre à cette question, nous allons dans un premier temps, dans un cadre conceptuel, effectuer un état des lieux sur la qualité de vie au travail des seniors. Pour ce faire, nous aborderons les enjeux de la fin de carrière en explicitant le terme senior, les particularités de son travail et ses enjeux. Ensuite, nous continuerons par énoncer les origines de la QVT, les aspects du bien-être et de la santé au travail. Par la suite, nous relaterons la QVT dans le monde sanitaire, le rôle de la reconnaissance et du collectif sur le bien-être et le lien entre QVT et performance. Enfin, nous présenterons quelques retours d'expérience de quelques CHU.

Dans un second temps, nous allons exposer une étude qualitative effectuée au sein du CHU de Strasbourg. Nous présenterons d'abord la méthodologie employée, avec le profil des personnes interrogées et les limites, ensuite les résultats, pour terminer par une confrontation entre les résultats et le cadre conceptuel.

⁶ HAS : Haute Autorité de Santé

1. QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS : UN ETAT DES LIEUX

Dans un premier temps, nous allons aborder les enjeux de la fin de carrière puis dans un second temps la qualité de vie au travail des personnels en fin de carrière.

1.1. Enjeux de la fin de carrière

Afin d'expliciter les enjeux de la fin de carrière, nous commencerons notre travail en évoquant les seniors de façon générale, les représentations que nous avons de ceux-ci au travail ainsi que celui des seniors soignants. Ensuite, nous formulerons ce qu'est la pénibilité au travail et celle du travail soignant pour en arriver aux enjeux de la fin de carrière des soignants.

1.1.1. Particularité du travail des seniors et pénibilité du travail soignant

Cette partie va s'astreindre à expliquer qui sont les seniors, comment est considéré leur travail en général et celui des seniors soignants.

1.1.1.1. *De la définition des seniors à nos représentations de ceux-ci au travail*

Le vieillissement de l'individu est un processus inévitable et naturel. Les principaux changements sont d'ordre physiques comme la perte de tonicité musculaire, de souplesse, de force mais aussi d'ordre mnésiques, cognitives avec diminution des sens et des traces du temps sur le corps. Arrivé à 50 ans, l'individu est considéré comme senior, référence faite dans le plan national concerté pour l'emploi des seniors. Le terme de senior vient étymologiquement du latin « *senex* » qui veut dire vieux, âgé. Actuellement les personnes vivent plus longtemps et ne se considèrent plus comme vieilles ou âgées. Comme le démontrent GUERIN et FOURNIER (2009), cette notion de senior dépend du regard que porte la collectivité sur la prise d'âge. Or à cet âge, les personnes font encore partie de la population active et représentent ce que les auteurs appellent « *les jeunes seniors* ». Cette nouvelle génération se distingue de la précédente physiquement, moralement et socialement jusqu'à former un nouveau type sociologique de seniors. Les cinquantenaires actuels sont nés dans les années 1951-1961. Lors de leur vingt ans, ils connaissent soit la fin des effets de la période extraordinaire et faste des Trente Glorieuses, soit les premières crises pétrolières et les prémices du chômage de masse. « *Ils ont fait de l'individu le centre de gravité de la société, la liberté individuelle est érigée comme valeur d'épanouissement et cette génération a vu l'affaiblissement de la verticalité de la société* » (LAMBERT, 2009, p.33).

Pour le gouvernement canadien, les seniors au travail sont parfois considérés comme une valeur ajoutée car ils permettent de gérer les défis démographiques et économiques du monde du travail. Dans la revue *WORK* n°52 (p. 598), les auteurs disent effectivement qu'une personne doit rester active et productive dans une perspective économique avec les termes « *it*

is implied that to age well, an individual must remain active and productive, particularly from an economic prospective ». Néanmoins, les auteurs appellent à la vigilance car une nouvelle forme d'âgisme pourrait stigmatiser les seniors qui ne souhaitent pas continuer à travailler mais s'investir dans des actions sociales dans le cadre d'un vieillissement actif ou « *"active" ageing* ». En effet, les auteurs formulent le risque que ces seniors-là soient partiellement tenus comme responsables des difficultés économiques et sociales. De plus, ils attendent les résultats de futures études de l'impact négatif des discours institutionnels et médiatiques sur le travailleur âgé en termes de bien-être et d'engagement professionnel (*WORK* n°52, p. 603).

Dans la littérature concernant les seniors au travail (COLETTE, BATALL, CARRE et CHARBONNIER, 2009, p.74), nous avons trouvé que les principales qualités reconnues par les juniors et médians vis-à-vis de leurs aînés sont « *l'expérience-connaissance, la transmission-échange et l'ouverture-agréabilité* » ; leurs défauts reconnus sont « *l'inertie, la déficience aux NTIC⁷, la distance-incompréhension* ». De plus, il peut exister des tensions intergénérationnelles qui s'expriment par « *des divergences d'attitude au travail ... les seniors revendiquent une souplesse et une disponibilité sans faille alors que les juniors exigent un droit de regard sur la disponibilité qui leur est demandée* » (COLETTE, BATALL, CARRE et CHARBONNIER, 2009, p.78).

La notion de performance est aussi différente pour les seniors. Les auteurs écrivent que les seniors s'inscrivent dans « *une stratégie conservatoire* » (p. 105) : ils vont tout faire pour maintenir non seulement leur expérience par des défis personnels ou au contact des plus jeunes mais également leur motivation et « *à se faire plaisir dans l'exercice de leur métier* ».

Enfin, la notion d'estime de soi ou de reconnaissance au travail, est essentielle. En effet, à partir de 45 ans, le travail des seniors évolue vers un maintien de l'expérience ou de leurs transmissions et « *l'idée fondamentale de l'appréciation de sa propre valeur et de ce en quoi on est persuadé avoir droit en termes de reconnaissance au travail* » (p109).

Quant au travail soignant, il est principalement physique mais aussi psychologique et émotionnel. Ce travail use les corps et les esprits des soignants.

Les représentations des seniors soignants au travail revêtent des aspects positifs mais également négatifs. En effet, dans la revue *Gestions hospitalières* n°431 (p. 839), les auteurs nous présentent les résultats de leur enquête sur les représentations des DRH hospitaliers vis-à-vis des soignants âgés ou vieillissants. Il en ressort que « *l'avancée en âge des personnels soignants [...] entraîne des conséquences négatives : moins de performance (79%), plus de*

⁷ NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

résistance aux changements (76%), une faible adaptation aux nouvelles technologies (58%), une baisse d'activité et d'efficacité (41%). » De plus, ils démontrent que les salariés âgés se portent plutôt vers des services de soin dans « *lesquels il est possible de vivre dans la durée.* »

Néanmoins, des aspects positifs sont également reconnus aux soignants âgés tels que l'expérience, la compétence, le savoir-faire mais aussi le rôle moteur et essentiel, pour le rappel des principes et des règles de travail au sein d'équipes. L'étude effectuée par la D.A.R.E.S., publiée en septembre 2010 et intitulée « *l'opinion des employeurs sur les seniors : les craintes liées au vieillissement s'atténuent* », énonce les atouts et les limites des salariés de 50 ans et plus. Ces derniers sont les mêmes que ceux évoqués précédemment.

Enfin, en conclusion, les auteurs de la revue *Gestions hospitalières* n°431(p. 840) insistent sur le fait que le vieillissement ne peut être limité à un processus de déclin et qu'il s'accompagne d'une expertise professionnelle non remplaçable et par un savoir théorique. De même, « *l'accroissement des capacités d'anticipation des personnes âgées leur permet de compenser les déficits liés à l'âge par une meilleure organisation de leurs activités* », leur permettant ainsi une adaptabilité professionnelle.

Après avoir précisé qui étaient les seniors soignants au travail, nous évoquerons en quoi leur travail peut être pénible.

1.1.1.2. De la pénibilité du travail à celle des soignants

En quoi un travail est-il pénible ? Pour répondre à cette question, nous dirons d'abord, qu'étymologiquement en latin, le terme travail renvoie à « *tripalium* » signifiant instrument de torture. Ce dernier engendrant de la souffrance, le travail le peut aussi. DEJOURS (2000, p. 171) écrit que la souffrance au travail « *commence quand l'homme au travail ne peut plus apporter aucun aménagement à sa tâche dans un sens qui serait plus conforme à ses besoins physiologiques et à ses désirs psychologiques c'est-à-dire quand le rapport homme-travail est bloqué* ».

Par cette souffrance, le terme pénibilité prend sens et « *désigne l'exposition à des contraintes et à des nuisances professionnelles susceptibles de réduire la durée de vie en bonne santé des travailleurs* » (JEANNEAU, 2010, p.16-17).

La Direction Générale du Travail (2015, p.473-476) rappelle que c'est la loi n° 2010-1330 portant réforme des retraites qui « *avait posé un premier cadre de définition de l'exposition aux facteurs de pénibilité* ». Les facteurs retenus sont liés à des contraintes physiques marquées (manutention, postures, vibrations), à un environnement agressif (agents chimiques, milieu hyperbare, températures extrêmes, bruit) et à certains rythmes de travail

(travail de nuit, équipe alternante, travail répétitif). Le décret n° 2014-1159 fixe certains seuils de pénibilité et la nécessité de les tracer.

La sensation de pénibilité apparaît lorsqu'un ou plusieurs facteurs agissent sur une personne et ce d'autant plus que l'action s'inscrit dans le temps. Malgré tout, certains comportements permettent de lever cette pénibilité. En effet, MARQUIE et AMAUGER-LATTES (2014, p. 42) formulent le fait que l'autonomie peut être un levier anti-pénibilité : « *les travailleurs ayant un faible niveau de latitude décisionnelle déclarent plus de symptômes d'anxiété ou de dépression [...] l'autonomie est à même de constituer un levier contre la pénibilité physique et psychique au travail* ». Néanmoins, ils précisent aussi que cette autonomie ne peut constituer un nouveau mode de management et qu'une réflexion au niveau de l'organisation doit être menée, un travail d'inter-signification, d'attribution de sens. Cette inter-signification devra s'opérer au « *plan interpersonnel sur les conditions, le contenu et la qualité du travail entre différents acteurs au sein d'un collectif, au plan individuel sur les engagements et les expériences au travail et enfin au plan sociétal sur les réflexions de la société sur les valeurs et les devenirs communs de ses institutions - la santé, le travail, la formation...- et leurs contradictions* » (MARQUIE et AMAUGER-LATTES, 2014, p. 50).

Le travail soignant, par certains des facteurs de risques évoqués ci-dessus, comporte des aspects pénibles. Nous trouverons les facteurs de risque suivants :

- *Physiques* comme les déplacements, les effectifs soignants réduits soit pour un même nombre de patients soit plus, les postures de travail, la manutention des patients, les horaires de nuit ou alternés.
- *Psychiques et Cognitives*, occasionnés par la confrontation avec la maladie, la souffrance ou la mort. La violence, l'agressivité latente et montante, liée à un consumérisme galopant des soins, amplifié par une exigence des patients, exacerbent la pénibilité psychique. Les relations avec les collègues, les différents acteurs professionnels ainsi que la direction peuvent ajouter du stress. Enfin, « *le manque de reconnaissance est un facteur de déception, de découragement pour les soignants.* » (MANOUKIAN, 2009, p. 65)
- *Environnementaux* liés à l'utilisation des produits de désinfection et de décontamination, aux risques infectieux (hépatites, SIDA, tuberculose), aux risques d'exposition au sang et dans certains secteurs aux risques de rayonnement ionisant.

Caroline CINTAS (2013, p. 8) énonce des pénibilités dans la relation soignant/soigné. D'après l'auteur, les pénibilités sont liées à la diminution des effectifs, au manque de disponibilité pour les patients ou à un changement de nature d'activité. Elle relate le fait que le

« manque de personnel influence l'activité de soin qui évolue au détriment du relationnel et de l'anticipation des risques potentiels ». Par rapport au changement d'activité, elle dit que « l'activité administrative augmente au détriment du temps passé avec les patients, de l'écoute qui est la base de l'activité de soin clinique » et précise que « cette indisponibilité conduit au manque d'écoute et génère une augmentation des situations d'agressions, de violence. »

Dans l'ouvrage de MARQUIE et AMAUGER-LATTES (2014, p.55-69), Sébastien LAMY s'interroge sur le lien entre pénibilité au travail et santé pour les soignants à l'hôpital. Il montre que les contraintes environnementales avec les facteurs psychosociaux et organisationnels ont un impact essentiel sur la santé et la satisfaction des soignants. Il présente deux modèles d'outils permettant de mesurer ces facteurs :

- Le modèle de GRAY-TOFT et ANDERSON qui « postule que le stress au travail découle de plusieurs facteurs sociaux et psychologiques » comme le climat organisationnel, le style de superviseur, les relations au sein de l'équipe, la perception du rôle, les caractéristiques individuelles et le stress perçu.
- Le Nursing Work Index de KRAMER et HAFNER créé dans le contexte de recherche sur les « hôpitaux magnétiques, c'est-à-dire des hôpitaux capables d'attirer les travailleurs grâce au cadre de travail qu'ils proposent ». Les facteurs d'évaluation sont le degré d'autonomie, le contrôle du travail et les relations infirmières-médecins.

Enfin, il présente la démarche de prévention ORSOSA⁸ qui, dans une première phase, doit mettre en place une cohorte de soignants et les étudier pour créer un outil de mesure des facteurs environnementaux, puis, dans une seconde phase, de déployer cet outil.

Les auteurs principaux de l'ouvrage nous relatent également l'importance de la pluridisciplinarité dans l'étude des conséquences du travail sur la santé des travailleurs. Ils disent que « l'approche pluridisciplinaire permet au contraire une connaissance à la fois plus globale et plus fine du phénomène, ainsi que de ses enjeux sanitaires et sociaux. »

Après avoir explicité en quoi le travail soignant peut être considéré comme pénible, nous l'aborderons sous l'angle de la fin de carrière et de ses enjeux.

1.1.2. La fin de carrière et ses enjeux

Aujourd'hui, la retraite est fixée à 62 ans. Les phénomènes d'involution sont variables d'une personne à l'autre et essentiellement liés aux conditions d'exercice professionnel. Quand l'avancée en âge « donne lieu à une baisse de performance, elle se joue sur le mode de l'usure » (COLETTE, BATAL, CARRE et CHARBONNIER, 2009, p.120-123). Ces auteurs nous

⁸ ORSOSA : ORganisation des SOins et Santé des soignants

parlent d'usure physique « *dont les solutions le plus souvent sont l'aménagement de poste* ». Ils continuent avec l'usure psychologique et comportementale se traduisant par « *la perte de motivation, la diminution du plaisir au travail, la diminution de la résistance à la pression et la difficulté d'adaptation au changement* ». Enfin, ils parlent d'usure cognitive se caractérisant par « *une perte de mémoire ou d'attention* ».

Ils expriment également les stratégies adoptées pour prévenir et compenser ces usures : « *économiser temps et énergie, former et se former et briser la routine* » des seniors. Pour eux, il s'agit de mettre en place une démarche assurant « *la souplesse organisationnelle favorisant le glissement des activités au fur et à mesure de l'avancée en âge. Ce besoin des seniors de ressentir qu'ils continuent à évoluer [...] est fondamental pour leur motivation* ».

Pour la motivation, ils préconisent un management différencié avec des critères différents pour l'évaluation de la performance mais recommandent néanmoins « *de manager une certaine diversité des âges se révélant être fécond pour la performance, au travers d'une certaine transmission de compétences* ».

De plus, au bout d'une carrière professionnelle, les facteurs de risque de pénibilité peuvent avoir des conséquences sur la santé des soignants. Nous trouvons la souffrance physique avec les TMS⁹, les lombalgies, les Lésions par Efforts Répétitifs ou LER¹⁰, la souffrance morale avec essentiellement le burn-out, la souffrance morale ou « *surchauffe de l'individu* » (MANOUKIAN, 2009, p.79-80), la souffrance psychique ou cognitive et enfin l'épuisement professionnel ou usure professionnelle.

Céline ROUX (2009, p. 2) du département santé et travail de l'ANACT¹¹ questionne « *ce qui, dans le travail, va, au fil d'un parcours, participer à l'altération ou à la construction de la santé d'un salarié. Cela pose des questions de maintien en emploi et du rôle du travail, qui exclut ou construit, avec une dimension temporelle, évolutive et souvent complexe.* »

Nous venons d'énoncer quelques préoccupations en lien avec la fin de carrière afin d'exprimer les enjeux qui en découlent. En effet, nous avons décelé trois types d'enjeux : sociétaux, de ressources humaines et managériaux.

Les enjeux **sociétaux** sont ceux en lien avec notre système de protection sociale qui fonctionne sur la base de la répartition et de la contribution obligatoire c'est-à-dire que les cotisations pour la santé, la maternité et la vieillesse sont prélevés sur les salaires des actifs. Or,

⁹ TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

¹⁰ LER : Lésions par Efforts Répétitifs

¹¹ ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

l'arrivée à la retraite en masse dans les prochaines années des papy-boomers, une espérance de vie en bonne santé des Français et un taux de chômage élevé, mettent à mal ce système.

Les enjeux de **ressources humaines** s'exercent sur l'aspect stratégique du maintien en emploi des seniors. Il s'agira d'accompagner les carrières dans leur continuité afin de maintenir les compétences et de les dynamiser. Les objectifs de ces enjeux sont la performance sociale et économique : sociale pour avoir des salariés épanouis et pouvant exercer leurs métiers ; économique pour les coûts qui sont engendrés par des salariés en arrêt de travail, en maladie professionnelle voire en reclassement. Nous rappelons que la performance RH est « *le résultat de la mise en œuvre de compétences en fonction des contraintes de l'environnement et des forces de motivation* »¹².

Les enjeux **managériaux** sont ceux en lien avec la manière dont les managers vont allier la transmission des savoirs et la relation transgénérationnelle, permettre le sentiment de reconnaissance du travail des seniors, être vigilant au risque de pénibilité des postes occupés par les seniors et enfin maintenir la motivation des seniors. Pour COLETTE, BATAL, CARRE et CHARBONNIER (2009, p.187), la motivation, « *c'est sans doute elle qui fait la différence entre ceux qui continuent de s'investir, et ceux qui "décrochent"* ».

Nous venons de décrire qui sont les soignants seniors, quelles sont les difficultés qu'ils peuvent rencontrer en travaillant longtemps, quels sont les facteurs de leur travail engendrant de la pénibilité et quels sont les enjeux que le travail des seniors représente. Nous allons maintenant continuer avec le concept de QVT¹³, expliquer de quoi il s'agit pour arriver à le mettre en lien avec les personnels en fin de carrière.

1.2. Qualité de vie au travail des personnels en fin de carrière

Pour arriver à parler de la QVT des soignants seniors, nous parlerons dans un premier temps de l'origine de la QVT, du bien-être et de la santé au travail ainsi que de leurs enjeux. Dans un second temps, nous aborderons la QVT sous l'angle de monde sanitaire.

1.2.1. Des conditions de travail et des RPS¹⁴ à la qualité de vie au travail

Toutes les réflexions autour du travail et de ses conséquences sur la santé se sont toujours axées sur les conditions de travail. Ces dernières se définissent par « *les ambiances physiques (température, pression, bruit, vibrations, rayonnements, altitude, etc.), les ambiances*

¹² Ecole de Management de Strasbourg : Master 2 Management des Organisations de Santé. Cours de Mme YANELOS, Maître de conférences en GRH de l'Ecole de Management de Strasbourg à l'Université de Strasbourg, *Enjeux de la gestion des RH*, février 2018.

¹³ QVT : Qualité de Vie au Travail

¹⁴ RPS : Risques Psycho-Sociaux

chimiques (produits manipulés, vapeurs et gaz toxiques, poussières, fumées, etc.), les ambiances biologiques (virus, bactéries, parasites, champignons), les conditions d'hygiène, de sécurité, et les caractéristiques métriques et spatiales du poste de travail. » (DEJOURS, 2000, p216.) Ces paramètres influent sur les notions de satisfaction et d'insatisfaction ressenties. Sont également compris dans ces critères la pénibilité et les risques du travail. Les conditions de travail mettent en évidence la frontière entre travail et santé.

En 2010 sont apparus les RPS. Ceux-ci « *recouvrent l'ensemble de phénomènes liés à l'environnement de travail qui ont pour cause une mauvaise conception ou organisation du travail, une exposition aux violences physiques ou morales, un harcèlement moral et des situations de précarisation* » (LAFARGUE et MATHEVON, 2008, p.95).

1.2.1.1. Genèse et définitions de la qualité de vie au travail

A partir de 2013, date de l'A.N.I.¹⁵, les notions de qualité de vie au travail et d'égalité professionnelle font leur apparition. Dans cet accord, la notion d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle est mise en avant. Nous pouvons lire que la qualité de vie au travail « *peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué.* »

Le 8 décembre 2015, Mme EL KOHMRI, ministre chargée du travail, présente officiellement le PST n° 3¹⁶. L'axe n°2 de ce plan est celui de la qualité de vie au travail et du maintien en emploi et de la performance.

Pour l'ANACT, la perception de la Qualité de Vie au Travail va dépendre du contenu et des conditions de travail d'un salarié ainsi que de la capacité qu'il aura à s'exprimer et à agir sur ce contenu. Elle nous dit également que « *pour une bonne QVT, le contenu du travail doit intéresser le salarié et lui permettre d'avoir des responsabilités, de l'autonomie et de la reconnaissance* (ANACT, 2017).

De plus, certains auteurs nous amènent à être attentif au fait que le décroisement entre les catégories, par la séparation des conditions de travail, risque la marginalisation de la catégorie des seniors (DELGOULET, VOLKOFF, CARON, CASER, JOLIVET et THERY, 2014, p. 704).

¹⁵ ANI : Accord National Interprofessionnel

¹⁶ PST : Plan Santé au Travail

1.2.1.2. Le bien-être au travail

Nous avons vu dans la définition de QVT, la notion de bien-être. Nous verrons à quoi celle-ci correspond.

Pour nous donner une définition du bien-être au travail, ABORD DE CHATILLON et RICHARD (2015, p.55-60) s'appuient à la fois sur le courant hédonique et sur le courant eudémonique. Le premier repose sur un modèle bidimensionnel définissant le bien-être comme « *un plaisir, ou un bonheur subjectif vécu au travail* » et le second s'inspirant de la conception d'Aristote, où le bien-être « *coïncide avec la réalisation de soi, possible pour celui qui saisit les occasions de se développer et les voit comme des défis qu'il se sent capable d'affronter* ». De ces deux courants, les auteurs proposent leur définition : « *le bien-être devient un plus qui s'ajoute à ce qui fait le travail, une forme de rémunération complémentaire* ». Pour définir les conditions de ce bien-être au travail, ils retiennent quatre dimensions : le SLAC ou le Sens du travail, le Lien, l'Activité et le Confort. Le **sens** correspond à la signification du travail pour le salarié, le **lien** au collectif de travail, le soutien et la reconnaissance des collègues, l'**activité** au travail accompli, au plaisir du travail bien fait et le **confort** au sentiment de bien-être physique, fonctionnel et psychique.

Néanmoins, ce modèle de qualité de vie et de bien-être au travail est contingent à une taille modeste de l'organisation. En effet, les entreprises dites « *libérées* », qui étaient décrites comme capables d'innovation en matière de qualité de vie au travail par leur nouveau mode de management commencent à présenter cette limite (COLLE, CORBETT-ETCHEVERS, DEFELIX, PEREA et RICHARD, 2017).

De plus, la Fabrique SPINOZA¹⁷ (2014) qui s'appuie sur la grille du « *vivre mieux* » de l'OCDE¹⁸, définit le bien-être au travail selon douze dimensions : les conditions de travail, la gouvernance, la relation à la vie privée, l'éthique et les valeurs, le management, les relations sociales, la nature du travail, la formation et les perspectives, l'organisation du travail, la rémunération et les avantages, la relation au temps et la sécurité de l'emploi.

Enfin, nous apprenons que « *la santé, qui reste la "Santé" est une résultante et pas une composante du bien-être au travail et ne fait donc elle non plus, pas partie des 12 dimensions adaptées de l'OCDE* ». C'est pour cette raison que nous traiterons de son sujet maintenant.

¹⁷ La fabrique SPINOZA est un think tank économique et politique dont le but est de promouvoir une réflexion sur le bien-être des citoyens.

¹⁸ OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

1.2.1.3. La santé au travail

La définition de la santé au travail a été adoptée en 1995 par le Comité mixte OIT/OMS¹⁹ de la santé au travail. Nous retenons que l'objectif est de « *promouvoir et maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions* » (LAFARGUES et MATHEVON, 2008, p.150).

Nous l'avons vu plus haut, la santé est dépendante des conditions de travail, des facteurs de pénibilité et des risques psycho-sociaux.

La santé au travail est mesurée par les statistiques à la fois d'accidents de travail et de maladies professionnelles. « *Elles constituent un support habituel des réflexions dans les instances de concertation nationales ou locales* » (GOLLAC et VOLKOFF, 2000, p. 22). Néanmoins les auteurs mettent en doute la pertinence et la solidité de ces indicateurs au vu des pratiques différentes selon les régions et les acteurs.

Après avoir présenté la QVT, le bien-être et la santé au travail, nous concevons que tous les trois sont intimement liés : pour que la démarche de QVT soit réalisable, il faut que la santé soit présente pour donner du bien-être au travail. Au vu de leur lien fort, nous exposerons leurs enjeux.

1.2.1.4. Leurs enjeux

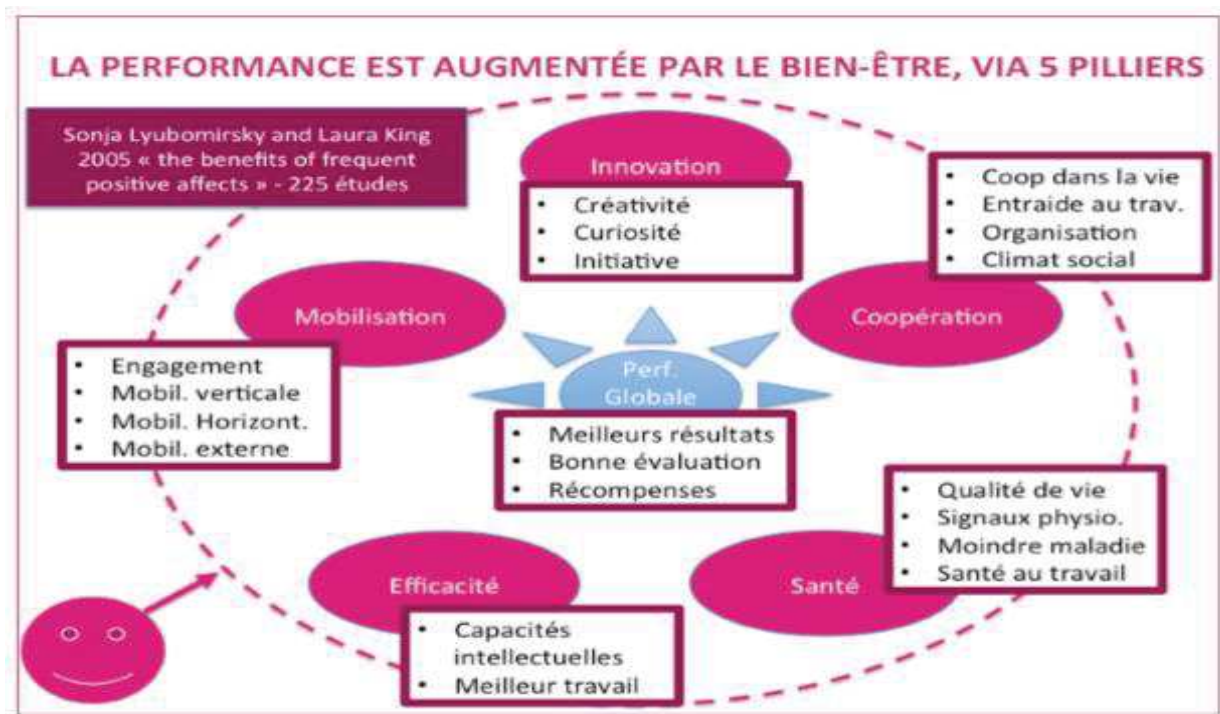
Pour commencer, nous ferons référence à la semaine pour la qualité de vie au travail (11 au 15 juin 2018), où Yves CLOT est intervenu lors de la conférence appelée « *Qualité du travail, entre santé et performance* ». Il y parle de « *performance dialogique* » qu'il explique par « *le dialogue nécessaire pour faire émerger une solution à laquelle personne n'a pensé pour la santé comme source de plaisir ou de désir au travail ; il appelle tous les acteurs à être créatif* ».

Pour l'ANACT (2007), il existe trois types d'enjeux : **sociétaux**, de **marché** et du **travail**. Les premiers renvoient aux caractéristiques de la population au travail (âge, handicap, genre, situation familiale, ...). Ils doivent renforcer les sentiments d'équité, de cohésion et participer au maintien en emploi. Les seconds renvoient aux exigences clients et aux NTIC. Ils doivent permettre l'adaptation des postes de travail, de réduire le stress face au changement et de permettre le développement professionnel. Enfin les troisièmes renvoient aux notions d'autonomie, de sens accordé au travail, de capacité à s'exprimer, de droit à l'erreur et de reconnaissance. Les effets attendus touchent au management et à ses manières de développer l'innovation sociale et organisationnelle.

¹⁹ OIT/OMS : Organisation Internationale du Travail / Organisation Mondiale de la Santé

Pour la Fabrique SPINOZA (2013), il apparaît que l'individu plus heureux aura un effet positif pour l'entreprise dans au moins cinq domaines : la **santé** (moins de turnover et de burnout), la **coopération et l'organisation**, **l'engagement et la mobilisation** (dévouement et responsabilité vis-à-vis de l'entreprise), **l'innovation et l'entrepreneuriat** (créativité) et la **qualité du travail**. (Cf. Figure 1 : La performance est augmentée par le bien-être, via 5 piliers).

Figure 1: La performance est augmentée par le bien-être, via 5 piliers



Deux autres points essentiels sont relevés par la Fabrique : la performance globale de l'individu qui se sent bien, est accrue et « la performance d'une entreprise repose à la fois sur des relations collectives constructives et sur une réelle attention portée aux salariés en tant que personnes ». En se basant sur les performances collectives et individuelles, les entreprises gagnent en compétitivité et « la qualité de vie au travail contribue à celle-ci ».

Nous venons d'expliquer les origines de la QVT, ses liens avec le bien-être et la santé au travail ainsi que leurs enjeux, à savoir la performance individuelle et collective. Nous allons maintenant aborder la QVT dans le monde sanitaire.

1.2.2. La qualité de vie au travail au niveau sanitaire

Pour aborder ce sujet, nous allons nous appuyer sur le cadre de la QVT, sur la reconnaissance et le collectif comme source de bien-être au travail, pour conclure sur la performance de la QVT, c'est-à-dire la qualité des soins.

1.2.2.1. Le cadre de la QVT

La définition retenue de la QVT dans le monde sanitaire s'appuie sur celle de l'ANI 2013 évoquée précédemment. Dans un premier rapport de l'HAS (2016, p. 11), nous lisons qu'il « s'agit de dépasser les impasses de la souffrance au travail pour positionner le travail au cœur d'enjeux capables d'articuler conjointement performance économique et performance sociale ».

Dans un second rapport, il est fait mention que « la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé [...] Elle se traduit par un sentiment individuel et collectif de bien-être au travail qui résulte des conditions d'exercice des salariés et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu du travail » (HAS, 2017, p.7)

Ce qui ressort de ces deux rapports, c'est que les professionnels de santé doivent avoir la possibilité de s'exprimer sur leurs conditions de travail et de pouvoir agir sur celles-ci. Le bien-être individuel et collectif pourra alors s'exprimer entraînant performance sociale et économique, la première par l'expression équitable de toutes les caractéristiques humaines (âge, diversité, genre, handicap, lien social, ...) et la deuxième par la santé au travail ou par l'efficacité du travail accompli.

Pour résumer nos propos et pour expliciter les enjeux de la QVT, nous avons décidé de les illustrer par la figure n°2, extraite de la revue Soins Cadres n° 106 (2018, p. 50)

Figure 2: Les enjeux de la qualité de vie au travail. Source ARACT.



1.2.2.2. La reconnaissance et le collectif comme source de bien-être au travail

Comme nous l'avons noté, le bien-être et la santé sont essentiels pour qu'une démarche QVT puisse se mettre en place ; mais la QVT doit également être synonyme de responsabilité, autonomie et reconnaissance.

Or, la reconnaissance ou son absence sont identifiées dans la littérature. En effet, Paule BOURRET (2011, p. 77) nous apprend que « *la reconnaissance ou le manque de reconnaissance constitue une plainte lancinante exprimée par beaucoup de professionnels à l'hôpital [...] Cette plainte s'exprime dans un milieu où l'on pourrait a priori penser que faire son travail a du sens et apporte des satisfactions.* »

Elle complète ses propos en faisant le lien entre satisfaction et reconnaissance de la contribution des professionnels. Elle appelle à ce que « *l'organisation du travail soit réfléchie, débattue* » et « *pas concevoir une organisation théorique, mais une organisation utile pour l'action au quotidien* » (BOURRET, 2011, p. 83-84).

Enfin, elle émet une recommandation à l'égard des managers : « *manager c'est tenir compte des détails dans le travail qui apparaissent parfois d'une grande banalité et pourtant comptent beaucoup pour les personnes en situation de travail* » (BOURRET, 2011, p. 172).

De plus, nous avons évoqué le bien-être sous une forme individuelle de satisfaction ou d'estime de soi. En fait, il est avant tout un « *phénomène collectif puisqu'il concerne toutes les institutions* » (Coordination BACHELARD, 2017, p.137). En effet, les auteurs reconnaissent que le bien-être est évidemment un sentiment d'abord individuel mais que les individus ne travaillent pas seuls dans des organisations octroyant de ce fait une dimension collective au bien-être. Il ne faut pas oublier que le travail ou le milieu professionnel procure du lien social.

De même, les auteurs rappellent le rôle important des managers pour lier le bien-être dans le collectif mais qu'il en va également de la responsabilité de chacun. Ils disent que « *travailler dans une institution exige une compétence du collectif, c'est-à-dire une capacité à interagir avec des personnes non choisies pour accomplir une œuvre commune* » (Coordination BACHELARD, 2017, p. 144). Ils formulent enfin l'importance que ce bien-être, même s'il s'exprime dans le présent, trouve ses racines dans le passé individuel et collectif pour donner celui du futur.

Nous pouvons dire que la reconnaissance et le collectif mais également le management, ont des rôles importants pour l'expression du bien-être au travail.

1.2.2.3. Performance et qualité de vie au travail

Nous avons vu que lorsque la santé et le bien-être sont au rendez-vous, la performance sociale et économique l'est aussi. La performance dans un établissement de soin se mesure par

la qualité des soins. Nous pouvons lire que « *développer la qualité de vie au travail c'est donc améliorer le quotidien des personnes, c'est leur donner la fierté du travail bien fait, ce qui permet in fine de renforcer la qualité de la prise en charge des patients* » (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2016, p. 1).

Néanmoins, d'autres auteurs font un autre constat. En effet, ils disent que les nombreux changements et les nouveaux critères de performance ont mis à mal la qualité des soins. Ils observent que les patients eux-mêmes « *absorbent cette dégradation* » suite à la lente prise en compte du bien-être des soignants (BRAMI, DAMART et KLETZ, 2013, p. 168).

Nous avons abordé précédemment le fait que les formes de certification des établissements, d'évaluation des professionnels étaient, certes nécessaires pour l'amélioration de la qualité, mais également des poids. Ce poids réside dans la manière dont le management de la qualité et de la gestion des risques est mis en œuvre. Nous lisons que les principes de ces derniers « *convergent vers des dynamiques similaires à celle de la qualité de vie au travail* » (HAS, 2017, p. 17 et p. 20). En effet, la certification doit permettre aux établissements d'instaurer des espaces de réflexion collective, de partager et de construire une culture commune autour du contenu du travail, voire de créer des outils, ce qui rejoint l'approche QVT.

Enfin, nous faisons état d'un dernier constat qui est que « *les personnes n'ignorent pas les contraintes qui pèsent sur leur établissement tant au niveau des aspects financiers que des exigences liées à la normalisation du travail. Ils n'attendent pas de solution magique de la part de leur hiérarchie ; en revanche, une mise en débat du travail réel peut être bénéfique pour eux* » (BOURRET, 2011, p. 82). Ce constat nous permet de dire qu'il est important que les professionnels puissent exprimer leur ressenti sur leur travail et puissent agir à son sujet, ce qui relève d'une démarche de QVT.

Nous terminerons en rappelant l'axe 2 du PST 3 concernant « *la qualité de vie au travail, le maintien en emploi et la performance* ». C'est à ce titre que cet axe apparaît dans les volets politique, gestion des ressources humaines et management du manuel de certification 2014 de l'HAS mais également dans les projets d'établissement.

La question des seniors, de leur maintien en emploi et de leur performance individuelle et collective au sein des établissements de santé prend tout son sens.

1.2.3. Au niveau CHU : retours d'expérience de démarches de QVT

Nous avons décidé de présenter quelques exemples issus de cluster²⁰ QVT en France. Le premier est celui d'un « cluster qualité des soins et QVT ». Il a regroupé six établissements

²⁰ Cluster : regroupement de laboratoires de recherche permettant à des établissements de santé d'échanger sur des sujets tels que le contenu du travail, la qualité des soins, l'équilibre entre vie privée et activité professionnelle, etc.

d'HAD²¹ de la région Occitanie. L'objectif résidait en une double démarche : obtenir l'implication du personnel et de la direction sur les facteurs clés de l'engagement au travail et construire un plan d'action et le mettre en œuvre. Les enseignements retenus pour les établissements sont que « *la place laissée à l'échange a permis d'engager un débat sur les situations de travail et a dépassé la tendance à ne se concentrer que sur les symptômes (absentéisme, RPS, turnover) pour essayer d'approfondir les facteurs favorisant le sens du travail et le sentiment du travail bien fait* » (PETIT DIT DARIEL, 2018, p. 52). Au-delà de cela, l'auteur a voulu nous montrer qu'il ne s'agit pas d'un nouveau concept mais que la démarche s'appuie sur la contribution de tous les acteurs en ayant recours au dialogue social pour l'amélioration des conditions de travail et la recherche de performance.

L'exemple suivant est celui du lien entre culture et qualité de vie au travail au CHU de Grenoble. Les objectifs étaient la valorisation du « faire ensemble », du lien social et ainsi donner un autre sens au travail. Ces démarches ont permis de proposer une manière de vivre autrement l'institution. Ces projets sont des opportunités dont il faut se saisir pour améliorer les conditions de travail à l'hôpital et redonner du sens à une équipe (BRETAGNON, 2018, p. 48).

Un autre exemple est celui des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg où la Fabrique de l'hospitalité contribue à la réflexion sur l'accueil et la prise en soin des patients et de leurs proches tout en intégrant également les conditions de travail du personnel hospitalier.

Enfin, nous citerons le cluster de la région PACA où huit établissements de santé ont été engagés. Ils ont retenu quatre thèmes : la conduite de changement organisationnel, la charge de travail, la communication interne et la clarification des rôles et responsabilités. La démarche QVT leur a permis d'aborder ces thématiques et leurs problématiques de manière transversale car elle est participative et de ce fait, décloisonne les dimensions économiques, techniques et sociales. Pour chaque thématique, ils ont fixé les impacts attendus et ont proposé des actions d'amélioration. Nous pouvons citer la reconnaissance, la cohésion d'équipe, la qualité des soins, la satisfaction des patients, la conciliation de la vie privée/professionnelle, etc.

Nous venons de dépeindre la thématique de la qualité de vie au travail de manière générale puis au niveau du monde sanitaire de manière plus précise et de montrer en quoi la question du maintien en emploi des seniors soignants est ancrée dans la QVT. Nous allons maintenant, à l'aide d'une étude qualitative au sein d'un CHU, montrer comment cette question est prise en compte dans le concept de QVT.

²¹ HAD : Hospitalisation A Domicile

2. MAINTIEN DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS EN FIN DE CARRIERE : UNE ETUDE QUALITATIVE AU SEIN D'UN CHU

2.1. Méthodologie

Après avoir évoqué le travail soignant, ses caractéristiques prises sous un angle généraliste puis caractérisé au regard de la fin de carrière, ainsi que la QVT sous ces mêmes angles, nous exposerons notre choix de méthode de recherche. Nous présenterons également le profil des personnes enquêtées, nos limites et ce avant de dévoiler les résultats de notre recherche, de les analyser et de les mettre en discussion.

2.1.1. Choix de la méthodologie

Notre problématique appelant à trouver des réponses plutôt d'ordre informationnelles, nous avons opté pour une étude qualitative plutôt que quantitative. En effet, l'objectif principal de notre recherche est de collecter des informations sur un sujet peu traité à ce jour. L'obtention de ces dernières s'est faite à l'aide d'entretiens semi-directifs. Ils ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien (Cf. Annexe 6 : Grille d'entretien, p. 9), « *véritable support et fil conducteur de l'échange* » (JOLIBERT et JOURDAN, 2011) ce qui a permis d'aborder toutes les thématiques souhaitées avec toutes les personnes. L'entretien semi-directif a également été choisi car « *sa flexibilité permet, par la relative liberté laissée au répondant, de mieux appréhender sa logique alors que, dans le même temps, la formalisation du guide favorise des stratégies d'analyse comparative et cumulative entre les répondants* » (GAVARD-PERRET, GOTTELAND, HAON et JOLIBERT, 2012). En effet, en fonction des réponses données, l'ordre des questions n'a pas été le même selon l'interlocuteur.

Notre grille a été construite en trois volets. Les premières questions ont permis de répondre aux caractéristiques du travail soignant de façon générale et au travail soignant de fin de carrière plus particulièrement. Le deuxième volet a abordé la QVT de façon générale et plus spécifiquement celle des professionnels en fin de carrière. Enfin, le troisième volet était constitué de trois questions de relance pour permettre d'aborder certains aspects non évoqués par les personnes interviewées.

Nous allons maintenant aborder le profil des personnes interrogées.

2.1.2. Profil socio-démographique de la population cible interviewée

Nous avons choisi de questionner au sein de ma structure, le CHU de Strasbourg, des professionnels qui sont en lien direct soit avec le management des équipes soit avec les conditions de travail et les ressources humaines. Nous avons réalisé dix entretiens semi-directifs auprès de sept cadres de santé (CS), une Cadre de santé supérieur (CSS), un médecin du travail

et une directrice des ressources humaines (Cf. tableau 1 : Tableau récapitulatif du profil socio-démographique de la population cible interviewée). Au niveau des cadres de santé, nous avons également fait le choix d'interroger tant des personnes jeunes dans leur fonction de cadre que des personnes plus expérimentées pour voir si les représentations différaient selon l'ancienneté dans la fonction.

De plus, par souci de réponses objectives et spontanées, nous avons décidé de ne pas enquêter nos collègues directes et notre responsable du pôle, dans la mesure où nous avons déjà évoqué le sujet avec elles. Enfin, le choix des services de fonction des cadres, nous l'avons fait en fonction des conditions de travail des agents : service avec une charge émotionnelle (oncologie, hématologie et pédiatrie), avec un turn-over des patients important (traumatologie, chirurgie digestive, anesthésiologie et chirurgie pédiatrique) ou avec une charge physique (oncologie, hématologie, traumatologie, chirurgie digestive et anesthésiologie).

Tableau 1 : Tableau récapitulatif du profil socio-démographique de la population cible interviewée

N° entretien	Fonction et lieu	Age (en années)	Sexe	Ancienneté (en années)
E1	CS oncologie	34	Homme	10 mois CS au CHU et 2 ans FF en privé
E2	CS chirurgie digestive	54	Femme	6 ans
E3	CS IADE anesthésiologie	46	Femme	8 ans dont 2 ans FF
E4	CSS pôle médico-chirurgical Hépatologie Digestive et Transplantation	46	Femme	3 ans ½
E5	CS hématologie	51	Homme	12 ans
E6	CS traumatologie	36	Femme	2 ans
E7	CS urgence pédiatrique	40	Femme	10 mois et 5 ans FF
E8	CS chirurgie pédiatrique	51	Femme	9 ans
E9	Médecin du travail	35	Femme	3 ans + internat
E10	Directrice DRH : accompagnement RH et politique social et relations syndicales	32	Femme	2 ans ½

Après avoir présenté le profil des personnes questionnées, nous exposerons les limites rencontrées lors de cette étude.

2.1.3. Limites de l'étude

Quatre limites nous apparaissent en termes de périmètre, d'efficacité, de présence intellectuelle et d'organisation.

En effet, tout d'abord le périmètre de notre étude a été le CHU de Strasbourg. Cette limite s'est imposée pour des raisons pratiques : l'accessibilité à un nombre important de cadres de santé, de façon rapide, c'est-à-dire sans avoir besoin d'autorisation.

En termes d'efficacité, nous avons constaté que nos capacités d'interactions c'est-à-dire de relance, de mobilisation autour du sujet n'étaient pas optimales au début des entretiens mais que néanmoins elles s'amélioreraient avec le temps.

L'amélioration se faisant également de façon concomitante avec ce que nous appellerons présence intellectuelle. En effet, les premiers entretiens ont été réalisés à une période où les demandes professionnelles ainsi qu'aldanagogiques étaient intenses. La fatigue de l'enquêteur était une réalité.

Enfin, en termes d'organisation, de planification des entretiens nous gagnerions à anticiper les rendez-vous auprès des personnes interviewées, elles-mêmes ayant des entretiens professionnels à réaliser auprès des agents dont elles ont la responsabilité. Le temps des retranscriptions n'est également pas à négliger et il faut l'organiser.

Après avoir explicité le choix de la méthodologie, le profil des personnes questionnées et les limites de notre étude, nous allons maintenant présenter leurs résultats.

2.2. Résultats

Afin d'exposer nos résultats, nous avons d'abord retranscrit tous les entretiens. (Cf. Annexe 7 : Retranscriptions des entretiens, p. 10 à 82). Ensuite nous avons recueilli tous les verbatims pour chaque entretien en lien avec les différentes questions. Nous les avons compilés et chacun a été codé pour le retrouver dans l'entretien le concernant. (Cf. Annexe 8 : Maquette vierge de recueil des verbatims avec codage, p. 83).

Enfin, pour chaque question, nous avons repris chaque verbatim et son codage. Nous avons procédé à une catégorisation afin de regrouper les verbatims ayant un sens commun afin de pouvoir en extraire les résultats (Cf. Annexe 9 : Présentation des verbatims par question avec catégorisation, p. 84 à 117).

Nous avons regroupé les résultats en six thèmes qui seront abordés dans cet ordre :

- L'image des seniors
- Le bien-être et la santé au travail

- La pénibilité du travail en général et celle du travail soignant
- Le travail épanoui et la performance
- Les actions QVT en général et celle particulière des seniors
- Le constat perçu par les encadrants sur la QVT et leurs idées.

Ces thèmes seront illustrés à l'aide des verbatims correspondants. Ces derniers participeront à la mise en lumière des résultats les plus significatifs à nos yeux. Pour chaque thème, nous présenterons les catégories qui sont les plus prégnantes.

Nous commencerons par la thématique de l'image des seniors.

2.2.1. L'image des seniors

Nous commencerons par leur évocation et notre perception d'eux, en continuant par l'attention que les responsables leur portent et pour terminer par les enjeux qu'ils représentent.

2.2.1.1. De l'évocation à la perception

Quant à l'évocation des seniors, (Cf. Annexe 9, p. 84 à 86), il s'agit des catégories de **l'expérience/transmission/adaptabilité**, des **difficultés**, du **challenge managérial**.

Pour près de la moitié des personnes interrogées, les seniors leur évoquent des gens avec de **l'expérience**, capables d'**adaptation** et ayant des savoirs à **transmettre** comme l'indiquent les verbatims suivants : « *une soignante qui a déjà beaucoup d'expérience* » E8Q2, « *elles ont l'habitude de voir un peu de tout et donc elles s'adaptent très vite contrairement à des plus jeunes* » E8Q3, « *une expertise et une compétence forte qui a été développé et qu'il faut pouvoir transmettre* » E10Q2.

Les **difficultés** liées à l'âge sont très peu évoquées comme les propos « *soignant qui a été exposé à pas mal de contraintes mécaniques et psychologiques tout au long de sa carrière* » E9Q2-3, « *potentiellement des problématiques de santé* » E10Q2.

Un aspect nous semble important à extraire même s'il n'y a qu'un seul verbatim concernant le **challenge managérial** des seniors : « *challenge [...] parce que certains [...] il faut aller piocher la motivation [...] et trouver le point à travailler, à motiver, à enrichir ou à partager* » E7Q2.

Quant à la perception que nous avons des seniors, nous avons les catégories suivantes : **les difficultés, l'expertise-transmission, l'aspect transgénérationnel et la protection**.

Le côté **difficulté** représente près d'un quart des réponses avec des verbatims comme « *il y a des gens qui sont en difficulté* » E3Q3, « *ils ont plus de mal forcément ou ils récupèrent moins bien des nuits mais par rapport à l'activité physique* » E3Q5.

L'expertise-transmission est évoqué par un sixième des verbatims avec « *expert qui a suffisamment appris pour transmettre* » E1Q3, « *les personnes avec beaucoup d'expérience et qui sont souvent des références pour les plus jeunes* » E6Q3.

Deux autres aspects apparaissent. Le premier est celui du **transgénérationnel** avec les difficultés qui peuvent exister comme « *l'arrivée des nouvelles générations, parfois c'est conflictuel* » E2Q3. Le deuxième est celui de la **protection** liée à la fonction de cadre vis-à-vis des personnes sous leur responsabilité avec les verbatims comme « *même en l'absence de pathologie de prendre en compte le profil lié à l'âge à la fin de la carrière pour adapter certaines, certains postes* » E9Q2-3, « *on leur demandera [...] moins [...] certains postes de travail [...] comme [...] les nuits* » E4Q3.

Nous allons maintenant aborder l'attention apportée aux seniors par les responsables.

2.2.1.2. De l'attention particulière des encadrants

Les verbatims relevés exposent trois catégories principales (Cf. Annexe 9, p. 87 à 88) : le **management équitable, attentif, le collectif/l'équipe, la non possibilité** et la **nouveauté**.

Pour près des 2/3 des réponses collectées, soit vingt-sept verbatims, les encadrants apportent une attention particulière aux seniors soit sous la forme d'un **management équitable** vis-vis des équipes « *d'être attentif oui mais faire du favoritisme, non* » E1Q4, « *essayer de voir avec eux comment [...] sans faire [...] de préférence [...] d'aménager un rythme de travail* » E5Q5, soit un management que nous appellerons **attentif** « *savoir les accompagner et être attentif à leur difficulté dans le changement* » E6Q4, « *un respect du planning, un respect de leurs contraintes, une écoute de leur difficulté, des propositions alternatives* » E7Q4, « *des petites choses, ouais mais très discrètes parce que sinon l'équipe va me retomber dessus parce que je suis plus équitable* » E3Q4.

Nous constatons également que cinq verbatims, soit 10%, sont en lien avec **l'équipe, le collectif** pour l'attention apportée aux seniors : « *l'équipe compensait le fait qu'elle arrivait plus à suivre [...] C'est le collectif qui s'est mis en place [...] Pour protéger* » E3Q5, « *une solidarité [...] au niveau de l'équipe pour essayer de ménager un petit peu les plus âgés [...] dans un contexte où il y avait un bon état d'esprit global* » E5Q4.

Huit verbatims, soit près de 20%, expriment la **non possibilité** par les encadrants d'avoir une attention particulière avec les propos suivants « *on a rien pour préserver nos seniors* » E3Q4, « *actuellement il n'y a pas de politique en faveur des soignants où on parle de 3e ou de 4e partie de carrière on n'a pas encore formalisé quoique ce soit* » E10Q4.

Enfin, il nous semble intéressant de relever un dernier verbatim puisqu'il évoque la **nouveauté** du sujet, le besoin d'y réfléchir et d'agir : « *ça fait partie des axes du prochain*

projet d'établissement. Donc c'est clairement un des axes sur lequel il faut qu'on travaille. C'est quelque chose qui assez récent notamment avec le reclassement en catégorie A des infirmiers » E10Q4. Il est exprimé par la directrice des ressources humaines.

La question des enjeux des seniors est le point suivant qui va être abordé.

2.2.1.3. De leurs enjeux

Nous avons regroupé nos verbatims (Cf. Annexe 9, p. 89 à 90) dans cinq catégories : la **protection**, le **collectif/équipe**, l'**expertise/transmission**, l'**anticipation** et l'**absentéisme**.

Dix verbatims, soit plus d'un tiers, nous révèlent que la **protection** de l'emploi des seniors est essentielle aux yeux des encadrants par des propos comme « *chaque professionnel [...] qui est en fin de parcours professionnel puisse [...] travailler jusqu'au bout (silence) et en tout cas [...] dans les meilleures conditions » E4Q5, « les enjeux sont [...] de trouver des aménagements pour qu'ils restent au travail jusqu'au bout. » E5Q5, « pour que cette catégorie elle ait toute sa place tout en respectant son profil » E9Q5.*

Cette **protection** s'exerce également à travers l'équipe ou le collectif comme le notent les verbatims suivants « *on voit les jeunes qui parfois compensent leur travail parce que naturellement » E6Q5, « c'est plus l'équipe de façon informelle qui va [...] "pallier" » E6Q5.*

Avec seulement quatre verbatims soit un peu plus de 14%, les notions d'**expertise et de transmission** sont présentes avec des formules comme « *l'enjeu d'utiliser leur expertise pour former les plus jeunes » E2Q5, « L'enjeu c'est le savoir, c'est la détention du savoir ça c'est certain. C'est toute cette transmission des savoir-être, des savoir-faire et toutes les expériences » E8Q5.*

Avec seulement quatre verbatims, soit plus de 14%, l'**anticipation** fait son entrée dans les catégories pour les enjeux des seniors. Nous relevons des termes comme « *il y a un enjeu pour tout l'établissement d'avoir une vision beaucoup plus globale par rapport à cette population-là et bien anticiper » E9Q5, « une vraie réflexion sur la diversité des postes qu'on peut proposer à ces professionnels-là et la question de l'anticipation de ces éventuelles mobilités » E10Q5, « anticiper autant que possible les difficultés que peuvent rencontrer ces personnes-là, les conséquences que ça peut avoir sur le fonctionnement du service en termes d'absentéisme » E5Q5.*

Enfin, nous avons réunis quatre verbatims sous la catégorie de risque d'**absentéisme** avec les propos suivants : « *aujourd'hui on a beaucoup d'absentéisme au sein de l'hôpital public et notamment dans cette catégorie [...] professionnelle » E4Q5, « le risque d'absentéisme » E7Q5.*

En résumé, les seniors sont capables d'adaptation, sont perçus comme des personnes ayant de l'expérience, des savoirs qu'ils doivent transmettre aux équipes plus jeunes avec le risque de difficultés transgénérationnelles. Les potentielles difficultés liées à l'âge sont prises en considération tant par le collectif, l'équipe que par les responsables dans la mesure de leur possibilité. La protection qu'ils exercent se manifeste par un management attentif mais également équitable vis-à-vis du collectif. La question « senior » est considérée par une personne comme un challenge et par une autre, comme une nouveauté à prendre en considération.

Nous allons maintenant évoquer le bien-être et la santé au travail, leurs enjeux et ce qui facilite ou freine leur déploiement.

2.2.2. Le bien-être et la santé au travail

Nous avons relevé trente-sept verbatims en lien avec le bien-être et vingt-cinq avec la santé au travail. Nous commencerons par les verbatims illustrant leurs évocations.

2.2.2.1. Leurs évocations

Pour le bien-être nous avons formulé quatre thématiques (Cf. Annexe 9, p. 91 à 94) : le **management décisionnel**, la **motivation**, les **conditions/ambiance** et les **satisfaction/reconnaissance/autonomie**. Les deux premiers ont chacun huit verbatims qui les représentent mais l'implication des responsables est essentielle pour la première et celle des salariés pour la deuxième. Pour le **management décisionnel**, nous avons relevé des termes comme « *bien-être au travail je pense que c'est plein de petite chose qu'on arrive à mettre en place pour leur faciliter la vie* » E2Q6AB et « *je trouve que moralement les gens, il y a beaucoup de pression [...] je pense qu'il faut qu'on soit vraiment vigilant à ça* » E5Q6AB.

Pour la **motivation** des termes comme « *bien-être au travail c'est quelqu'un qui vient, qui est motivé, qui s'investit dans son travail, qui est épanoui dans son travail* » E6Q6AB, et « *les agents, c'est qu'ils ne viennent pas travailler avec la boule au ventre* » E4Q6AB.

Ensuite, nous avons créé une autre thématique appelée **conditions/ambiance** illustrée par des verbatims tels que « *c'est d'avoir les conditions de travail qui sont bien qui sont correctes, qui permettent de s'épanouir dans son travail de ne pas ramener le travail à la maison* » E9Q6A et « *c'est la bonne ambiance au travail* » E8Q6A.

Enfin la thématique de la **satisfaction/reconnaissance/autonomie** est représentée par cinq verbatims. Nous avons dégagé des propos comme « *avoir la possibilité de réaliser des projets ou de faire avancer l'organisation, les soins* » E7Q6AB, « *pouvoir tirer une satisfaction du travail effectué sur son poste* » E7Q6AB.

Pour la santé au travail nous avons conçu deux thématiques : les **conditions/ambiance** et la **préservation de la santé**.

La thématique **conditions/ambiance** représente 40 % des verbatims de la question 6B. Nous retrouvons des élocutions comme « *santé au travail ça va être tout ce qui est risques physiques (euh) les TMS, troubles musculosquelettiques, l'ergonomie* » E3Q6AB, « *c'est mettre toutes les conditions pour que les agents soient en bonne forme* » E8Q6AB et « *c'est de pouvoir faire son travail en étant exposé le moindre possible à tout risque donc vraiment pouvoir diminuer au max tous les risques professionnels tant qu'on peut* » E9Q6B.

La thématique de la **préservation de la santé** représente 14% des verbatims de la question 6B. Nous avons relevé les propos comme « *c'est avoir les moyens matériels et humains de préserver sa santé au travail* » E7Q6AB et « *garantir que le travail ne soit pas délétère pour leur santé et en même temps les aider à développer tout ce qui est ressource pour garder une bonne santé* » E9Q6B.

Enfin, nous avons constaté que ce soit pour la santé ou le bien-être au travail, des verbatims exprimaient des liens avec la thématique de l'autre question, c'est-à-dire des verbatims liés à la santé dans la question du bien-être et inversement. Nous retrouvons des termes tels que « *le bien-être pour moi c'est une partie de la santé au travail* » E1Q8AB et « *la santé au travail fait partie d'un des aspects du bien-être au travail* » E10Q6B.

Après avoir avancé les résultats liés à l'évocation du bien-être et de la santé au travail, nous présenterons ceux liés à leurs enjeux.

2.2.2.2. Leurs enjeux

Quant aux enjeux, les verbatims sont de onze pour le bien-être et vingt pour la santé.

Pour les enjeux liés à la santé au travail, nous avons énoncé quatre thématiques (Cf. Annexe 9, p. 97 à 98) : **l'absentéisme/présentéisme/coût**, la **qualité rendue**, la **médecine du travail** et le **management (leader)**.

La thématique de **l'absentéisme/présentéisme/coût** est représentée par six verbatims soit 35 %. Nous retrouvons des verbatims tels que « *un impact réel sur le présentiel, sur l'investissement* » E7Q8 et « *ça pose des problèmes (euh) de remplacement de ces personnes-là au quotidien* » E5Q8AB.

La **qualité rendue** est évoquée par quatre verbatims soit 20% avec des verbatims comme « *si je suis bien dans mon corps je suis disponible, au travail je suis alerte [...] auprès du patient, avec les familles et dans le service* » E2Q8AB, « *quand on est en bonne santé euh au travail, le service rendu il est meilleur, de bonne qualité, de meilleure qualité, on est plus humain, plus à l'écoute* » E9Q8AB.

La thématique de la **médecine du travail** est formulée à partir de trois verbatims soit 15%. Nous notons également qu'ils ont tous été exprimés dans l'entretien 1. Nous avons relevé les verbatims suivants : « *la santé au travail va identifier ces problèmes et va ensuite nous proposer des solutions pour que nous on puisse organiser notre, enfin avoir une organisation par rapport à cet individu qui présente un souci* » E1Q8AB, « *je pense que par rapport aux souffrances qu'on peut voir, les difficultés qu'on peut rencontrer, la santé au travail doit être vigilante la dessus* » E1Q8AB.

Enfin, nous avons énoncé la thématique **management (leader)** avec deux verbatims soit 10% comme « *permettre à la personne de développer des compétences, des ressources individuelles* » E9Q6B ou « *il faut qu'on puisse garantir que le travail qu'on fait faire à la totalité de nos soignants n'ait pas d'impact négatif sur leur santé* » E10Q8AB.

Quant aux enjeux liés au bien-être au travail, nous avons formulé trois thématiques : la **qualité rendue**, l'**usure/difficulté** et le **management / collectif**.

Pour la **qualité rendue**, seuls deux verbatims ont été exprimés soit un peu plus de 18%. Nous trouvons des propos comme « *le bien-être... quand on est pas préoccupé par une idée fixe au travail... et dans une optique de plus-value pour le patient* » E2Q8AB.

Par rapport à la thématique **usure/difficulté**, nous avons relevé deux verbatims tels que « *travailler quand on est en sous-effectif c'est difficile, c'est stressant* » E5Q8AB et « *voir des gens qui s'usent et qui se fatiguent alors qu'ils sont passionnés par leur métier c'est difficile aussi* » E5Q8AB.

La thématique suivante est celle qui comptabilise le plus de verbatims, à savoir cinq soit plus de 45%. Nous l'avons appelé **management/collectif**. Nous avons collecté des propos comme « *mieux soigné dans le sens [...] un peu de reconnaissance, leur faire des plannings corrects* » E6Q8AB, « *la créativité est majorée quand on a une qualité de vie au travail* » E7Q8 et « *ça va être tout ce qu'on peut apporter en termes de conditions de travail, d'ambiance dans l'équipe, d'intérêt proposé dans les tâches à accomplir et puis derrière de parcours professionnel* » E10Q8AB.

Nous allons maintenant aborder les résultats liés aux facteurs facilitant le bien-être.

2.2.2.3. Les facteurs facilitant du bien-être

A partir des verbatims relevés (Cf. Annexe 9, p. 99 à 100), nous avons émis plusieurs thématiques dont les cinq plus importantes à nos yeux seront présentées. Il s'agit du **management (rôle de leader, régulateur et diffuseur)**, de la **reconnaissance**, de la **politique nationale/institutionnelle** et des **services aux agents**.

La première thématique que nous avons formalisée est celle liée au **management**. Elle est représentée par vingt-et-un verbatims soit plus de 47%. Nous avons identifié trois rôles de cadre (MINTZBERG, 1984,2006) :

- **Leader** par rapport à la motivation, illustré par les propos « *le management ... va jouer [...] favorisé [...] le transcender* » E7Q8, « *l'esprit d'équipe très certainement encouragé et soutenu par le cadre, un esprit positif* » E7Q9AB et « *notre rôle aussi c'est d'alerter, de faire remonter les informations à notre direction des soins, au niveau de la DRH quand il y a des tensions excessives, des pressions excessives sur le personnel* » E5Q6AB,
- **Régulateur** par rapport à l'organisation, avec des verbatims tels que « *réfléchir à une organisation, essayer de la rendre plus fluide* » E5Q9BA ou « *leur donner les moyens de pouvoir répondre à la demande de plus en plus poussée* » E6Q8AB, « *un consensus avec l'équipe* » E2Q6AB ou « *de trouver des solutions en interne dans l'organisation entre médicaux et paramédicaux* » E5Q6AB,
- **Diffuseur** par rapport à l'écoute et la communication, avec des termes comme « *donc la communication [...] C'est le facteur du bien-être* » E2Q9AB ou « *C'est donc vraiment être à l'écoute de l'équipe* » E8Q9B.

La deuxième thématique est la **reconnaissance**, celle du travail effectué ou de la personne. Cinq verbatims soit plus de 11% l'exprime à travers les propos comme « *s'ils se sentent écoutés et entendus je pense que c'est déjà une bonne chose et là on est même plus à ça* » E6Q9 ou « *Réfléchir à la reconnaissance des uns et des autres [...] je pense qu'on a tous besoin d'une dose de reconnaissance minimale* » E5Q9AB.

Nous avons appelé la thématique suivante **politique nationale/institutionnelle** car elle englobe les propos liés aux décisions politiques ou des hautes sphères hiérarchiques. Autant de verbatims que la thématique précédente sont exprimés tels que « *une politique qui met en avant la santé au travail [...] déjà. Une politique générale je parle, pas que de l'établissement, sur le plan national* » E9Q9AB, « *qu'actuellement on essaye surtout de maintenir au-moins la santé au travail et des conditions de travail et qui puissent être acceptables* » E10Q9AB.

La dernière thématique est représentée par quatre verbatims soit plus de 9% et expriment ce que nous avons appelé les **services aux agents**. Ils sont illustrés par des termes comme « *l'institution pourrait faciliter leur vie personnelle par exemple en créant [...] des services [...] exemple, une conciergerie [...] qui pourrait faciliter leur quotidien* » E4Q9A ou « *on a mis en programme de formation [...] la méditation pleine conscience [...] des infirmières [...] elles sont ravies* » E4Q9A. Nous notons qu'ils sont uniquement exprimés lors de l'entretien 4.

Nous précisons également que nous avons formulé quatre autres thématiques : matériel/technologie, sens du travail, pluridisciplinarité et autre. Les verbatims n'étaient pas très nombreux pour objectiver une importance à ces thématiques.

Nous évoquerons à présent les éléments freinant le bien-être au travail.

2.2.2.4. Les freins au bien-être au travail

La première thématique (Cf. Annexe 9, p. 101 à 103) est celle liée au **management avec les rôles de leader, d'entrepreneur, de régulateur et de répartiteur**, rôles qui ne sont pas efficaces dans cette partie. Nous avons relevé quatorze verbatims soit plus de 29% :

- **Leader** : « *l'histoire de la polyvalence [...] qui est mal vécue dans la façon dont on le fait peut-être. Les gens se sentent comme des pions* » E3Q9AB,
- **Entrepreneur** : « *c'est la rigidité aussi. Le fait de pas s'adapter aux situations que ce soit d'un côté ou de l'autre aussi, que ce soit du côté des agents mais aussi du côté du cadre* » E8Q9B,
- **Régulateur** : « *les soignants sont plus appelés à régler des questions administratives ou à saisir des données administratives dans un dossier informatisé que d'être auprès du patient* » E4Q9AB,
- **Répartiteur** : « *il peut être lié à l'augmentation d'une activité on a pas pu anticiper, donner les moyens humains de pouvoir augmenter de pouvoir faire les choses* » E1Q9AB.

La deuxième thématique est celle liée aux **conditions de travail, de matériel ou technologiques**. Huit verbatims sont repérés et représente plus de 16%. Nous avons relevé des propos comme « *ce qui freine, c'est les conditions de travail* » E6Q9B, « *les freins c'est encore les moyens, ben le matériel les outils, l'informatique qui peut être lent, qui est pas forcément adapté au travail puisqu'il y a les chariots à tirer, quand on a été informatisé, qui sont lourds parce qu'ils sont lestés avec leur grosse batterie, et avec l'autre bras elles doivent tirer leur chariot de soin* » E1Q9AB ou « *l'ambiance dans un service* » E10Q9AB.

Ensuite, nous avons formulé la thématique de **ressources humaines** avec des postes comme l'effectif, le recrutement, l'absentéisme et le sens du travail. Dix verbatims, soit plus de 20%, la constituent. Nous avons relevé des termes tels que « *les freins, ben, c'est les moyens ou la rareté des moyens qu'on a (euh) : on a les moyens physiques, les effectifs, les ressources humaines et après on a tout ce qui est le matériel* » E1Q9AB, « *on a des soucis un peu chroniques d'effectif* » E2Q9AB ou « *la capacité qu'on peut avoir à offrir des parcours de mobilité aux gens* » E10Q9AB.

Enfin, la dernière thématique est celle de la **politique nationale ou institutionnelle**. Elle est représentée par autant de verbatims que la thématique précédente.

La **politique nationale** est illustrée par des termes comme : « *à mon sens où euh l'hôpital est traité, considéré comme euh toute industrie, toute commerce avec des objectifs de rendement et ça c'est la politique générale en France* » E9R3, « *quand on a une politique qui ne prend pas en compte la santé au travail ou qui l'a met en dernier [...] quand on n'a pas les moyens financiers et quand on n'a pas les acteurs convaincus de la cause* » E9Q9AB.

La **politique institutionnelle** est enrichie par les propos suivants : « *le moins, c'est la taille de notre institution* » E7Q9AB, « *tout ce qui est aussi contraintes budgétaires qui peuvent faire que les agents sont moins [...] du coup l'organisation [...] quand ils étaient un certain nombre ne colle plus avec leur effectif actuel* » E9R3, « *qu'on est actuellement dans un contexte où l'hôpital qui est, extrêmement compliqué, euh qui ne nous permet pas de faire voilà ce qu'on jugerait être le standard en termes de bien-être au travail* » E10Q9AB.

Nous énonçons également le fait que nous avons émis trois autres thématiques : la non-reconnaissance, l'individu et les usagers avec respectivement trois, deux et un verbatims. Le nombre de propos n'étant pas très nombreux, les thématiques ne sont pas mises en exergue.

En résumé, les personnes nous disent que le bien-être au travail est essentiellement lié au management mis en place tant par les **décisions équitables** prises au sein du collectif, que par les **conditions de travail**, l'**ambiance** mais également la manière dont la **motivation**, la **reconnaissance** et l'**autonomie** des agents sont pris en compte. La santé au travail quant à elle, est interdépendante des **conditions de travail**, de l'**ambiance** mais aussi de la **préservation de la santé** elle-même. Par rapport aux enjeux, que ce soit pour l'un ou l'autre, ce qui émane des entretiens, c'est que la **qualité rendue** auprès des usagers est fondamentale. Celle-ci est tributaire du **management équitable** pour le bien-être au travail et du **présentéisme ou de l'absentéisme** liée à la santé au travail. Quant aux facteurs facilitant le bien-être, près de la moitié des verbatims exprime le fait que ce soit certains **rôles du manager** qui sont essentiels à son déploiement, des rôles en lien avec les décisions, l'organisation et la communication. Quant aux freins au bien-être, les rôles du manager représentent près d'un tiers des verbatims quasiment autant que les **ressources humaines**, les **décisions de politique nationale ou institutionnelle** et les **conditions de travail, de matériel ou technologique**. Enfin, nous notons également que la **reconnaissance** ou la **non-reconnaissance** sont posées par les personnes interrogées soit en tant que facteur facilitant pour le premier ou comme frein pour le deuxième.

Après avoir approché le bien-être et la santé au travail nous aborderons la pénibilité qui peut exister au travail en général et dans celui des soignants en particulier.

2.2.3. De la pénibilité au travail à celle du travail soignant

Nous verrons les propos des personnes interrogées sur la pénibilité de façon générale et ce qu'elles pensent de la pénibilité du travail soignant.

2.2.3.1. Pénibilité au travail, quelles représentations ?

Nous avons relevé trente verbatims exprimant ce qu'évoque la pénibilité pour les managers (Cf. Annexe 9, p. 112 à 113). Nous avons constitué trois thématiques : les **facteurs** de pénibilité (physiques/psychologiques/émotionnelles/autres), **l'aspect négatif** et la **politique**.

La thématique des **facteurs** est représentée par dix-huit verbatims soit 60%. Nous y avons intégré :

- Les facteurs **physiques** comme la manutention, la charge, les horaires, la chronicité qui seront illustrés par des propos comme « *horaires de travail. Jour-nuit, c'est un point de pénibilité* » E2R1 ou « *ça va être tout ce qui concerne nos conditions de travail [...] les nuits, le piétinement, [...] ergonomie, position, manutention, notre quotidien* » E3R1,
- Les facteurs **psychologiques** avec des termes tels que « *il y a aussi tout ce qui est pénibilité psychologique* » E9R1 ou « *pression des familles* » E7R1,
- Les facteurs **émotionnels** avec par exemple « *difficultés pour gérer ses émotions face à une détresse du patient de façon chronique, c'est répété* » E12R1,
- Les **autres** avec un propos comme « *pression sociale notamment l'actualité* » E7R1.

Le médecin du travail ajoute un élément intéressant à savoir la potentialisation des facteurs en disant : « *de parler que des postures ou que des gestes répétitifs ou que de la manutention, la pénibilité elle englobe un peu tout ça ensemble [...] tous ces facteurs qui se potentialisent* » E9R1.

La deuxième thématique est celle de **l'aspect négatif** que représente la pénibilité, à savoir la souffrance, le risque sur la santé et les risques psychosociaux. Elle est constituée par neuf verbatims soit 30%, tels que « *entraînant potentiellement (silence) des soucis de santé* » E4R1, « *pénibilité pour moi ça veut dire également euh [...] compensation. (Silence) [...] Ou en tout cas reconnaissance de cette pénibilité* » E4R1 ou « *pénibilité (euh) : souffrance* » E5R1.

La dernière thématique est la **politique** soit nationale soit institutionnelle. Nous avons relevé trois verbatims soit 10% comme « *la pénibilité c'est le virage (euh) de l'hôpital avec la réduction de la DMS et le côté financier* » E2R1 ou comme « *ça fait partie des enjeux de la réflexion autour des carrières, des carrières soignantes* » E10R1.

Après avoir abordé les représentations de la pénibilité au sens large, nous évoquerons maintenant les résultats des avis des managers sur l'aspect pénible du travail soignant.

2.2.3.2. Travail soignant : un travail pénible ?

Sur les quarante-cinq verbatims relevés, la majorité exprime que le travail soignant est un travail pénible, sauf deux (Cf. Annexe 9, p. 114 à 116). Nous avons créé trois principales catégories : les **facteurs** de pénibilité (physiques/psychologies/émotionnelles/responsabilité coordination humaine et vigilance), **l'intensification /la variabilité/l'adaptabilité du travail** et les **usagers**.

La thématique sur les **facteurs** de pénibilité du travail soignant est représentée par vingt-cinq verbatims soit plus de 55%. Pour les facteurs physiques, psychologiques et émotionnelles, nous donnerons quelques propos comme « *une charge mentale importante ou (euh) un travail physique difficile* » E5Q9AB ou « *on a plus que de l'aigu à l'hôpital donc on a une surcharge de travail physique et émotionnelle pour les agents et celle-là elle n'a pas été détectée* » E2R2 et « *les soignants peuvent en subir les conséquences [...] que ce soit physiquement ou moralement* » E5Q6AB.

Nous exprimerons également des exemples de termes utilisés par rapport à la responsabilité, la coordination humaine et la vigilance. Nous avons relevé : « *travailler avec l'humain est une expérience magnifique mais c'est aussi une expérience qui peut être pénible* » E7R2, « *il y a le poids de la responsabilité aussi qui joue* » E9R2, « *tout ce qui est vigilance, attention par exemple dans le travail infirmier qui est énorme, ça rajoute encore aux contraintes* » E9R2 et « *toute la partie travail en équipe, coordination entre professionnels qui peut aussi dans certains cas rajouter à la situation de pénibilité* » E9R2.

La deuxième thématique est celle de **l'intensification, la variabilité et l'adaptabilité du travail** qui sont d'autres facteurs qui rajoutent au travail soignant un aspect pénible. Huit verbatims soit plus de 17% constituent cette thématique que nous illustrons par des termes comme « *le système fonctionne de plus en plus vite et pèse de plus en plus au quotidien sur les soignants [...] une DMS qui doit se réduire[...] un turn-over de patients plus important [...] des patients de plus en plus lourds [...] donc les conditions [...] les patients sont plus lourds, je pense que le travail est plus difficile aujourd'hui* » E5Q6AB et « *on doit s'adapter tout le temps [...] s'adapter effectivement à la rapidité au fait que ce soit des situations aiguës et parfois gravissimes* » E7R2.

La troisième thématique est celle des **usagers** comprenant cinq verbatims soit plus de 11%. Les propos recueillis nous apprennent que les nouveaux usagers peuvent contribuer pour leur part à donner un aspect pénible au travail soignant. Nous donnons en exemple les propos suivants : « *la population de patients qui est maintenant [...] beaucoup plus exigeante, [...] les*

familles des patients aussi avec cette demande intense à satisfaire tout de suite » E9R2 ou « Travail au contact d'un public qui n'est pas forcément simple » E10R2.

En résumé, la plupart des personnes interrogées reconnaissent que le travail en général peut comporter des aspects pénibles, ces mêmes aspects étant reconnus au travail soignant. Cette pénibilité est accentuée par le fait de l'intensification récente, l'adaptabilité régulière, les nouvelles modalités de prise en charge comme l'ambulatoire ainsi que les exigences des nouveaux usagers.

Nous venons d'évoquer la pénibilité au sens large pour le travail mais également en quoi le travail soignant peut être considéré comme pénible par les personnes interrogées. Nous parlerons maintenant du travail de façon plus positive en l'envisageant comme une source d'épanouissement conduisant à la performance.

2.2.4. D'un travail épanoui à la performance

Nous présenterons les résultats qui exposent le travail comme une source d'épanouissement et continuer par ceux qui relatent le lien entre bien-être et performance.

2.2.4.1. Le travail comme source d'épanouissement

Nous avons relevé vingt-trois verbatims exprimant ce thème (Cf. Annexe 9, p. 95 à 96). Nous avons formulé quatre thématiques : **l'épanouissement**, le **contact social**, la **motivation** et la **reconnaissance**.

La thématique **épanouissement**, est représentée par neuf verbatims soit plus de 39%. nous retrouvons des propos comme « *l'épanouissement à mon avis n'est pas quotidien, ça reste euh [...] ça reste un épanouissement ponctuel ou une satisfaction ponctuelle* » E4Q7, « *j'espère que tout le monde s'engage dans le monde du travail avec le souhait de s'épanouir* » E5Q7, « *oui oui il peut être une source d'épanouissement même si dans le mot travail, quand on va dans les origines du mot travail c'est le mot torture* » E9Q7, « *le travail d'une DRH c'est d'avoir réussi à, même si c'est extrêmement compliqué, de permettre à tous de pouvoir trouver un épanouissement dans le travail* » E10Q7. Nous notons que l'étymologie du mot travail, « torture », est évoqué par le médecin du travail.

La deuxième thématique constituée, le **contact social**, est illustrée par cinq verbatims, soit plus de 21%. Nous avons relevé des termes tels que « *ensuite s'épanouir [...] par le contact social [...] au [...] niveau [...] du lieu travail, les contacts avec les collègues* » E4Q7, « *de pouvoir partager ses vécus et d'enrichir l'équipe de ses vécus, de ses expériences* » E7Q7.

Nous avons appelé la troisième thématique **motivation**. Celle-ci est représentée par trois verbatims, soit plus de 13%, avec des propos comme « *si on a la motivation plus l'implication alors on a l'épanouissement au travail* » E42Q7 ou « *dans un travail [...] où on travaille avec des humains, [...] la source ou la motivation initiale [...] de cette profession c'est [...] de travailler avec des personnes [...] de les accompagner, de leur venir en aide* » E5Q7.

Enfin, la dernière thématique, la **reconnaissance** est évoquée par également trois verbatims, soit plus de 13%. Nous avons relevé des termes comme « *lorsque le travail a du sens (silence) ils s'épanouissent [...] ils s'épanouissent dans leur travail* » E4Q7, « *ce qui est reconnaissance, valorisation (euh) de ses compétences, de ses expériences* » E7Q7 et « *c'est aussi rentrer satisfait de ce qu'on a fait, une estime de soi qui est grandie[...] une valorisation de la personne tout à fait* » E8Q7.

Nous avons également relevé trois autres verbatims qui évoquent le fait que le travail n'est plus une source d'épanouissement ou qu'il est inhérent à l'individu lui-même.

Après avoir présenté les résultats de la question du travail comme source d'épanouissement, nous aborderons la question de la performance en lien avec le bien-être.

2.2.4.2. Du bien-être à la performance

Nous avons relevé vingt-six verbatims exprimant ce thème (Cf. Annexe 9, p. 104 à 105). Nous avons formulé trois catégories : la **qualité rendue/créativité/autonomie**, la **performance économique et sociale** et enfin le **management** avec le rôle de leader et de régulateur.

La première thématique formulée est celle de la **qualité rendue** avec onze verbatims soit un peu plus de 42%. Les propos qui illustrent cette thématique sont pour la plupart d'aspect positif quand la qualité est au rendez-vous comme « *un soignant épanoui et qui est bien psychologiquement, épanoui au travail, va ressentir, va transmettre ce bien-être au patient ou à la personne qu'il a en face* » E1Q10, « *le fait d'être bien dans son poste, le fait d'être bien dans son service, dans son équipe, euh on va beaucoup mieux travailler et on va beaucoup plus respecter les bonnes pratiques* » E8Q10, « *Quelqu'un qui est bien au travail sera beaucoup plus productif parce qu'il sera heureux, il sera créatif [...] il sera impliqué il ira de l'avant il aura envie d'avancer* » E3Q10. Mais nous retrouvons également des propos négatifs comme « *si vous n'êtes pas bien au travail vous aurez un impact sur la performance euh [...] transmissions ciblées [...] moins bien réalisées, [...], le soin qui ne respecte pas les [...] les conditions d'hygiène* » E4Q10 ou « *si on est juste sur la performance et qu'on oublie que derrière comment y arriver, c'est sûr que le bien-être au travail est altéré* » E6Q10.

La deuxième thématique créée est celle de la **performance économique et sociale** représentée par huit verbatims soit plus de 30%. Nous avons relevé des termes tels que « *une*

personne épanouie sera plus performante parce qu'elle (euh) elle travaille de façon efficace parce qu'elle sera réfléchi dans son travail » E1Q10, « *bien-être au travail égal performance* » E6Q10 ou « *dans la définition théorique de la QVT on est sur de la performance sociale globale puisque dans la performance il n'y a pas que la performance économique* » E10Q10. Nous notons également un verbatim qui exprime l'impact négatif sur la performance quand la qualité de vie au travail n'est pas efficiente : « *Il faut aussi être conscient qu'il faut être efficace, performant ; et une personne qui n'a pas cette qualité de vie au travail parce qu'elle a des rhumatismes, de l'arthrose c'est pas une qualité de vie, c'est pas une performance* » E1Q12.

Enfin la troisième thématique est celle du **management** avec cinq verbatims soit plus de 19%. Les personnes interrogées nous énoncent des propos mettant en avant les rôles de :

- **Leader** par rapport à la motivation, illustré par « *le même cercle que celui de la motivation : donner par le bien-être au travail, la satisfaction à chacun d'être bien dans sa vie professionnelle, d'être épanoui et de pouvoir partager, avancer, ça permet d'investir, d'analyser, de réorganiser le travail* » E7Q10 ou « *la coopération de l'équipe n'est pas au sein de l'équipe-même que tu la travailles mais bien à l'extérieur dans les zones de pauses, machin, l'extérieur, etc.* » E3Q10,
- **Régulateur** par rapport à l'organisation, éclairé par les termes tels que « *parasité (silence) par des éléments extérieurs (silence) alors des choses toutes simples, un téléphone qui sonne, [...] des interruptions incessantes, [...] des désorganisations, vous n'êtes pas bien au travail puisque vous n'êtes pas satisfaite [...] donc [...] vous êtes moins performante et votre qualité de travail [...] en est impactée* » E4Q10, « *quand on a une équipe qui est extrêmement soudée avec une équipe médicale avec laquelle ça se passe bien, malgré les charges de travail, on a des gens qui s'épanouissent [...] c'est des équipes qui sont stables avec peu de demandes de mobilité* » E10Q10.

Pour récapituler, quasiment toutes les personnes s'accordent à dire que le travail est ou peut être une source d'épanouissement en partie grâce au **contact social** qu'il représente et à condition que la **motivation** ou la **reconnaissance** soient présentes. De plus, dès que le bien-être ou l'épanouissement sont efficaces, les personnes interviewées reconnaissent que la **performance, sociale ou économique**, est au rendez-vous. Cette performance se traduit par une **qualité rendue** auprès des **usagers**, une **créativité** ou une **autonomie** des collaborateurs avec des managers qui investissent leurs rôles de **leader** et de **régulateur**.

Après avoir présenté les résultats d'un travail épanoui et de la performance qui en suit, nous aborderons ceux en lien avec la QVT pour tous et ceux pour la QVT des seniors.

2.2.5. Des actions QVT au sens large vers celles pour les seniors

Nous exposerons d'abord les résultats exprimés par les personnes interrogées à propos du sujet de la QVT, ce qu'ils mettent ou non en place pour leurs équipes de manière générale. Nous continuerons par ce qu'ils font ou non pour cette thématique auprès des seniors, c'est-à-dire de façon singulière.

2.2.5.1. Des actions QVT pour tous

Nous avons relevé trente-cinq verbatims exprimant ce thème (Cf. Annexe 9, p. 106 à 107). Nous avons formulé cinq thématiques : le **management**, l'**interdisciplinarité**, les **ressources humaines**, la **prévention** et l'**absence**.

Pour la thématique du **management**, seize verbatims l'expriment, soit plus de 45%. Pour nous, deux rôles du manager sont mis en exergue ainsi que deux qualités :

- **Leader** par rapport à la motivation, le développement de leurs ressources avec des propos comme « *les stratégies proposées pour la qualité de vie au travail : les fêtes de Noël, là on fait une fête d'été, la sophrologie, ou de diffuser les informations quand il y a la médecine du travail qui propose sur les ateliers, (euh) c'est, je le propose à toute l'équipe, pas de façon orientée* » E7Q11-12, « *en aidant aussi les agents à développer des ressources* » E9Q11 ou « *ça va être un temps d'écoute aussi, d'avoir la porte ouverte quand ils en ont besoin, de venir pouvoir déverser* » E6Q11,
- **Régulateur** par rapport au traitement des difficultés, illustré par des termes tels que « *être disponible [...] pour [...] voir [...] ce qui est difficile et comment [...] l'aider pour passer un cap ou réfléchir [...] à une réorientation [...] un changement de service ou [...] trouver des solutions pour [...] retrouver un bien-être* » E5Q11 ou « *quand on agit sur les conditions de travail sur les risques professionnels pour avoir une bonne santé au travail en ajoutant plus de ressource aussi, là on arrive à aboutir à cette qualité de vie au travail* » E9Q11,
- **Attentif** avec des verbatims comme « *tu essaies de respecter [...] leur congé [...] j'essaie de faire en sorte qu'elles partent à l'heure, [...] qu'elles mangent, tu vois des petites choses* » E3Q11,
- **Équité** avec des termes comme « *je n'ai pas de favoritisme* » E1Q11.

Pour la deuxième thématique, celle de l'**interdisciplinarité**, nous avons relevé sept verbatims soit 20%. Nous avons donné ce nom à cette thématique car elle reflète le fait que la QVT est une action collective. Nous avons trouvé des propos comme « *ce que moi je peux faire c'est l'accompagner pour lui proposer médecine du travail et qu'elle réfléchisse à changer de service ou à adapter son travail* » E1Q12, « *au niveau des HUS, on a le comité d'hygiène et de*

sécurité des conditions de travail qui est très soucieux de ce thème. C'est sous son égide qu'on a structuré toute la politique de qualité de vie au travail » E10Q11 et « la médecine du travail est présente dans la totalité des groupes en soutien. On a des organisations syndicales aussi, un certain nombre d'experts » E10Q11.

La troisième thématique formulée est celle de la **prévention** avec trois verbatims soit plus de 8%. Ils ont été uniquement exprimés par le médecin du travail. Nous trouvons des termes tels que « *ma mission première c'est de prévenir toute altération de l'état de santé des agents du fait de leur travail* » E9Q11, « *nos actions sont toujours axées sur la préservation de la santé des agents en agissant sur les risques professionnels* » E9Q11 ou « *nos actions restent sur diminuer les facteurs de risque professionnel, agir sur les risques professionnels et euh [...] préserver la santé des agents* » E9Q11.

Ensuite, nous avons créé la thématique des **ressources humaines**. Elle est constituée de quatre verbatims soit plus de 11% et illustrée par des propos comme « *on a maintenant la nouvelle cellule au niveau de l'hôpital pour le remplacement de tous les agents qui ont des restrictions au travail* » E2Q11-12, « *des actions [...] sont proposées au niveau de l'établissement avec la médecine du travail [...] organise des forums [...] communique [...] ça montre que l'établissement [...] n'est pas insensible à cette question du bien-être* » E5Q11 ou « *c'est [...] compliqué de l'isoler dans un COPIL, [...] dans un thème et d'aller le coller [...] alors qu'il faudrait [...] qu'on y réfléchisse de manière [...] diffuse et pas forcément ciblée* » E10Q11.

Enfin la dernière thématique est celle de l'**absence** c'est-à-dire que les personnes interrogées non pas d'avis sur le sujet. Nous retrouvons cinq verbatims soit plus de 14% comme « *dans le secteur où je suis, je n'ai pas énormément de marge de manœuvre* » E2Q11-12 ou « *je n'ai pas de stratégies particulières* » E5Q11.

Nous aborderons maintenant les résultats de la QVT pour les seniors.

2.2.5.2. Des actions QVT pour les seniors

Vingt-trois verbatims expriment ce thème (Cf. Annexe 9, p. 108 à 109) et nous avons constitué trois thématiques : l'**absence**, le **management** et l'**interdisciplinarité**.

La thématique de l'**absence** est représentée par onze verbatims soit plus de 47%. Ces derniers soulignent non seulement le fait que les managers n'ont pas d'actions à mettre en œuvre mais aussi les raisons de cette absence. Nous trouverons des verbatims comme « *il n'y a pas de plan établi pour ces agents en fin de carrière* » E4Q11-12, « *il n'y a pas d'action, le service n'a pas d'action vraiment destiné aux agents en fin de carrière* » E9Q12, « *Non. Comme dit*

pour l'instant tout ce qui est fin de carrière, les situations sont prises au cas par cas. Alors c'est à la fois bien parce que chaque situation va être différente mais on est uniquement dans du palliatif, on n'est absolument pas dans de la prévention » E10Q12 et « la 2e étape de la GPMC, normalement c'est anticiper les parcours de chacun, les compétences dont on aura besoin, celles qui sont à développer, ceux qui vont bientôt partir et qu'il faut remplacer, etc., etc. Ça je connais peu d'établissement qui savent le faire surtout à la taille d'un CHU » E10Q12.

La deuxième thématique est celle du **management** où sept verbatims soit plus de 30% sont relevés. Ils expriment des exemples d'actions, des manières de se comporter et de travailler en équipe dans le pôle. Cette thématique est illustrée par des propos comme « *essayer d'adapter les 2-3 dernières années, d'essayer d'adapter [...] les horaires de travail [...] ne plus faire de nuit, [...] d'éviter les très longues séries* » E2Q11-12 ou « *je vais être plus attentif* » E5Q12 et « *il y a des choses qui se réfléchissent aussi au niveau du pôle [...] pour trouver des solutions [...] au sein du pôle* » E5Q12.

La troisième thématique est celle de l'**interdisciplinarité**. Elle est constituée par trois verbatims soit plus de 13%. Il s'agit du fait que la thématique affecte plusieurs corps de métiers ou de service comme le service de santé au travail ou les ressources humaines. Nous avons relevé des termes comme « *on a l'appui de la médecine du travail, si on peut parler d'appui parce que les restrictions c'est bloquant pour nous au niveau planning* » E2Q11-12 ou « *on peut s'adresser à l'institution [...] des services spécialisés pour [...] des personnes qui [...] sont en difficulté ou physique ou mentale ou pour [...] trouver [...] un poste qui [...] permet de finir leur carrière « proprement » [...] sans être dans la souffrance ou dans la difficulté* » E5Q12.

En récapitulant, le rôle des managers est essentiel dans la QVT des collaborateurs. La plupart essaie, à leur niveau, de mettre des actions en place pour la favoriser. Le travail en équipe, que ce soit au sein du pôle mais également en partenariat avec les ressources humaines et le service de santé au travail, est également à privilégier. Autant la question de la QVT pour tous les collaborateurs est à l'esprit des managers autant celle à destination des seniors n'est pas aussi prégnante. Le médecin du travail et la directrice des ressources humaines reconnaissent qu'ils sont plus dans du « palliatif » individuel que dans de la prévention collective et qu'une réflexion d'anticipation des parcours, des carrières, devrait être mise en place mais que la taille de l'institution est un frein au niveau décisionnel.

Nous aborderons maintenant ce que les encadrants savent de la protection des seniors et ce qu'ils proposent pour la mise en œuvre.

2.2.6. D'un constat ... aux idées émergentes

Nous présenterons ce que les encadrants disent à propos de la protection des seniors.

2.2.6.1. Les constats

Les encadrants disent par 62,5% des verbatims enregistrés (Cf. Annexe 9, p. 110 à 111 et p.117) qu'il n'existe pas de protection, ni de disposition particulière pour les seniors.

De même, ils disent à plus de 18% que c'est via la médecine du travail qu'il existe des aménagements possibles avec des propos comme « *Pas que je sache. A part peut-être aller voir la médecine du travail qui va leur mettre des restrictions* » E3R3.

Enfin, ils relatent plusieurs éléments de constat :

- Un retard de la France par rapport à la Belgique avec « *ben en fait en France on a rien mais si on regarde la Belgique par exemple quand on arrive en fin de carrière, tu as un pourcentage style du 20% (euh) que t'es pas obligé de prendre mais tu peux (euh) revoir ta quotité de travail, si tu l'as prend pas tu as d'ailleurs une prime financière et en fonction de l'avancé de ton âge ta quotité de travail diminue et est compensée* » E3Q4,
- La réduction du temps de travail qui existait avec « *il y a eu une période où on allégeait le dernier mois où elles avaient possibilité de réduire leur temps de travail mais je sais pas si c'est toujours d'actualité* » E8R3,
- La responsabilité des institutions par rapport à la pénibilité avec des termes comme « *le degré de pénibilité augmente [...] plus de personnes [...] en difficulté [...] une vraie responsabilité des institutions [...] de se préoccuper de ça* » E5Q13,
- La réalité de la QVT avec des propos tels que « *malheureusement la qualité de vie au travail de ce que je vois, ça fait plus [...] enfin beaucoup plus de la qualité de vie sur le papier que la qualité de vie sur le terrain* » E9Q11,
- La non-formation des cadres à la QVT avec le verbatim « *les cadres ont été formés RPS et c'est pas tout à fait QVT* » E10Q11.

Après avoir évoqué les résultats constatés par les responsables, nous aborderons leurs idées qui peuvent aider à la mise en place de la QVT.

2.2.6.2. Les idées

Les encadrants ont exprimé trois types de concepts (Cf. Annexe 9, p. 117) : des **postes aménagés**, des **managements motivationnels** et des **parcours de carrière**.

Pour les **postes aménagés**, nous relevons un propos comme « *cette population-là [...] en horaire de jour, prépare des papiers de sortie, donne des conseils aux patients ou répond aux SSR mais [...] pas les effectifs [...] pas budgété* » E2Q13. Quant au **management**

motivational nous trouvons le verbatim « *les jeunes [...] ont envie de bouger [...] pour les [...] garder [...] j'ai fait le choix de les mettre dans le pool du pôle [...] parce qu'elles ont besoin [...] de bouger [...] de développer différentes compétences* » E4R2. Pour les **parcours de carrière** nous les illustrons par les propos « *réfléchir aujourd'hui aux conditions de travail globales des gens même des plus jeunes c'est aussi essayer [...] que ça se passe le mieux possible pour eux pendant toute leur carrière* » E5Q13 ou « *ils ont une cellule de maintien dans l'emploi [...] en la coordonnant avec la formation [...] ont créés des [...] conseillers en parcours de mobilité [...] font le lien entre la formation, la médecine du travail, encadrement et maintien dans l'emploi [...] reçoivent les gens [...] étudient leurs situations individuelles [...] peut être sollicitée pour des mobilités avant [...] problématique de restriction ou autre* » E10Q12.

Enfin un verbatim, nous indique le delta entre ce qui pourrait participer à la QVT et la réalité institutionnelle : « *malheureusement [...] l'institution valorise pas suffisamment ces temps-là [...] des réunions pluriprofessionnelles [...] ce qu'on peut essayer de mettre en place ou organiser [...] ça ne produit rien [...] c'est une perte de temps alors que [...] je pense [...] qu'on gagne du temps [...] on gagne en qualité de travail* » E5Q13.

Après avoir présenté les résultats de notre travail de recherche, nous allons maintenant les confronter et les mettre en discussion avec les notions abordées dans le cadre conceptuel.

2.3. Analyse / discussion

Nous allons reprendre chaque thème et voir ce qui émerge de cette confrontation.

L'image des seniors : certains points comme les particularités du senior au travail, ses qualités mais aussi ses difficultés, les enjeux qu'ils représentent, se retrouvent dans le cadre conceptuel et dans les résultats. Ce que certains auteurs appellent « *management différencié* » s'expriment dans les dires des encadrants sous la forme de management équitable et attentif. Néanmoins, d'autres points comme – valeur ajoutée – et – besoin de reconnaissance ou d'estime de soi – n'apparaissent pas dans les résultats. Par rapport à la valeur ajoutée que représente les seniors au travail, les personnes interrogées n'y font pas référence car le débat sociétal est encore d'actualité. De même, nous avons retrouvé dans les résultats que la thématique de politique à l'égard des seniors était inconnue et considérée comme une nouveauté sauf pour le médecin du travail et la directrice RH. Or, la politique du maintien en emploi des seniors est réelle. Est-ce parce que cette thématique n'est pas assez visible pour les encadrants ? ou est-ce par manque de moyens pour permettre de s'en préoccuper ?

La pénibilité du travail et celui des soignants : les personnes interviewées nous ont fait part des facteurs de pénibilité, de la notion de souffrance, des contraintes qui s'exercent sur le travail ou par le travail sur les salariés. Toutefois, nous avons extrait des résultats des notions, qui selon nous, méritent attention pour le management du futur. En effet, les notions d'adaptabilité régulière et de changement nécessitent un management fort d'expériences en lien avec l'accompagnement des mutations et une politique RH de prévention des RPS et des conditions de travail. Nous rappelons que tout changement a besoin de phase d'intégration et que trop de changement risque de nuire au changement. De même, l'intensification du travail nécessite que nous réfléchissions aux conditions de travail de nos agents. Tout le monde s'accorde à dire aussi que les décisions politiques en lien avec le changement de mode financier étaient nécessaires. Les personnes interrogées les ont identifiées comme une source de pénibilité car elles ont entraîné une intensification du turn-over des patients, liée à la diminution de la DMS. Enfin, les exigences des nouveaux usagers nous paraissent être également une préoccupation des encadrants. Celle-ci devra être accompagnée d'une politique institutionnelle en lien avec la prévention des violences externes liées aux usagers et aux conditions de travail.

Le bien-être et la santé au travail : la santé au travail apparaît dans les propos des personnes interrogées. Elle s'exprime soit à travers tout ce qui l'empêche d'être présente à savoir les RPS, les facteurs de pénibilité ou par l'absentéisme, soit à travers la thématique « **préservation** » pour veiller à son maintien. Les notions de bien-être de la Fabrique SPINOZA ou du SLAC, sont évoquées par les personnes interrogées. Il en va de même pour les enjeux de marché ou de travail relaté dans le cadre conceptuel et surtout pour celui de la qualité rendue auprès des usagers. Pour autant l'enjeu sociétal c'est-à-dire en lien avec l'âge, le handicap, le genre, n'est pas exprimé. Le lien entre les enjeux et le management est clairement établi, celui-ci est qualifié d'équitable pour l'individu mais également pour le collectif. Le management est le principal facteur favorisant le bien-être mais représente aussi l'un de ses freins au même titre que les thématiques de **RH**, de **décisions politiques** et de **conditions de travail**. Enfin, la notion de services rendus aux agents apparaît lors de l'entretien n°4 et tend à la mise en place d'avantages extra-professionnels octroyés dans un contexte travail.

Travail épanoui et performance : tout le monde s'accorde à reconnaître que le travail devrait être une source individuelle d'épanouissement avec par conséquent un effet positif sur la performance, c'est-à-dire sur la qualité des soins rendus aux usagers.

La QVT de manière générale et dans le monde sanitaire : nous constatons que la notion de QVT n'est ou pas connue, ou pas intégrée par les encadrants même si, ce qu'ils décrivent dans leur quotidien par leurs intentions de trouver des solutions, des réflexions au sein du collectif ou de l'équipe d'encadrement, s'en approche. En effet, dans leurs propos, nous percevons un clivage entre leurs actions de management et l'interdisciplinarité alors que dans une démarche QVT, les deux sont liés : pas de management seul mais en travaillant entre tous les professionnels (décideurs, préventeurs, organisations syndicale, salariés, ...). De plus, au CHU, il existe une politique QVT qui a été écrite dans le cadre de la certification (Cf. Annexe 10, p. 118-211 et Annexe 11, p.122-123). Nous nous rendons compte qu'elle n'est pas connue des cadres mais qu'elle l'est par le médecin du travail et par la directrice des Ressources Humaines. Ces dernières par contre, reconnaissent qu'à ce jour, la politique QVT est uniquement centrée sur des réponses individuelles apportées aux salariés en difficulté, qu'il ne s'agit que de « *palliatif* » alors qu'il faudrait être dans du préventif collectif. Une politique QVT est un changement de paradigme, qui est également associé au contexte particulier de retour à l'équilibre financier de l'établissement. La directrice RH rajoute que par rapport aux seniors, il n'y a pas de plan particulier et que c'est bien une réflexion d'anticipation des parcours et des carrières qu'il faut mener surtout depuis la valorisation du métier d'infirmière. Elle complète en disant que la taille du CHU est un frein dans la prise de décisions et que les cadres sont formés aux risques psycho-sociaux et non à la qualité de vie au travail mais qu'ils peuvent constituer un levier de diffusion de ce concept.

Les constats et les idées : les constats par rapport aux seniors, c'est qu'il n'existe aucune protection particulière encadrant leur travail contrairement à certains pays limitrophes comme la Belgique. De plus, il existait en France la réduction du temps de travail pour les seniors. Enfin, ils pointent la responsabilité des institutions face à l'augmentation du ressenti de pénibilité. Certains expriment des idées sur leur manière de manager et de fidéliser les nouveaux salariés, d'autres sur la création/aménagement de « *postes administratifs – relation usagers* » pouvant décharger les autres professionnels de ces activités et permettre les transmissions de savoirs ce qui créera de la valeur ajoutée au travail des seniors. Enfin, certains relatent les temps d'échange professionnels qui ne sont pas valorisés car ils « *ne produisent rien* ». Or tout temps de réflexion professionnelle, d'échange sur les conditions et le contenu du travail font partie des démarches pour garantir la qualité de vie au travail.

2.4. Synthèse des recommandations managériales pour le CHU

Nous venons de mettre en relief ce qui ressort de la confrontation entre le cadre conceptuel et les entretiens. Nous en tirerons les recommandations stratégiques et managériales pour les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Nous les présenterons dans un tableau synthétique.

Tableau 2 : Synthèse des recommandations

Recommandations stratégiques
<u>Faire vivre la démarche QVT dans toutes les strates hiérarchiques en :</u> <ul style="list-style-type: none">- Diffusant la politique QVT dans l'institution- Rendant visible et en Communiquant la politique de maintien en emploi des seniors mais aussi de tous les professionnels- Formant et en Impliquant au concept de QVT les encadrants, les organisations syndicales et tous les préventeurs
<u>Créer un climat de bien-être en :</u> <ul style="list-style-type: none">- Promouvant de bonnes conditions de travail- Augmentant de façon appropriées les aides humaines allouées aux pôles- Créant une politique institutionnelle à l'égard des usagers pour le respect du travail des professionnels
<u>Former les responsables au management bienveillant en :</u> <ul style="list-style-type: none">- Formant les encadrants à l'accompagnement des mutations organisationnelles.
<u>Mettre en place la politique de GPMC²² en :</u> <ul style="list-style-type: none">- Réalisant une cartographie des conditions et facteurs de pénibilité pour chaque service et chaque métier- Mettant en lien la formation continue et le degré de performance d'un agent (= maintenir son employabilité)- Identifiant des parcours professionnels répondant à des problématiques individuelles- Impliquant les responsables dans l'identification des RPS- Montrant en quoi le travail des seniors, a une valeur ajoutée pour la société et pour l'établissement²³ en réalisant une étude Marketing sur le travail des seniors soignants

²² GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

²³ Par établissement entendre toutes formes de sociétés de travail : établissements, entreprises, organisations, ...

Recommandations mixtes : stratégiques et managériales
<u>Créer un climat de bien-être au travail</u> : ambiance, conditions, ...
<u>Mettre en œuvre un management bienveillant en :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Valorisant et en promouvant l'autonomie et la créativité de tous les professionnels - Promouvant le maintien en emploi des seniors (ou autres professionnels) - Motivant et en Fidélisant les professionnels - Valorisant et en Reconnaisant le travail « invisible » mais nécessaire des réunions pluriprofessionnelles
Recommandations managériales
<u>Mettre en œuvre un management bienveillant en :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Privilégiant équilibre vie privée et vie professionnelle - Diminuant les effets du stress lié au travail et donc l'absentéisme - Encourageant et en Valorisant la reconnaissance du travail accompli pour le rendre épanouissant et créer de la performance dans la qualité des soins

3. RECOMMANDATIONS MANAGERIALES

Nous nous sommes basés sur les recommandations du CHU pour créer des recommandations pouvant s'appliquer à n'importe quel établissement de santé. Les voici :

Faire vivre la démarche QVT dans toutes les strates hiérarchiques en :

- Diffusant la politique QVT dans l'institution
- Formant et en Impliquant au concept de QVT tous les préventeurs
- Mettant en œuvre un management bienveillant qui
 - o Privilégie équilibre vie privée et vie professionnelle
 - o Encourage et Valorise la reconnaissance du travail accompli
 - o Motive et Fidélise les professionnels
 - o Valorise et en promeut l'autonomie et la créativité de tous les professionnels
- Créant un climat de bien-être en promouvant de bonnes conditions de travail
- Communiquant la politique de maintien en emploi ou de GPMC

CONCLUSION

Chaque individu aspire au bien-être, tant dans sa vie personnelle que dans celle du travail. Nous voyions régulièrement des exemples d'entreprise comme GOOGLE® qui prône le bien-être en proposant des salles de sport, des endroits de repos, etc. sur le lieu de travail de leurs salariés. Les entreprises libérées mettent en œuvre des stratégies visant à rendre responsable chaque individu de son propre travail et donc de la performance de son entreprise.

La démarche QVT a pour objectif le bien-être. Elle promeut l'articulation entre la vie privée et la vie professionnelle afin de maintenir un niveau de santé au travail. Cette santé doit permettre à l'individu de rester performant pour que la performance globale de l'entreprise soit également atteinte.

Dans le monde sanitaire, les nombreux changements d'ordre organisationnels, financiers ou démarches d'évaluation de la performance, ont induit chez les professionnels de santé une exacerbation des facteurs de pénibilité. Ces derniers conduisent jusqu'au mal-être des soignants, leur donnant l'impression d'une perte de sens de leur travail. Les différents préventeurs ont toujours répondu de manière individuelle aux difficultés que rencontraient les salariés (TMS, LER, absentéisme, burn-out, ...) au lieu de mener des actions collectives par faute de temps ou de volonté politique.

En ce sens, la démarche QVT est un changement de paradigme. Elle demande la contribution de tous les acteurs, directeur, médecin du travail, organisations syndicales mais aussi cadres de santé et surtout salariés, pour proposer et mettre en œuvre des actions collectives d'amélioration des conditions de travail.

La démarche QVT s'inscrit dans la même réflexion que la démarche de qualité des soins et fait partie à cet égard du manuel de certification ainsi que des projets d'établissement.

Ce travail nous a permis de mettre à jour qu'une démarche QVT est une démarche qui se mène sur la durée, que la taille d'un CHU peut clairement être un frein et que pour qu'elle soit intégrée et mise en action, il faut que chaque professionnel en soit convaincu et imprégné. Les cadres de santé apparaissent comme le levier de diffusion de ce nouveau paradigme.

Les professions soignantes sont en première ligne face aux patients. Que ce soit pour la performance de la qualité des soins qu'ils prodiguent ou pour leurs conditions de travail, les soignants devraient être au cœur de toutes les futures démarches QVT.

Les seniors ou leur maintien en emploi ne sont qu'une porte d'entrée dans la démarche. Il en existe d'autres. A nous, encadrants, responsables, syndicats et tous professionnels de santé, de nous en emparer, de les développer et ce pour le plus grand – bien-être – de tous.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- BOURRET Paule. *Prendre soin du travail : Un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : SELI ARSLAN, 2011. 190p.
- COLETTE Sandrine, BATAL Christian, CARRE Philippe et CHARBONNIER Olivier. *L'Atout senior, Relations intergénérationnelles, performance, formation*. Paris : DUNOD, 2009. 219p.
- Coordination Olivier BACHELARD. *Le Bien-être au travail*. Presses de l'EHESP, Rennes, 2017. 200p.
- DEJOURS Christophe. *Travail, usure mentale*. Nouvelle édition augmentée. Paris : BAYARD, 2000. 281p.
- Direction générale du travail. Collection Bilans et Rapport. *Conditions de travail : Bilan 2015*. France : MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL, 2017. 552p.
- GAVARD-PERRET Marie-Laure, GOTTELAND David, HAON Christophe et JOLIBERT Alain. *Méthodologie de la recherche en sciences de gestion - Réussir son mémoire ou sa thèse*. 2^e Edition. Paris : PEARSON 2012. 418p.
- GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge. *Les conditions de travail*. Paris : LA DECOUVERTE & SYROS, 2000. 127p.
- GUERIN Serge et FOURNIER Gérard. *Le management des seniors*. Paris : Editions d'Organisation, 2005, 2009. 2e édition, 320p.
- JOLIBERT Alain et JOURDAN Philippe. *Marketing Research - Méthodes de recherche et d'études en Marketing*, Paris : DUNOD, 2011. 624p.
- LAFARGUE Yves et MATHEVON Pierre. *Qualité de vie et santé au travail*. Toulouse : OCTARES, 2008. 302p.
- LAMBERT Jacques. *Management intergénérationnel*. Rueil-Malmaison : LAMARRE, 2009. 269p.
- MANOUKIAN Alexandre. *La souffrance au travail. Les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison : LAMARRE, 2009. 209p.
- MARQUIE Jean-Claude et AMAUGER-LATTES Marie-Cécile (coordinateurs). *Pénibilité et santé : les conditions de l'effort soutenable au travail*. Toulouse : OCTARES, 2014. 182p.
- MINTZBERG Henri. *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. 2^e Edition. Paris : EYROLLES, 1984, 2006. 283p.

Documents académiques :

- *Business Source Premier* [revue universitaire]. Ottawa (University of Ottawa, Ontario, Canada) : IOS Press, 2015 [ISSN : 1051-9815]. LAGACE Martine, NAHON-SERFATY Isaac et LAPLANTE Joelle. Canadian government's framing of ageing at work and older workers : Echoing positive ageing models. *WORK* vol. 52 Issue 3, p 597-604.
- CINTAS Caroline (2009) Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique Harshness at work in public psychiatric hospital. Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et le Santé, PISTES, n°11, p. 1-16.

Articles parus dans une revue :

- ABORD DE CHATILLON Emmanuel et RICHARD Damien (2015) Du sens, du lien, de l'activité et du confort (SLAC) : Proposition pour une modélisation des conditions de bien-être au travail par le SLAC. *Revue Française de gestion*, n° 249, p. 54-70.
- BRAMI Laurent, DAMART Sébastien et KLETZ Frédéric (2013) Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. *Management & Avenir*, n°61, p. 168-189.
- COLLE Rodolphe, CORBETT-ETCHEVERS Isabelle, DEFELIX Christian, PEREA Céline et RICHARD Damien (2017) Innovation et qualité de vie au travail : les entreprises « libérées » tiennent-elles leurs promesses ? *Management & Avenir*, n° 93, p. 161-183.
- DELGOULET Catherine, VOLKOFF Serge, CARON Laurent, CASER Fabienne, JOLIVET Annie et THERY Laurence (2014) Conditions de travail et maintien en emploi des seniors : enjeux d'un "décloisonnement" des approches et des pratiques : quelques enseignements issus de monographies d'entreprises françaises. *Relations industrielles*, vol. 69, n° 4, p. 687-708.
- EL HOUARI Djamel, STEUDLER François, MINARES Juan et BERTRAND Dominique (2003) Attitudes et comportements des DRH hospitaliers à l'égard du vieillissement et des personnels soignants âgés. *Gestions Hospitalières*, n°431, p. 835-845.
- JEANNEAU Laurent (2010) Retraites : le casse-tête de la pénibilité du travail. *Alternatives Economiques*, n° 294, p. 16-17.
- *Soins cadres*, n°106, (2018) :
 - o BRETAGNON Sylvie (2018) Culture et qualité de vie au travail. *Soins cadres*, n° 106, p. 46-48.
 - o LIAROTZOS Olivier (2018) La qualité de vie au travail dans les établissements de santé, une utopie ? *Soins cadres*, n° 106, p.18-21.

- PETIT DIT DARIEL Odessa (2018) Innovations en matière de qualité de vie au travail, les clusters QVT. *Soins cadres*, n° 106, p. 49-52.
- ROUX Céline, réseau ANACT (2009) Pénibilité et usure au travail : comment prévenir ? *Travail & changement*, n°324, p. 1-15.

Lois :

- Loi n° 2009-879 du 21/07/2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite Loi HPST
- Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites
- Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites
- Loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi
- Décret n° 2014-1159 du 9 octobre 2014 relatif à l'exposition des travailleurs à certains facteurs de risque professionnel
- Décret n°2015-1888 du 30 décembre 2015 relatif au seuil d'exposition à certains risques professionnel
- Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 intitulé vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle

Rapports :

ANACT :

- Qualité de vie au travail : les enjeux. Publication 1er juillet 2007.
- 10questions sur ... la qualité de vie au travail : comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ? 2015

DARES :

- Analyses 2010-055 : *L'opinion des employeurs sur les seniors : les craintes liées au vieillissement s'atténuent*. Publication le 3 septembre 2010.

DRESS :

- Etudes et résultats n° 1052 : *L'âge moyen de départ à la retraite a augmenté de 1 an et 4 mois depuis 2010*. Publication en février 2018.

Fabrique SPINOZA :

- *Le bien-être au travail, objectif en soi et vecteur de performance économique*. 2e édition, avril 2013.
- *Les 12 dimensions du bien-être au travail : un cadre d'analyse global du bien-être au travail*. Note de synthèse, novembre 2014.

HAS :

- Qualité de vie au travail et qualité des soins. Revue de littérature. Janvier 2016.
- La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Septembre 2017.

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS :

- POINT STAT : *Les départs à la retraite dans la fonction publique en 2016*. Yohann VASLIN, Février 2018.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE :

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. 5 décembre 2016

Sites internet :

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-age-moyen-de-depart-a-la-retraite-a-augmente-de-1-an-et-4-mois-depuis-2010> consulté le 25/02/2018

<http://travail-emploi.gouv.fr/emploi/insertion-dans-l-emploi/mesures-seniors/article/le-contrat-de-generation> consulté le 25/03/2018

<https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante> consulté le 5/8/2018

<https://www.anact.fr/qualite-de-vie-au-travail-les-enjeux> consulté le 02/02/2018

<https://www.anact.fr/themes/qualite-de-vie-au-travail> consulté le 25/03/2018

<https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail> consulté le 25/03/2018

<http://www.data.drees.santé.gouv.fr> consulté le 13/7/2018

<http://www.inrs.fr/demarche/penibilite/ce-qu-il-faut-retenir.html> consulté le 25/03/2018

https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/point_stat/departs-a-la-retraite-en-2016.pdf consulté le 25/03/2018

https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/chiffres_cles/pdf/CC-2017-web.pdf consulté le 25/03/2018

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/la-base-de-donnees-juridiques-de-la-fonction-publique-bjfp> consulté le 25/03/2018

ANNEXES (VOIR LIVRET DES ANNEXES)