

Risques psychosociaux : une démarche décentralisée dans les pôles d'activité

Expérience du centre hospitalier de Valenciennes

La mise en œuvre d'une démarche portant sur les risques psychosociaux (RPS) et la qualité de vie au travail est indissociable de la gouvernance très décentralisée du centre hospitalier de Valenciennes (CHV). L'objectif managérial, grâce à une délégation de gestion aux médecins chefs de pôle, consiste en la responsabilisation des acteurs (médecins, cadres de santé et cadres gestionnaires) afin que les décisions prises soient les plus adaptées, car plus proches du terrain. C'est dans ce contexte qu'une démarche sur les RPS et la qualité de vie de travail a été engagée. Celle-ci concerne les cinq mille professionnels que compte l'établissement : médecins, cadres et agents. Afin de mieux expliciter la démarche, il convient de préciser le cadre de fonctionnement de l'établissement, le process mis en œuvre et sa traduction au sein du pôle de cancérologie.

Dr Antoine Lemaire

Chef du pôle de cancérologie, centre hospitalier de Valenciennes

Agnès Lyda-Truffier

Directeur des ressources humaines, centre hospitalier de Valenciennes

L'essentiel

L'organisation du CH de Valenciennes repose sur un modèle managérial décentralisé, avec un important pouvoir de décision et une délégation de gestion aux chefs de pôle. Dans ce contexte, une étude des risques psychosociaux par pôle a permis de mettre en place des plans d'action au plus près du terrain et intégrés aux projets sociaux de chaque pôle. Cette démarche a concerné le personnel médical et le personnel non médical.

Mots-clés : ressources humaines ; risques psychosociaux ; management ; pôle.

Une démarche intégrée à la gouvernance interne de l'établissement

Une organisation matricielle

La gouvernance interne du centre hospitalier repose sur une organisation matricielle qui rompt avec la classique et historique organisation « pseudo-pyramidale » en faisant collaborer étroitement les trois grands acteurs de l'hôpital : médecins, soignants et administratifs, dans le but d'unifier la décision et de permettre ainsi de mener une action commune.

Une double responsabilité du médecin : au sein du pôle et devant l'institution

Un médecin, le chef de pôle, est responsable d'une communauté humaine constituée de médecins et de non-médecins, sur lesquels il peut agir en vue de remplir une mission, celle de son contrat de pôle, dans une dimension médico-économique. En contrepartie, il rend compte devant une direction générale (directeur général, présidence de commission médicale d'établissement – CME) qui lui accorde sa confiance en lui donnant un mandat, matérialisé par le contrat de pôle évalué annuellement et par une délégation de gestion. Ce contrat, créé et mis en œuvre par le chef de pôle, précise le projet médical, de soin et social du pôle, au sein duquel les organisations et les conditions de travail –, parmi lesquelles les risques psychosociaux et la qualité de vie au travail – tiennent une part importante.

Le chef de pôle doit disposer des moyens nécessaires pour remplir sa mission

Le chef de pôle dispose de l'autorité fonctionnelle sur les médecins de son pôle, et hiérarchique pour tous les professionnels non-médecins : il recrute les professionnels de son choix et les évalue. Il est entouré d'un conseil médical, d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre administratif (attaché) et d'une équipe gestionnaire et technique : gestionnaires administratifs, techniciens d'information médicale, techniciens de

maintenance polyvalents, informaticien, ou tout autre professionnel nécessaire à la réalisation de son contrat de pôle. Il suit l'activité médico-économique du pôle (compte de résultat analytique) et peut utiliser librement son excédent. En cas de déficit, il lui appartient de prendre les mesures requises pour parvenir à l'équilibre économique. Les directions fonctionnelles sont support à l'activité du pôle. Une délégation de gestion, accompagnée d'une délégation de signature du directeur général, lui permet d'agir sur 85 % de son budget de fonctionnement, dont 100 % des crédits de personnel.

La prévention des risques psychosociaux et l'amélioration de la qualité de vie au travail : une approche décentralisée

La prévention des risques psychosociaux et la qualité de vie au travail ne pouvaient s'entendre que dans une approche décentralisée, afin d'être au plus près du travail des professionnels. La démarche a été entreprise en deux temps : 2008-2012, l'accompagnement et la prévention du risque individuel ; 2012-2013, à partir de l'expression individuelle, comment agir sur l'organisation du travail, et le collectif ?

Une approche « individualisée » du risque psychosocial dans le cadre d'une politique de réduction de l'absentéisme

L'augmentation faible, mais régulière de l'absentéisme entre 2004 et 2008 a conduit l'établissement à prendre des mesures qui, sans la responsabilisation des trinômes de pôle (chef, cadre supérieur et cadre administratif), n'auraient pas eu les résultats attendus. Les trinômes de pôle, grâce à un accès dématérialisé à leurs statistiques d'absentéisme, ont pu prendre les mesures appropriées. Ils se sont appuyés sur une charte de « bonne conduite » fixant les obligations du cadre et de l'agent en cas d'absence. Enfin, l'entretien de retour au travail a été systématisé par le cadre de proximité. Le pôle, la direction des ressources humaines (DRH) et le médecin du travail mettent en place un entretien après trente jours d'absence. Une commission d'accompagnement et de retour à l'emploi permet de suivre la situation des agents absents, et de préparer et d'anticiper leur retour ou leur reconversion.

Des référents « conditions de travail » formés dans chaque pôle suivent le DU de préventeur.

Enfin, une politique de contrôle des arrêts a été engagée (contrôles fixes ou à l'initiative du pôle). En 2010 a été mise en place une plateforme d'écoute psychologique 24h/24. En 2012, des référents « conditions de travail » ont été formés dans chaque pôle, et se perfectionnent par l'obtention d'un diplôme d'université (DU) de préventeur. Cette première approche indispensable doit se poursuivre puisque l'absentéisme, qui était de 9 % en 2008, a décru progressivement pour stagner à 7 % en 2012 et 2013. Les pôles ont été très attentifs car la désorganisation engendrée par l'absentéisme et le surcoût financier (un point d'absentéisme équivaut à un million d'euros pour l'établissement), présentaient un frein important à leurs projets de développement d'activité. Cette gestion décentralisée favorise ainsi la responsabilisation individuelle et le résultat. Cependant, la stagnation du taux d'absentéisme nous a conduits à intégrer une dimension collective portant sur la perception du travail au sein des équipes, en recherchant comment les organisations interagissent sur les professionnels. Les chefs de pôle ont soutenu une enquête sur les RPS spécifiques à leur activité, leur permettant ainsi de réaliser des plans d'action *ad hoc* et d'enrichir le projet social de leur pôle.

D'une prévention individualisée du risque psychosocial à une prévention « collective » du risque en lien avec les organisations du travail, pour chaque pôle

L'approche des risques psychosociaux, souvent globalisée pour un établissement (questionnaire unique) conduit à un diagnostic univoque limitant l'action. Le CHV, qui emploie cinq mille professionnels dont cinq cents médecins et dispose de plus de quarante-quatre spécialités, n'aurait pas obtenu de résultats suffisamment fins permettant de cibler des actions portant sur les organisations de travail. Le pôle étant l'entité opérationnelle, qui mieux que lui peut définir les besoins de ses équipes et prendre les mesures nécessaires ? Cette démarche présentait un risque politique pour le chef de pôle qui a accepté une évaluation du climat social de son pôle, d'en rendre compte à ses équipes et devant le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Cependant, il y a surtout vu l'intérêt majeur de s'appuyer sur les résultats pour mettre en place les actions de son choix, portant sur l'amélioration de ses organisations, la qualité du service et *in fine* l'amélioration de la qualité de vie au travail, au bénéfice de l'efficacité au travail. Au niveau institutionnel, la démarche est plus enrichissante, car elle promeut des solutions concrètes multiples et variées, permettant d'améliorer qualitativement le niveau de prévention des RPS pour l'ensemble de l'établissement, ce que n'aurait pas permis une analyse centralisée.

Des questionnaires spécifiques aux activités de chaque pôle, suivis d'actions concrètes adaptées aux besoins.

Une démarche RPS décentralisée intégrée au projet social de chaque pôle

Objectifs de la démarche

La démarche consistait à présenter aux professionnels les enjeux liés aux risques psychosociaux et à leur rappeler les dispositifs existants dans le pôle et l'institution. Chaque collaborateur pouvait s'exprimer librement et anonymement sur sa perception du travail. À partir de ces réponses, un état des lieux par pôle a été remis au chef de pôle, sans identification de situation individuelle. Le but du questionnaire était de diagnostiquer, sur la base d'expressions individuelles, les facteurs de risque liés aux relations de travail, aux vécus du changement, aux exigences des tâches (nature, organisation, conditions de travail) et aux attentes des agents vis-à-vis de leur travail et de la politique RH du pôle et de l'établissement. Enfin, un plan d'action concret et personnalisé devait être proposé à chaque chef de pôle, lui permettant de compléter et développer son projet social.

Méthodologie mise en œuvre

Un consultant a accompagné la démarche d'avril 2011 à septembre 2012. Un questionnaire spécifique a été conçu par un ou plusieurs groupes de professionnels de chaque pôle, afin d'en établir un portrait, d'identifier les problématiques et de les intégrer à une trame de questionnaire établie sur la base des recommandations du ministère du Travail. Ce questionnaire était dématérialisé, rempli individuellement et de manière anonyme (données externalisées chez le prestataire), par groupe de douze agents. Trois cents groupes ont été reçus durant deux heures : le questionnaire était rempli de manière personnelle en salle « informatique », des échanges entre l'animateur et le groupe portant sur la démarche et les préoccupations concrètes des participants permettaient d'affiner ou de compléter le questionnaire, et une sensibilisation aux dispositifs de prévention déjà mis en œuvre dans l'établissement et le pôle était effectuée par l'animateur. Tout au long de la démarche, une communication à destination des agents était réalisée.

Une démarche autonome, mais non « balkanisée »

Si la démarche nécessite d'être au plus près du terrain, elle doit également faire l'objet d'un suivi institutionnel : décision du directoire et avis favorable du CHSCT, qui a suivi toutes les étapes du dossier et a été informé de la synthèse des résultats. Les chefs de pôle présentent au CHSCT les modalités de restitution choisies aux équipes, les résultats et leur plan d'action. Ce dernier est inséré au document unique de gestion des risques et au projet social du pôle. Une évaluation sera réalisée par le directoire, dans le cadre du contrat de pôle et de l'avancement des plans d'actions liés aux RPS et à la qualité de vie au travail.

Liberté d'action des pôles quant à la restitution aux équipes, et dans la réalisation de leur plan d'action

Chaque pôle choisit les modalités de restitution à ses équipes et de mise en place des plans d'action sous la responsabilité du chef de pôle, puisqu'il dispose d'une délégation de gestion complète dans la réalisation de son plan de formation. Voici des exemples d'actions mises en œuvre :

Urgences adultes : création de missions médicale et infirmière d'accueil et d'orientation des patients, infirmier coordonnateur chargé de gestion des flux et de l'information auprès des patients et de leur famille, modifications architecturales afin de prévenir les agressions, agents anti-malveillance à l'accueil du service...

Pôle mère-enfant : groupes de travail multidisciplinaires sur la prise en charge de la mère et de l'enfant, coaching managérial lié à la périnatalité...

Bloc central : charte de bonne conduite entre professionnels, refonte du conseil de bloc, professionnalisation de la gestion des dispositifs médicaux par la création d'un poste de préparateur hospitalier dédié au bloc, groupes de travail multidisciplinaires en cours sur des thématiques liées à l'organisation.

Stérilisation-bloc : mise en œuvre d'un process dédié au bloc dans une logique de prestataire.

Gériatrie : création d'un poste de cadre « spécialisé » dans l'organisation du dialogue social, groupes de pratiques, atelier de relaxation...

Le questionnaire a également permis de développer des actions communes portées par la direction et intégrées au projet social de l'établissement : télétravail, création d'une unité d'accompagnement au retour au travail, au développement des compétences et à la reconversion professionnelle, formations de prévention de la violence et des incivilités (sur cahier des charges spécifique à chaque pôle), actions d'amélioration du dialogue social central et au sein des pôles, création d'un réseau de préventeurs des risques professionnels, accès déma-

térialisé au planning par chaque agent, etc. Cette enquête, à laquelle 82 % des professionnels ont participé, n'aurait pu obtenir un tel taux de réponse par une approche centralisée. En outre, les thématiques enquêtées, répondant très précisément aux activités de chaque pôle, leur ont permis de mener des actions adaptées à leurs besoins. L'enquête a également accentué le sentiment d'appartenance au pôle de la part des agents, et a renforcé la complémentarité managériale entre l'encadrement médical et non médical dans la prévention des risques, les conditions de travail et l'organisation du travail.

Les limites de l'exercice « pôlaire »

Le respect de l'anonymat n'a pas permis de mettre en œuvre une approche par pôle pour les médecins et les cadres, en raison de leur effectif parfois limité. La procédure a été identique que celle décrite ci-dessus. Le taux de réponse a été de 59 % pour les cadres. La mise en œuvre des actions peut être centralisée ou « pôlaire ». Le projet social de l'établissement prévoit de porter une attention particulière à l'accompagnement et à la formation des cadres. Cela passe par l'élaboration d'une



2004-2008
Augmentation faible mais régulière de l'absentéisme

2008-2012
Accompagnement et prévention du risque individuel

2012-2013
Action sur l'organisation du travail, et le collectif

nouvelle fiche de fonction du cadre, des réflexions sur la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) des cadres, et la formation individualisée au management : parcours cadre régional (ANFH et université de Lille), création d'un DU managérial et de gestion (université de Valenciennes) ouvert aux médecins chefs de pôle et cadres, formation au dialogue social avec les organisations représentatives du personnel. ■

Professionnels de la santé et du secteur médico-social : trouvez tous vos fournisseurs

www.guideprosante.com



**GUIDE
PRO
SANTÉ.COM**

le moteur de recherche professionnel des partenaires de la santé et du secteur médico-social



en partenariat avec



la filiale de la

