



EVALUATION DES DEMARCHES DE PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS DIX ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

RAPPORT DE SYNTHESE

Jun 2018

LA SANTE DES PROFESSIONNELLS : UN CHANTIER PERMANENT



EVALUATION DES DEMARCHES DE PREVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DANS DIX ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

RAPPORT DE SYNTHESE

Juin 2018

Le présent rapport a été réalisé dans le cadre d'une convention entre le Ministère de la Santé-DGOS, le CHU de Rouen et l'Anact signé le 8 décembre 2016. Il était prévu une évaluation qualitative des démarches de prévention des risques psychosociaux (RPS) dans dix établissements publics de santé (EPS) qui avaient été soutenus dans leur action par la DGOS dans le cadre d'un appel à projets lancé fin 2012. L'évaluation a été réalisée par le réseau Anact (Anact et quatre Aract) entre octobre 2017 et mai 2018. Ce rapport est la synthèse des entretiens et de divers travaux d'analyse réalisés dans les établissements concernés complétés par des enseignements plus généraux pour une prévention durable des RPS dans le secteur hospitalier. Il a été remis à la DGOS et au CHU de Rouen en juin 2018 et il fera l'objet de présentation aux représentants des organisations syndicales du secteur dans les instances appropriées à l'automne 2018.

Résumé

L'évaluation des démarches de prévention de RPS dans dix établissements publics de santé a permis un regard rétrospectif sur une période longue d'actions de prévention dans les établissements. Elle a permis de constater une prise de conscience significative des principaux acteurs sur le sujet et que la plupart des établissements continuent à développer des actions dans ce domaine. Cependant, leur histoire -pour beaucoup avec des ruptures d'acteurs, de bouleversements des situations économiques et sociales- a pu fragiliser des plans structurés et durables. L'analyse transversale des dix expériences a cependant permis de mettre en valeur les leviers principaux d'une démarche pérenne de prévention. Elle a permis également de mettre en lumière des évolutions dans les problématiques de santé au travail et des domaines d'actions en conséquence. Elle met surtout en valeur l'importance d'intégrer le plus en amont possible ces questions de santé des professionnels – dans des formats variables de plans RPS ou QVT- dans les projets et les conduites de changement qui constituent le contexte aujourd'hui permanent des hôpitaux et qui structure largement le vécu au travail des agents. Dans cet environnement complexe et en constante mutation, les conditions de l'organisation du travail qui permettent le soutien aux collectifs de travail et à l'encadrement, piliers de la bonne santé à l'hôpital, sont vraiment les priorités d'actions pour l'hôpital aujourd'hui.

Auteurs

Ph. Douillet, O. Liaroutzos des départements ECP et EDOM de l'Anact ; F. Bourgeois et Perrine Hanicotte, de l'ARACT Hauts de France ; A. Dassens de l'ARACT Nouvelle Aquitaine ; F. Thurhnerr et F. Zante de l'ARACT Grand Est ; E. Darnaud et E. Choisy-Drauba de l'Aract Auvergne Rhône Alpes.

Sommaire

1^{ère} partie : Le cadre de l'évaluation des démarches RPS	p. 4
1. La demande de la DGOS	
2. Notre approche de l'évaluation	
3. Le processus d'évaluation : outils et méthodes	
4. Des conditions de réalisation de l'évaluation	
2^{ème} partie : Une évaluation dans un contexte de restructuration des EPS	p. 7
1. Le contexte actuel de transformation des hôpitaux	
2. Les difficultés de l'évaluation de la prévention	
3. Une nouvelle pertinence des évaluations a posteriori dans les établissements	
3^{ème} partie : Les évolutions des démarches de prévention des EPS	p. 11
1. Historique des démarches	
2. La construction des premiers diagnostics	
3. Le pilotage des démarches de prévention	
4. Les méthodes de construction des diagnostics et des plans d'actions	
5. Les axes des plans de prévention	
6. L'évaluation des résultats des plans d'actions	
7. L'appui de la DGOS	
8. État actuel des démarches	
4^{ème} partie : Des leviers identifiés pour favoriser la pérennité des démarches	
Tableau de synthèse des leviers	p. 18
5^{ème} partie : Des problématiques actuelles de prévention	p. 21
1. Des RPS à la QVT	
2. Les enjeux des conduites du changement	
3. La prise en compte des difficultés de l'encadrement	
4. Les demandes nouvelles des médecins	
5. Les enjeux de coopération des professionnels	
6. La question des collectifs de travail	
7. Les questions prégnantes de charge de travail et d'absentéisme	
8. De nouvelles questions dans les relations aux patients	
9. Le rôle des psychologues	
10. Les indicateurs de santé et les signaux faibles	
11. Les difficultés d'établissement du DU sur RPS	
12. L'intérêt pour les questions d'évaluation	
13. Des modes d'analyses des difficultés des services	
14. Les relations à l'extérieur de l'hôpital et la mise en réseau des acteurs	
6^{ème} partie : Quelques thématiques transversales et des expériences significatives de prévention	p. 26
Conclusion	p. 27
Annexes	p. 29

1^{ère} partie : Le cadre de l'évaluation des démarches RPS

1. La demande de la DGOS

La DGOS a lancé, fin 2012, un appel à projets pour soutenir des démarches de prévention des RPS. Dans ce cadre, elle a soutenu financièrement les démarches de dix établissements publics de santé sur une durée de trois ans pour des actions diverses qu'ils avaient présentées. Ces établissements étaient répartis sur tout le territoire français. La DGOS a souhaité conduire une évaluation de ces démarches et a sollicité le réseau Anact pour cela fin 2016 (l'Anact et quatre Aract pour couvrir les différentes régions d'implantation des établissements). Plus précisément, elle a souhaité que soit réalisée une évaluation qualitative des actions réalisées avec l'objectif d'en tirer des enseignements plus généraux sur les conditions d'une prévention durable des RPS dans les établissements hospitaliers.

Dans la convention, il a été prévu deux phases pour ce travail d'évaluation :

- Une 1^{ère} phase d'analyse générale des démarches dans les établissements avec des rencontres de terrain sur tous les sites concernés. Cette phase avait pour objectif de reprendre l'historique des démarches, de repérer les points forts et les faiblesses de ces démarches, les difficultés rencontrées pour en tirer des enseignements plus généraux. Elle avait aussi pour but de repérer des thématiques majeures transversales aux établissements et de mettre en valeur des expériences significatives à approfondir dans une 2^{ème} phase.
- Une 2^{ème} phase d'analyse approfondie dans quatre établissements sur ces quelques expériences significatives susceptibles d'enrichir les enseignements sur les conditions d'une prise en compte durable des questions de RPS ou de questions particulières liées à ce sujet.

Il convient de noter que des phases de restitution aux établissements ont été prévues et réalisées dans la plupart de ceux-ci ; des actions de transfert plus large des résultats de ces travaux sont aussi prévues au bénéfice de l'ensemble du secteur hospitalier et des partenaires sociaux du secteur. Enfin, un comité national paritaire animé par la DGOS a suivi l'ensemble de ces travaux.

2. Notre approche de l'évaluation

L'approche du réseau Anact sur l'évaluation est soutenue par ses travaux antérieurs sur ce thème et sur des travaux conduits avec l'INRS et l'université Laval au Québec. Ils s'appuient aussi sur la littérature scientifique en matière d'évaluation et en particulier dans le domaine de la prévention des risques professionnels (cf. bibliographie en fin du rapport). D'une façon synthétique, on peut dire que pour la prévention de risques complexes, comme le sont les RPS, avec de multiples causes et de multiples formes de conséquences, une évaluation limitée aux indicateurs d'effets en matière de santé au travail est inopérante. De plus, le temps long écoulé entre la fin de l'appui de la DGOS et le temps de l'évaluation vient grandement affaiblir les possibilités d'une comparaison limitée à des indicateurs d'effets tant les contextes des hôpitaux ont évolué constituant autant de biais pour une évaluation sur ces critères. Il convient alors de privilégier une évaluation de nature qualitative et surtout centrée sur le processus mis en place pour prévenir les RPS, les modalités de conduite de projet de prévention. Des facteurs ont été identifiés dans les expériences passées ou la littérature comme significatifs de la qualité d'une stratégie de prévention durable des RPS. Ce sont ces facteurs qui ont été principalement

analysés dans l'évaluation réalisée par le réseau Anact. Ainsi, la démarche d'évaluation à la base de ce rapport a présenté les caractéristiques suivantes :

- Une évaluation de nature essentiellement qualitative : celle-ci s'est particulièrement intéressée aux transformations effectives des conditions de travail liées aux actions engagées et au ressenti des acteurs impliqués,
- Une évaluation des effets et impacts de la démarche : il s'agissait de regarder les effets directs attendus des actions mises en œuvre mais aussi les effets indirects des actions conduites au-delà du seul champ de la prévention,
- Une évaluation centrée sur le processus mis en œuvre pour réduire les causes de RPS : ainsi, l'analyse s'est portée sur les conditions d'installation de la démarche de prévention, celles de son déploiement et de sa pérennisation en recherchant les facteurs leviers ou, au contraire, les facteurs bloquants. L'analyse s'est aussi particulièrement intéressée au cheminement de la prévention au cours du temps, aux inflexions données aux plans de prévention en recherchant les raisons des décisions prises et les modalités de concertation des acteurs impliqués,
- Une évaluation réalisée de manière participative : il s'agissait, autant qu'il était possible sur ce temps de l'étude, d'impliquer les acteurs concernés dans un processus de retour d'expériences en favorisant une meilleure compréhension de ce qui avait été conduit, des orientations prises au fil du temps, des points forts et des difficultés rencontrées. L'objectif de l'intervention du réseau Anact n'était donc pas de porter un jugement sur les démarches mais plutôt d'apporter une aide aux acteurs locaux pour dégager des repères pour soutenir la dynamique dans leur établissement et, au-delà de chaque expérience locale, tirer des enseignements pour la prévention dans l'ensemble du secteur hospitalier.

3. Le processus d'évaluation : outils et méthodes

La démarche d'évaluation s'est appuyée sur divers outils et méthodes :

- Le recueil et l'analyse de documents issus de la démarche de prévention de RPS engagée dans chaque établissement (diagnostic, plan d'actions, CR CHSCT ou GT RPS, Comité de pilotage ou suivi, évaluations réalisées, etc..),
- Une grille de recueil d'informations et de retour d'expérience adressée aux acteurs pilotes de la démarche (ex. Comité de pilotage, CHSCT...) pour favoriser une activité réflexive de ceux-ci en amont de notre intervention, (cf. Annexe 2)
- Des entretiens individuels et collectifs avec les principaux acteurs de la démarche avec le souci d'entendre des points de vue d'acteurs dans des positionnements divers dans la démarche : en priorité des acteurs décideurs ou porteurs d'actions (direction, DRH, préventeurs, représentants du personnel, encadrement, corps médical, acteurs du comité de pilotage, etc...) et, si possible, des acteurs bénéficiaires des actions de prévention. Une trame commune de questionnement et d'analyse a été établie pour ces entretiens (cf. Annexe 3).
- Une 1^{ère} phase de rencontres a été organisée dans chaque établissement visant à l'analyse générale de la politique de prévention et à l'évolution de la démarche (2 jours dans chaque établissement hospitalier),
- Une 2^{ème} phase de rencontres a été organisée dans quatre établissements en se concentrant sur certains sujets ou certaines réalisations spécifiques repérés dans la 1^{ère} phase et considérés comme significatifs et à portée générale pouvant

intéresser tout le secteur hospitalier (1 jour dans chacun des quatre établissements).

- Des restitutions de nos travaux ont été prévues à destination de la plupart des établissements (1/2 journée complémentaire).
- A l'issue d'une synthèse générale, il est prévu des actions de transfert à plus grande échelle et à destination des acteurs de l'ensemble du secteur hospitalier ; ces actions seront définies en concertation avec la DGOS.
- Une restitution particulière est prévue aux organisations syndicales dans les instances appropriées qui ont soutenu le projet et le processus d'intervention du réseau Anact. Elle est à préciser avec la DGOS.

4. Des conditions de réalisation de l'évaluation

Les évaluations ont pu être globalement conduites dans les conditions prévues et présentées ci-dessus. On peut noter cependant quelques points particuliers dans la réalisation concrète de nos interventions :

- La 1^{ère} phase a été réalisée entre octobre 2017 et janvier 2018 ; à chaque fois, une quinzaine de personnes ont été entendues sur deux journées de rencontre locales, souvent complétées par des entretiens téléphoniques,
- Il convient de noter ici la difficulté rencontrée partout pour retrouver les acteurs porteurs de la démarche à son début et particulièrement présents au moment de l'appel à projets DGOS,
- Il a été difficile d'obtenir un temps commun des acteurs impliqués pour un retour sur leur expérience avec la grille proposée avant notre intervention ; on peut évoquer le manque de disponibilité générale des acteurs des établissements du fait de leur charge de travail, le manque d'habitude de prise de temps pour l'évaluation des actions et, parfois, des tensions nouvelles entre direction et représentants du personnel sur le sujet des RPS,
- Cependant, les entretiens organisés ont été globalement très riches, porteurs de beaucoup d'informations et favorisant des échanges entre les différents acteurs. Ainsi, les temps de restitution organisés dans les établissements qui ont pu être organisés en fin de la 1^{ère} phase ont été très appréciés par les acteurs de ces établissements et ont souvent permis des débats de grande qualité sur la dynamique de leur démarche de prévention,
- Tous les acteurs ont émis le besoin de partager leur expérience avec d'autres ; le sentiment d'être « enfermés » dans son expérience a été évoqué. Il s'est exprimé une grande attente de rencontres entre tous les établissements et aussi avec d'autres hôpitaux extérieurs qui auraient des expériences significatives à partager. La question des réseaux d'acteurs a été ainsi fortement posée.

2^{ème} partie : Une évaluation dans un contexte de restructuration des établissements publics de santé

1. Le contexte actuel de transformation des hôpitaux

Il est impossible de traiter de la question des RPS – et même seulement d’en parler avec les acteurs des établissements- sans évoquer le contexte actuel de tous les hôpitaux marqués par des restructurations profondes passées, en cours ou futures. Celles-ci occupent largement l’énergie et le temps des acteurs rencontrés et s’introduisent nécessairement dans l’appréciation des actions conduites en matière de conditions de travail ; elles sont, en effet, unanimement jugées comme ayant des répercussions majeures sur le travail des agents indépendamment de toutes les actions conduites en parallèle pour améliorer les situations de travail. On peut ici préciser les différentes transformations visées et évoquer leurs impacts sur les contextes de travail, les relations sociales et la prévention :

- Neuf sur dix établissements rencontrés ont connu ou connaissent des plans de retour à l’équilibre avec toutes les conséquences connues en termes de restrictions budgétaires et réorganisations des services et de vécu d’expériences où les dimensions financières et comptables ont pris une importance considérable. Il convient de noter cependant la situation de quatre établissements qui sont aujourd’hui en situation saine sur le plan financier et dont trois sont engagés ou s’engagent dans des investissements très importants (construction de nouveaux bâtiments) qui contribuent, pour partie, à recréer une dynamique positive. Pour autant, dans ces situations plus favorables économiquement, la pression budgétaire reste très forte et imprègne toutes les discussions.
- Au-delà de la situation économique des établissements, tous sans exception sont engagés dans des plans de transformation très importants qui résultent directement d’impulsions nationales (ex. développement de l’ambulatoire, installation des GHT) ou de réorganisations plus locales (réorganisations de certains services, regroupement de pôles, construction de nouveaux bâtiments, nouveaux équipements médicaux, etc...). A noter spécialement la mise en place des GHT dont le processus paraît très chronophage ; elle accapare beaucoup d’acteurs qui ont, de ce fait, moins de temps à consacrer aux projets internes à l’établissement. Les GHT entraînent par ailleurs des modifications de travail importantes pour de nombreux professionnels avec de nouvelles tensions potentielles importantes.
- Toutes ces transformations sont présentes dans le vécu des agents, acteurs de prévention, décideurs... et aussi au travers des relations sociales et du dialogue social. La qualité de celui-ci, on le verra, est une variable très importante de l’efficacité des démarches de prévention et de leur pérennité ; les situations rencontrées dans les dix établissements sont à cet égard variées liées à de multiples facteurs : l’histoire des relations sociales dans la structure, les contextes de direction, les conflits antérieurs, etc... Cependant, il nous est apparu que le contexte actuel de forte restructuration contribuait à rigidifier le dialogue social et à dégrader les possibilités de coopération entre la direction et les organisations syndicales et/ou les instances représentatives du personnel. Dans trois établissements au-moins, même si les représentants du personnel restent présents dans les instances, on note des oppositions grandissantes des organisations syndicales rendant plus difficiles les processus de concertation ou de négociation sur les conditions de travail (RPS en particulier). Ces évolutions de position sont largement soutenues par une mise en

cause des restructurations qui sont analysées comme la cause essentielle du mal-être actuel des agents et sur laquelle ils entendent principalement mettre l'accent dans leurs revendications.

- Deux autres aspects d'évolution des contextes des établissements doivent être mentionnés ici :
 - L'évolution des acteurs de la prévention : si globalement, les établissements ont progressivement constitué des cellules de prévention ou QVT dans des formes différentes, il n'en reste pas moins que certains hôpitaux sont dépourvus de médecin du travail (ou n'ont eu que des vacances temporaires, très limitées en temps) et cela parfois depuis de nombreuses années affaiblissant grandement les démarches de prévention. A l'inverse, une nouvelle figure d'acteur de prévention se fait jour et semble prendre une place grandissante dans la prévention des RPS : les psychologues. Souvent intégrés dans la cellule de santé au travail/prévention/médecine et ou DRH, ceux-ci sont de plus en plus présents dans la gestion de la prévention dans les services avec une approche, bien entendu, de prévention tertiaire auprès des agents en difficultés mais aussi, de plus en plus collective et en prévention secondaire et primaire avec des interventions auprès du management, dans les services lors de difficultés particulières ou en amont de transformations.
 - Le turn-over des agents et de l'encadrement : celui-ci est important dans tous les hôpitaux – même si cela est dans des proportions différentes- et en particulier pour la population des cadres, médecins et cadres dirigeants. Il constitue alors une source de biais pour l'évaluation des démarches de prévention des RPS.

2. Les difficultés de l'évaluation de la prévention

Dans ces contextes de transformation des hôpitaux, l'évaluation des démarches RPS est difficile car elle exige un retour sur le passé, un regard chronologique des acteurs sur les événements et les actions menés depuis plusieurs années. Or, cela exige une certaine stabilité et une capacité à se remémorer les actions passées. Plusieurs difficultés sont apparues en ce qui concerne la capacité des acteurs à mobiliser ce regard rétrospectif :

- Les changements nombreux dans les structures : les transformations globales ont été largement évoquées plus haut. Mais celles-ci se traduisent souvent aussi par des réorganisations précises, locales de services. Aussi, par exemple, les périmètres d'activités concernés par telle ou telle action en 2013 n'étaient plus du tout les mêmes lors de l'évaluation (ex. disparition ou regroupement de services, réorganisation du pôle) rendant impossible l'appréciation. Dans presque tous les établissements, l'évaluation a été confrontée à cette difficulté pour des appréciations d'actions locales.
- Le turn-over des acteurs : le turn-over évoqué plus haut est aussi une difficulté importante pour mener l'évaluation particulièrement celle des cadres et des acteurs dirigeants. Des actions de formation ont souvent été menées en direction des cadres et il a été parfois difficile de les évaluer faute de personnes concernées encore présentes dans l'établissement. Intervenant plusieurs années après l'appui de la DGOS, nous avons constaté que la plupart des directeurs, DRH, avaient eux aussi changé ; cela a rendu plus difficile l'évaluation car ils avaient été le plus souvent les acteurs majeurs dans l'élaboration et le dépôt des dossiers de l'appel à projets DGOS et également des acteurs stratégiques dans les démarches de prévention.

- La difficulté de la mémoire des acteurs : c'est une difficulté fréquente dans les actions d'évaluation en matière d'actions des conditions de travail que nous pouvons relier à plusieurs causes. En premier lieu, lorsqu'une action d'amélioration des conditions de travail est menée, celle-ci est très souvent très rapidement intégrée au fonctionnement de l'organisation ; elle en devient un élément intrinsèque et les acteurs oublient – surtout si on les interroge longtemps après- les origines de la transformation. Difficile par conséquent pour eux de l'évoquer et à fortiori de l'évaluer. En second lieu, les actions d'amélioration des conditions de travail ne sont pas isolées ; elle se font presque toujours en parallèle d'autres transformations. Du coup, la relation spécifique entre l'action en matière de conditions de travail et les effets ressentis sur le travail sont équivoques. Dans les établissements visités, il a été ainsi souvent difficile de maintenir la discussion sur telle ou telle action précise « RPS », les interlocuteurs parlant des transformations plus larges de leur environnement. En dernier lieu, cette question de la mémoire est en lien avec les difficultés de transmission souvent rencontrées lors des changements d'acteurs, le départ de personnes essentielles dans le dispositif de prévention n'étant pas toujours anticipé et accompagné de « passage de relais » suffisants. Ceci est particulièrement vrai lorsque le nombre d'acteurs impliqué est faible et avec peu de relais politiques dans l'organisation au niveau de la direction.
- Les évolutions des politiques de prévention des RPS : dans beaucoup d'hôpitaux, au fil du temps, la politique de prévention des RPS s'est étendue et diluée dans de nombreuses actions intitulées « RPS », mais aussi « QVT », « prévention des risques professionnels » et au travers de plans d'actions sur le management, les conduites de changement, la formation, etc... Si cela sera un indicateur intéressant d'évolution, cela contribue tout de même à la difficulté d'évaluer les actions de départ menées au titre de la prévention des « RPS » il y a plusieurs années. Mais cela a obligé à l'inverse à élargir le champ de l'analyse et à ne pas isoler le sujet « RPS » des politiques plus globales de prévention et RH.
- Une appréciation nécessairement globale des transformations : en particulier avec les représentants du personnel et syndicaux, il a été souvent difficile de rester à l'appréciation de mesures particulières de prévention RPS, leur appréciation de l'évolution des situations de travail étant fortement marquée par une appréciation qui se voulait globale des transformations de l'hôpital, à l'intérieur desquelles sont trouvées les causes majeures de la souffrance du personnel. Cette attitude contribue à enrichir l'analyse en prévention primaire et à l'actualiser mais au détriment d'une analyse plus fine de l'effet de telle ou telle action précise.

3. Une nouvelle pertinence des évaluations a posteriori dans les établissements hospitaliers

Malgré ces difficultés, inhérentes à toute action d'évaluation a posteriori – et surtout longtemps après la fin des actions soutenues - la démarche d'évaluation conduite par le réseau Anact semble pertinente et pouvoir apporter des informations utiles pour la prévention des RPS en milieu hospitalier pour les raisons suivantes :

- Une vision construite sur l'échange de points de vue variés : l'analyse proposée ici repose toujours sur l'interrogation d'acteurs nombreux et variés issus de fonctions diverses : RH, prévention, encadrement, soignants et non soignants, organisateurs, etc... Et dans des positionnements différents dans les démarches de prévention : décideurs, acteurs impliqués dans les actions ou bénéficiaires de ces actions ; de même, certains au fait de l'histoire de la démarche, d'autres plus

récemment concernés. Ce croisement de points de vue permet alors de construire une appréciation plus juste des situations de prévention car plus controversée et plus distante de celle des seuls acteurs impliqués dans la définition des actions qui ont tendance, en général, à défendre leurs actions.

- Une vision construite avec un regard sur une longue période : le travail d'analyse présenté ici a obligé en réalité à revenir – certes parfois avec difficultés- sur une dizaine d'années de politique de prévention des hôpitaux. C'est assez rare qu'un regard rétrospectif aussi long puisse être exercé. Cet exercice de mise en visibilité de la chronologie des actions a été très instructif, y compris lorsqu'il a pu être présenté en synthèse aux acteurs des établissements. Il a permis alors de dépasser le sujet imposé de départ – l'évaluation des actions de prévention RPS soutenues par l'appel à projet DGOS- pour traiter plus largement de l'évolution des modes de prise en compte des questions de conditions de travail dans les structures hospitalières.
- Des nouvelles questions de santé au travail : effectuée fin 2017-début 2018, l'analyse a permis aussi d'actualiser les connaissances sur les sujets travaillés dans les hôpitaux en matière de conditions de travail et de soulever des questions peu débattues en 2013 comme celles, par exemple, des conditions de travail de l'encadrement ou des médecins.

En conclusion, malgré les difficultés d'une évaluation tardive des actions de prévention liées à l'appel à projets, l'analyse faite dans les dix établissements hospitaliers apporte des éléments de réflexion sur les conditions d'une prévention durable des RPS en élargissant le sujet à l'évolution des stratégies d'actions des hôpitaux en matière de conditions de travail et aux leviers favorables à une politique pérenne dans ce domaine.

3^{ème} partie : Les évolutions des démarches de prévention des établissements publics de santé

1. Historique des démarches

- Une antériorité de prise en compte du sujet « RPS » :

Dans tous les établissements, des démarches de prévention des RPS avaient déjà été engagées avant l'appel à projets DGOS. Il faut se souvenir qu'en 2012, le sujet des RPS était déjà fortement débattu sur la place publique et dans l'espace des entreprises et que les acteurs de prévention présents et les CHSCT commençaient à pousser à l'action dans ce domaine. Par ailleurs, le secteur hospitalier a été souvent en avance au sein de la Fonction Publique pour prendre en compte les questions de santé au travail.

Le démarrage explicite d'actions dans ce domaine quelques années avant l'appel à projets a résulté cependant de contextes différents : des contextes de difficultés et de tensions liés à des grèves dans deux établissements, à un suicide dans deux autres établissements ou à une montée de l'absentéisme dans encore deux autres établissements. La plupart des établissements avaient déjà une politique active de prévention des risques professionnels et le sujet « RPS » est devenu alors un nouveau thème explicite d'action. Dans ces cas, cela s'est traduit par la mise en place d'un groupe de travail « RPS » au sein du projet global de prévention des risques professionnels. Dans deux cas au-moins, l'action a été poussée également par des demandes fortes des CHSCT, via des expertises CHSCT.

- Des approches éparées du sujet :

Si tous les établissements disposent donc de « matière » sur le sujet au moment de l'appel à projets, celle-ci est reconnue « éparse », insuffisante et parfois mal exploitable. C'est ce qui est évoqué à propos de premiers travaux cherchant à rassembler des données : difficultés d'exploiter un questionnaire qui mobilise beaucoup sans apport significatif pour l'action ou des expertises CHSCT dont on n'arrive pas à tirer des plans d'actions.

- Une structuration progressive du sujet :

Au moment de l'appel à projets - et en partie grâce à lui - on note à cette période un début de structuration de la prévention des RPS avec une démarche plus construite et notamment des actions de formation nombreuses et conséquentes de tous les acteurs impliqués (préventeurs, CHSCT, encadrement, etc.). On peut considérer, qu'à partir de ce moment, un seuil de connaissances a été acquis et que de nouvelles représentations des liens entre le travail et la santé mentale commencent à se diffuser.

En ce sens, l'appel à projets DGOS -qui a donc concerné des établissements déjà impliqués dans des démarches RPS- a contribué à structurer les démarches et à leur donner une place explicite dans les politiques de prévention des risques professionnels des établissements.

2. La construction des premiers diagnostics

- Des outils et méthodes standard de diagnostic :

Les démarches de prévention des RPS – sans doute influencées par les modèles d'analyse diffusées dans les formations - ont la plupart du temps démarré par des phases de diagnostic qui ont repris les standards en la matière. On retrouve l'utilisation des outils et méthodes suivants : majoritairement des questionnaires du vécu au travail, mais aussi des audits et expertises extérieurs. Les établissements s'appuient aussi beaucoup sur leurs données internes et les travaux menés antérieurement sur les risques professionnels dans les divers services de l'établissement et divers groupes de travail. Cette place globalement importante donnée aux questionnaires et données quantitatives de vécu au travail interroge sur la place laissée aux

analyses de terrain des situations concrètes de travail. Celles-ci ne sont souvent venues qu'ultérieurement, au fur et à mesure de l'avancement de la démarche, compléter localement (dans une unité, un service) les analyses plutôt globales et de nature quantitative du début du processus.

- Autonomie ou recours à appuis extérieurs :

Sans tendance majoritaire nette, plusieurs établissements se sont faits aidés par des prestataires extérieurs pour la conduite de leur démarche et l'analyse des situations de travail (consultants, Aract ...). A l'inverse, d'autres ont revendiqué leur capacité à avoir conduit les actions de façon autonome ; ils ont pu cependant avoir des appuis extérieurs ponctuels notamment en termes de formation.

- Des sujets majeurs de conditions de travail :

Les diagnostics de l'époque (selon les établissements, entre 2008 et 2012) ont tous fait apparaître des sujets connus d'organisation du travail dans le monde hospitalier en les mettant en lien avec les problématiques RPS : questions de l'augmentation de la charge de travail (physique, cognitive, psychique), du cloisonnement des services et des tensions dans les coopérations entre professionnels, de défauts de management et d'encadrement des services, d'éloignement du corps médical, de questions liées à la montée de situations de violence (externe et interne). Les questions RPS liées à la conduite du changement sont peu apparues à l'époque à l'exception de deux établissements engagés, dès cette période, dans de profondes réorganisations spatiales et d'organisation.

3. Le pilotage des démarches de prévention

- Un pilotage paritaire et pluridisciplinaire :

Dans tous les établissements, il s'est mis en place une forme de comité de pilotage paritaire et pluridisciplinaire pour conduire la démarche : « Copil » ou « Groupe de travail RPS ». On retrouve toujours une représentation du CHSCT (secrétaire ou un ou plusieurs membres) et une association d'acteurs divers : préventeurs (médecin, ergonomes, psychologues, etc.), membres de la DRH (DRH ou adjoints au DRH). Cette structure a pour mission de piloter la démarche, d'en définir les orientations principales, d'échanger des informations ; elle peut être complétée par des groupes de travail plus spécifiques sur tel ou tel sujet avec l'apport de compétences autres venues des services.

- L'implication variable des acteurs de direction, encadrement, médecins :

L'implication de ces acteurs est variable selon les établissements et dans le temps ; on retrouve ici des éléments forts d'explication des difficultés de certaines démarches ou au contraire de leur capacité à mobiliser largement tous les acteurs.

Quand une démarche est lancée, la direction est toujours impliquée même si elle délègue souvent le pilotage de celle-ci à la fonction DRH ; ceci-dit, cette implication peut être variable dans le temps et le turn-over des directions (directeurs/directrices ou DRH) joue un rôle de variable significative dans la continuité des démarches. Le départ d'une direction bien mobilisée sur le sujet ou d'un chef ou d'une cheffe de projet peut affaiblir considérablement la démarche.

L'encadrement est globalement présent dans la structure de pilotage mais dans des proportions et formes très variées : nombre d'encadrants, niveau des encadrants, niveau de leur implication dans le projet de prévention. Ce point sera aussi un élément d'appréciation important de la pérennité des démarches ; on note une forte implication de l'encadrement avec des effets positifs de mobilisation dans plusieurs établissements.

En ce qui concerne le corps médical, celui-ci reste en général assez en retrait de la démarche, ce qui contribue à l'affaiblir. A l'inverse, on note l'implication d'acteurs de la CME dans plusieurs démarches avec un effet positif de diffusion.

- Une coopération active avec les CHSCT :

Globalement, la coopération est forte avec le CHSCT, déjà impliqué dans le Copil RPS ou les GT associés. A l'exception d'un établissement dans une situation ancienne de forte tension des relations sociales, les CHSCT ont été impliqués dans les démarches au travers de leur participation au Copil et dans les GT spécifiques qui se sont mis en place. La participation aux divers travaux a été forte dans bien des cas, ce qui n'a pas empêché les représentants du personnel – ou encore plus les représentants syndicaux- de porter leurs critiques sur des projets de réorganisation et sur les évolutions globales des hôpitaux. Comme on l'a déjà signalé, on a pu constater une forme d'essoufflement récent de démarches et une prise de distance progressive des représentants du personnel et syndicaux : manque de visibilité sur les effets des actions engagées, signes d'une dégradation globale de la santé du personnel, multiples réorganisations sous contrainte financière forte. Si les représentants du personnel restent généralement actifs dans les groupes de travail spécifiques porteurs d'actions proches du terrain, ils prennent progressivement leur distance avec le portage politique de la démarche pour marquer leur désaccord avec les orientations globales de gestion du secteur hospitalier. Ils marquent en particulier une distance avec l'idée de l'encadrement de la démarche dans un « accord » RPS ou QVT qui pourrait contribuer, indirectement, à entériner les évolutions globales des établissements.

4. Les méthodes de construction des diagnostics et des plans d'actions

- Un important effort de formation :

Dans tous les établissements, un très gros effort de formation a été engagé dès le début de la démarche, dans le temps de l'appel à projet DGOS et il s'est poursuivi plusieurs années après. Ces actions de formation ont concerné d'abord les acteurs premiers engagés dans les démarches : chefs de projets, préventeurs, membres de CHSCT ; puis progressivement l'encadrement. De nombreux établissements ont conçu des actions de formation spécifiques à l'égard de cette population d'agents et les actions se poursuivent encore dans certains établissements au fur et à mesure du renouvellement de ces personnes. Des actions davantage de sensibilisation ont été aussi souvent développées en direction de tous les agents.

- Le développement de méthodes participatives :

Globalement, lorsque les établissements ont repéré des situations difficiles dans les services (parfois à l'issue des premiers diagnostics quantitatifs ou à la suite à l'analyse d'indicateurs ou d'événements significatifs) et qu'il a été décidé d'approfondir les diagnostics, l'analyse approfondie des situations et la recherche de pistes d'actions s'est faite avec la participation active de groupes d'agents. Les établissements ont eu alors recours à des méthodes participatives qui ont mobilisé beaucoup d'agents. Sur les projets de réorganisation des établissements, ces méthodes participatives ont été aussi beaucoup déployées.

5. Les axes des plans de prévention

- La formation :

La formation, très développée dans tous les établissements, est un outil pour aider à construire la démarche de prévention ; elle a donc été mobilisée au début du processus en direction principale des acteurs porteurs de la démarche. Mais elle est aussi un axe du plan d'action dans la mesure où il est considéré que l'évolution des connaissances et des représentations des agents, et tout particulièrement de l'encadrement, est de nature à favoriser une prise en compte précoce des questions de santé mentale au travail. Aussi, la population de cadres (chefs de service, cadres de divers niveaux) est fortement concernée par des plans de formation sur le

thème des « RPS » mais qui, progressivement, s'étend à d'autres sujets : pratiques de management, conduite de projet, etc...

D'autres actions de formation se sont fortement développées en particulier sur les questions de violence, beaucoup externe, moins souvent en interne.

Au-delà de l'appel à projets, tous les établissements ont donc continué et renouvelé leurs actions de formation, en tenant compte des nouveaux embauchés ainsi que de nouveaux besoins thématiques pour l'encadrement en particulier

- Des actions touchant l'organisation du travail :

Dans les services où ont été menées des actions beaucoup plus ciblées, souvent avec des démarches participatives, des actions touchant l'organisation du travail ont été développées : nouveau mode de gestion de l'absentéisme et du remplacement, réaménagement du temps de travail, des modes de coopération entre services et professionnels, réaménagement des espaces de travail, etc... Des actions d'analyse plus poussée ont été particulièrement repérées dans des services de cardiologie, hématologie, néphrologie, services d'urgence, bio nettoyage, etc...

- Le développement des coopérations professionnelles :

C'est un axe des plans d'actions souvent retrouvé et qui continue à se développer : cela concerne des actions visant à créer des lieux, temps d'échanges qui permettent de faciliter la convergence des activités de professionnels différents dans un service (cf. activités des médicales et paramédicales) ou aussi entre même professionnels dans une unité (cf. nombreux ateliers d'échanges de pratiques). Cette action est souvent bien appréciée et jugée importante dans la régulation des tensions au travail et pour l'optimisation du fonctionnement des services.

- Le recrutement d'acteurs de prévention :

L'appel à projets DGOS a été, dans plusieurs cas, l'opportunité de recruter des professionnels de la prévention et de la santé psychique : ergonomes, psychologues tout particulièrement. Il apparaît que ces professionnels ont apporté une contribution importante à la démarche de prévention et leurs emplois ont été globalement confirmés dans le temps, après l'appel à projets. On retrouve ces professionnels – spécialement les psychologues- dans les organisations actuelles des établissements dans une posture intéressante : à la fois à la disposition des agents en écoute individuelle et aussi en action auprès des managers et des services pour aider à régler des tensions en cas de crise mais, de plus en plus, en appui aux fonctions d'encadrement en amont d'éventuelles difficultés. Ils peuvent être aussi mobilisés dans l'animation d'espaces d'échanges de professionnels (cf. paragraphe précédent).

- Des dispositifs d'écoute :

Beaucoup d'établissements ont mis en place des dispositifs d'écoute des agents en cas de difficultés : le plus souvent, cette fonction est internalisée et assurée par des permanences des psychologues. Ces dispositifs sont importants compte tenu des tensions nombreuses qui peuvent exister dans les services et également compte tenu de l'augmentation des personnes en arrêt long ou en inaptitude et pour lesquelles la question des conditions du retour à l'emploi (le même ou d'autres aménagés) se pose avec acuité.

- L'appui à la conduite de changement :

Des actions significatives et lourdes ont été conduites dans les deux établissements qui ont connu de grosses restructurations au moment de l'appel à projets DGOS mais on retrouve aussi, dans certains établissements, des actions pour mieux prendre en compte et en amont les questions de conditions de travail lors de transformations d'organisations ou de construction de nouveaux bâtiments.

En conclusion, on a pu constater une action continue de tous les établissements sur le sujet de la prévention des RPS, et au-delà de l'appel à projets DGOS. Cependant, celle-ci a pris une ampleur variable selon les cas mobilisant plus ou moins d'acteurs et plus ou moins de niveaux d'actions et avec une structuration très variable. Limitée à des actions de prévention tertiaire

(dispositif d'écoute) ou secondaire (de la formation « RPS »), la mobilisation peine à s'installer en prévention primaire. Au mieux, elle se développe dans un service à un moment donné dans une action précise et limitée dans le temps mais la diffusion large de l'action reste problématique. On constate cependant des efforts actuels pour travailler davantage les questions de management et de conduite de projet liées à de nouvelles organisations dans la majorité des établissements.

6. L'évaluation des résultats des plans d'actions

- Des indicateurs d'effets insuffisants :

On a évoqué, au début de ce rapport, les difficultés d'évaluation des effets des actions entreprises dans les établissements liées à la multiplicité des causes potentielles de mal-être, des formes d'effets et surtout à l'instabilité des contextes qui ne permettent pas des comparaisons des situations, a fortiori sur un temps long. Nous avons, en particulier, regardé des indicateurs d'effets comme le taux d'absentéisme et de turn-over. Il n'a pas été possible de conclure à des liens entre les actions engagées en matière de prévention et l'évolution de ces taux : la comparaison est très difficile entre établissements qui n'ont pas toujours les mêmes bases de calcul ; elle est peu concluante également au sein d'un même établissement dans le temps lorsque cela a pu être fait compte tenu du biais des multiples effets des transformations des organisations sur la santé. On ne peut donc pas conclure à un lien direct entre forte mobilisation sur la prévention des RPS et réduction de l'absentéisme et du turn-over notamment. Ceci est un élément à prendre en compte dans la conduite de la prévention car cela peut contribuer à favoriser une forme d'essoufflement des acteurs. Ce constat a été souvent fait sur les sujets complexes de prévention où de nombreux facteurs interagissent.

- Vers une combinaison d'indicateurs liés au processus

Notre analyse s'est portée en conséquence davantage sur le processus mis en place et développé pour traiter de la question des RPS avant, pendant et au-delà de la période d'accompagnement de la DGOS jusqu'à ce jour. Nous nous sommes intéressés aux conditions de mise en place de cette démarche, de pilotage, de diffusion, d'implication des acteurs dans le temps, de choix des actions et, particulièrement, de celles actuelles permettant d'éclairer la question de la pérennité de la prévention. Les indicateurs utilisés (voir grilles en Annexes 2 et 3) ont donc été davantage centrés sur ces critères de mobilisation des acteurs et de leur appropriation de préoccupations en matière de santé mentale au travail capables d'influencer leurs actes de gestion et de management ou de conduite de projets.

- La question du périmètre d'analyse pour l'évaluation

Notre analyse a été principalement globale axée sur l'histoire du processus de prévention, ses étapes et elle s'appuie sur des critères qualitatifs. Pour certaines actions précises (ex. une action de formation de cadres sur RPS), elle a pu être plus précise et s'appuyer sur des critères quantitatifs (ex. nombre de personnes formées, évolution de ce nombre) et qualitatifs (appréciation de la formation par des personnes formées, effets sur leurs pratiques professionnelles). Notre évaluation des démarches de prévention résulte donc plutôt d'une appréciation d'un ensemble de critères à la fois sur la démarche dans sa globalité et son développement chronologique et à la fois sur certaines actions spécifiques significatives, variables selon les établissements. La 6^{ème} partie viendra compléter nos observations sur quelques thématiques spécifiques.

7. L'appui de la DGOS

Après l'analyse des démarches, on peut considérer que l'aide de la DGOS a été un appui à un moment donné pour les établissements mais avec les caractéristiques suivantes :

- Comme on l'a indiqué, tous les établissements avaient déjà entamé des actions sur le sujet et on peut faire l'hypothèse qu'ils auraient continué à déployer des actions compte tenu de la mobilisation générale sur le sujet à cette époque ; l'appel est donc arrivé au service de structures qui avaient pris conscience de l'importance du sujet et qui lançaient des plans d'actions,
- L'appel à projets est venu alors davantage comme un appui aux acteurs en démarrage du projet venant conforter, crédibiliser, renforcer la légitimité de leur action dans un environnement encore largement à convaincre,
- Dans ce cadre, il semble avoir eu un effet « d'entraînement collectif » des acteurs avec quelques fois aussi une forte composante d'aubaine financière en permettant de budgétiser des emplois (notamment des recrutements de professionnels ou d'agents dans des plans de lutte contre l'absentéisme) ou des actions de formation qui ne l'auraient peut-être pas été, au-moins à ce moment-là. Pour autant, on a pu vérifier que les emplois créés à cette occasion ont majoritairement été confirmés,
- La vie des démarches ensuite, plusieurs années après l'aide de la DGOS, est largement liée à d'autres critères que celui de l'aide apportée à un moment donné,
- Il a été aussi évoqué les délais très courts de dépôt des dossiers qui n'ont pas toujours permis une bonne préparation et ont pu générer des tensions au sein des établissements entre les acteurs concernés.
- Il convient aussi de noter que les établissements ont pu assez souvent, en cours d'appui de la DGOS ou à la suite de la période de ce soutien financier spécifique, avoir l'appui d'autres acteurs, particulièrement des ARS via les CLACT.

8. État actuel des démarches

Au-delà de la phase d'appel à projets, si tous les établissements continuent à travailler la question des RPS, ils le font selon des démarches et à des niveaux de mobilisation très différents. On peut toutefois résumer la situation actuelle des établissements en ce qui concerne la pérennité d'une démarche structurée de prévention des RPS :

- Trois établissements continuent à présenter, début 2018, une politique structurée de prévention des RPS, avec un plan d'actions soutenu au plus haut niveau, des groupes de travail en action, des acteurs nombreux formés et mobilisés sur des actions concrètes,
- Plusieurs établissements continuent à mener des actions « RPS » mais celles-ci paraissent isolés, sans un plan global structuré,
- Deux établissements ont connu ou connaissent une phase d'arrêt de leur démarche, essentiellement liée à des départs d'acteurs porteurs de l'action ou de changement d'acteurs décideurs (direction ou DRH) qui ne portent pas la même logique d'action,
- Lorsqu'il existe des démarches encore fortement structurées, si la question des RPS est bien traitée, le thème « RPS » n'est plus parfois explicitement mis en avant : il peut être repris et englobé au sein d'une approche « QVT » ou « Prévention des risques professionnels ». Mais parfois aussi, après des hésitations et discussion internes animées, le terme « RPS » reste finalement comme appellation du groupe de travail. Le débat sur le concept renvoie donc à des positionnements et approches diverses des acteurs.
- Partout, on ressent un certain essoufflement des démarches liées à la difficulté à voir des résultats tangibles en matière d'amélioration des conditions de travail et à la multiplicité des réorganisations menées en parallèle qui perturbent l'évaluation

possible et qui, surtout, sont perçues comme des causes de dégradation des conditions de travail en contradiction avec les efforts locaux de prévention.

De nombreux facteurs expliquent l'évolution – dans un sens comme dans l'autre – des démarches de prévention ; nous mettrons en évidence l'ensemble de ces facteurs dans la suite de ce rapport (voir 4^{ème} partie). Pour autant, nous pouvons insister à ce stade sur deux facteurs majeurs de pérennité ou d'arrêt des démarches :

- la permanence ou non d'acteurs porteurs du plan d'actions RPS (pilote de projet RPS) et de décideurs (direction, DRH) portant cette stratégie de prévention,
- la qualité du dialogue social qui va permettre une mobilisation des tous les acteurs, des débats de qualité à un niveau stratégique. Ce dialogue social, même apaisé, n'empêche pas des points forts de désaccord sur certaines orientations du plan d'actions ou sur l'appréciation de l'environnement général du contexte des hôpitaux mais le dialogue est nourri par des actions de terrain, des travaux concrets sur des sujets permanents liés au travail dans les activités hospitalières. Cette continuité du dialogue soutient la direction dans sa politique de prévention.

En ce qui concerne les actions majeures menées à ce jour dans les établissements où des plans d'actions sont encore explicites, celles-ci peuvent être identifiées et classées en grandes catégories :

- Des actions de formation : elles restent un point fort de tous les plans d'actions. Elles concernent aujourd'hui principalement l'encadrement avec des objectifs de connaissances sur les RPS mais aussi de plus en plus de formation au management pour prendre en compte cette dimension de santé au travail dans leurs pratiques,
- Des actions de coopération et échanges de pratiques : ces actions se développent dans les services ou entre services sous des formes variées : espaces d'échanges, ateliers professionnels... Ils visent à soutenir les collectifs, à favoriser des coopérations, à réduire la pression psychique et à développer les savoir-faire professionnels,
- Des actions visant à la gestion de projet de changement : des démarches participatives sont expérimentées à l'occasion de projets de nouvelles organisations, d'installation de nouveaux services,
- Des actions de prévention tertiaire avec des dispositifs d'écoute pour les agents en difficulté.

4^{ème} partie : Des leviers identifiés pour favoriser la pérennité des démarches

En réalisant une analyse comparative et transversale des dix démarches observées, on a pu mettre en évidence des leviers favorables au développement et surtout à la pérennité de la prévention des RPS avec une potentialité significative de diffusion de l'approche préventive. Tous sont importants en ce sens que leur présence favorise une politique de prévention stable et pérenne ; cela a pu être constaté dans nos analyses dans les dix établissements et, souvent, cela a été aussi évoqué par les acteurs eux-mêmes dans chaque structure. Cela rejoint par ailleurs globalement la littérature scientifique sur les conditions d'une prévention durable. Mais il convient de faire une lecture toujours contextualisée et non déterministe de ces facteurs car ils agissent en se combinant. En effet, l'absence ou la faiblesse d'un facteur isolé n'entraîne pas automatiquement l'arrêt de la prévention dans un établissement. Par exemple, si le départ d'acteurs-clés du dispositif de prévention est un facteur potentiel important d'affaiblissement de la prévention, un bon passage de relais pourra atténuer grandement ce facteur de risque. Cela a pu être vérifié dans un des établissements. L'analyse doit donc toujours être faite en mettant tous ces facteurs en relation et en analysant concrètement, dans un contexte donné, les effets de l'absence d'un facteur particulier et le jeu éventuel de compensation des autres facteurs.

Quelques facteurs nous ont paru cependant déterminants en ce sens que leur présence est une condition nécessaire au développement de la prévention. A l'inverse, on pourrait dire que leur absence peut être très difficilement être compensée par d'autres facteurs ; une vraie politique stable et pérenne de prévention est alors gravement compromise.

Le tableau ci-après synthétise 15 leviers que nous avons reconnus comme les plus pertinents. A noter que, de nos constats, nous n'avons pas relevé de lien entre la qualité de la prévention et la taille des établissements.

Leviers		
Type de levier	Commentaires	Pertinence
Implication de la Direction	Au plus haut niveau, dans la durée. DG et DRH. Implication explicite aux étapes-clés. Lien établi et explicité avec autres décisions stratégiques (projet d'établissement, projets RH, etc.). Rôle important dans le choix du chef de projet.	Déterminant
Bon positionnement du chef de projet	Bien placé dans la hiérarchie ; reconnu et soutenu par la direction ; reconnu par tous les acteurs, large légitimité (connaissances sur le sujet, connaissance de l'établissement, des processus de travail, capacité d'écoute et de médiation sociale, contacts de qualité avec tous les acteurs)	Déterminant
Dialogue social de qualité	Participation continue CHSCT et élus dans Copil et aussi dans les GT sur des actions concrètes. Capacité de discussion sur des sujets concrets, près des réalités du travail	Déterminant

Implication de l'encadrement	Participation de l'encadrement aux instances de pilotage et aux actions concrètes dans les services. Importance de la formation large de l'encadrement sur RPS et sur les pratiques de management intégrant les questions RPS	Déterminant
Structuration du projet de prévention	Projet RPS comme un projet global avec des actions spécifiques structurées, coordonnées, pilotées, évaluées (avec responsable, délais, évaluation...)	Important
Permanence des acteurs porteurs du projet et des approches	Permanence des acteurs clés : direction et chefs de projet. Important mais contournable si transmission effective entre acteurs	Important
Portage paritaire et pluridisciplinaire	Dispositif de pilotage paritaire et pluridisciplinaire ou GT idem caractéristiques (multiples compétences : RH, prévention, qualité des soins, organisation)	Important
Implication du corps médical	Participation du corps médical aux instances de pilotage et aux actions concrètes dans les services	Important
Acteurs de prévention présents et coordonnés	Présence de ces acteurs (cf. médecin du W). Bonne coordination et coopération de ces acteurs dans les actions	Important
Capacité d'autonomie des acteurs	Liée à la formation, au nombre d'acteurs formés et à leur permanence Important Mais n'exclut pas des appuis ponctuels à certaines étapes	Important
Passages par des actions concrètes et analyse du travail dans des démarches participatives	Importance d'actions concrètes locales, dans les services et de transformations des CTr. Importance de la participation large des agents aux analyses (groupes de travail), expérimentations, recherche de solutions	Important

Capacité à gérer des actions à court, moyen, long terme	Nécessité de tenir les différentes temporalités avec des actions visibles à CT et d'autres impliquant un travail plus approfondi à MT ou LT	Important
Capacité d'intégration/diffusion de la prévention des RPS	Capacité à intégrer RPS dans les projets, conduites de projet RH, organisation. Vue plus large de l'enjeu RPS que le seul champ de la prévention. Capacité à faire des liens avec problématiques autres comme celles du management et des transformations d'organisation, projets de nouvelles organisations	Important
Développement d'actions aux 3 niveaux de prévention	Capacité à concevoir la prévention avec des actions aux 3 niveaux de prévention et en particulier du niveau primaire (organisation du travail, soutien aux collectifs de travail, management)	Important
Qualité de la communication	Souci de la visibilité du projet pour le plus grand nombre des agents. Actions de communication larges et régulières. A adapter selon temporalités, moyens... et réactiver et à renouveler régulièrement dans les formats.	Important

5^{ème} partie : Des problématiques actuelles de prévention

Les rencontres fin 2017-début 2018 dans les établissements nous ont permis, au-delà de l'évaluation des démarches soutenues par l'appel à projets DGOS, de repérer l'évolution des questions de prévention dans les établissements. Ainsi, les sujets suivants ont pu être identifiés comme ceux actuellement débattus en lien direct ou indirect avec la problématique des RPS :

1. Des RPS à la qualité de vie au travail (QVT)

On note une tendance, dans les établissements, à chercher à passer d'un traitement du sujet « RPS » à une approche élargie « QVT » ; c'est cependant aujourd'hui un souhait essentiellement exprimé par des directions de trois établissements au-moins qui veulent sortir d'une vision trop axée sur les risques liés au travail et la souffrance et élargir la façon de prendre en compte les questions de santé au travail. Elles souhaitent aussi s'inscrire dans un mouvement plus général au sein de la FP hospitalière (cf. démarche HAS-Anact). Cette volonté d'évolution de l'approche se traduit par des résultats très mitigés pour l'instant : après discussion, retour finalement à un groupe « Risques professionnels » dans deux établissements, démarche intitulée « QVT » mais sans accord, les OS ayant refusé de s'inscrire dans une démarche négociée dans un établissement. On sent une réticence globale des représentants du personnel et syndicaux à aborder les questions sous l'angle QVT pour les raisons suivantes : peur que les problèmes « classiques » de conditions de travail (charge, absentéisme, effectifs ...) soient « dissous » dans une approche QVT, besoin de faire le bilan de tout ce qui a été fait sur RPS avant d'élargir l'approche, réticences par rapport une approche QVT qui serait limitée à des questions de « bien-être » et d'aménagements limités de l'environnement de travail, réticences à parler de « QVT » alors qu'il sont de plus en plus sollicités par des agents en difficultés et en souffrance en lien avec le travail. La question de la forme de l'approche est bien un enjeu aujourd'hui des échanges entre direction et représentants du personnel sans doute pas assez explicité et avec des frontières floues entre les notions mis en avant. On peut cependant noter que des démarches intitulées « RPS » empruntent beaucoup de caractéristiques aux démarches intitulées « QVT » en élargissant le champ des acteurs impliqués au-delà de la prévention, en développant beaucoup d'actions concernant le management, la participation des agents et la gestion anticipée de projet.

2. Les enjeux de conduite du changement

Pas un seul établissement n'échappe aujourd'hui à des réorganisations, réaménagements de fonctions ou de services, terreau favorable à des tensions et difficultés à vivre le travail. On a évoqué l'importance et les impacts des réorganisations de services, de pôle et la mise en place des GHT. Le développement de capacité à intégrer, le plus en amont possible, la question des conditions de travail – et notamment le sujet des facteurs de RPS- est essentiel. Beaucoup d'établissements commencent à avoir de l'expérience dans ce domaine et des démarches participatives sont développées activement dans au-moins quatre établissements. Mais il y a sans doute à mieux capitaliser les expériences en ce domaine pour installer des démarches systématiques d'analyse préalable au changement et mobiliser les compétences collectives forcément transversales (préventeurs, organisateurs, qualité des soins, etc..). Une capitalisation nationale (avec outils et méthodes) serait sans doute utile dans ce domaine (en lien avec les travaux des cluster QVT Anact-HAS ?).

3. La prise en compte des difficultés de l'encadrement

Dans tous les établissements, la question du malaise grandissant de l'encadrement a été soulevé. Globalement, beaucoup d'actions « RPS » (surtout formation) ont été faites en direction de l'encadrement. Elles ont d'abord visé à donner des connaissances aux cadres sur ce que sont les RPS, puis comment ils pouvaient modifier leurs pratiques managériales pour soutenir leurs équipes. Sans exagérer l'évolution des représentations et des pratiques, il a été souvent dit que « tout tenait par les efforts quotidiens des cadres » pour gérer les urgences, régler les tensions multiples... Il apparaît alors que beaucoup de contradictions dans les organisations reposent maintenant sur l'encadrement et c'est lui – principalement- qui est aujourd'hui fragilisé. Leur parole est par ailleurs difficile compte tenu de leur positionnement ; des directions reconnaissent que la mise en place d'espaces d'expression, d'échanges de pratiques est aujourd'hui une priorité même si les conditions pour cela sont complexes. Il y a là, partout dans le milieu hospitalier, un axe majeur à travailler : donner aussi aux cadres les moyens de bien faire leur travail de régulation, développer des espaces de coopération entre eux, favoriser la mobilité, limiter leur charge et la dispersion d'activités, etc...

Des questions de formation des cadres se posent aussi sur des sujets centraux de leur activité comme la gestion des plannings ; il existe une inadéquation entre leur formation de base et la réalité de leur travail. Certains établissements ont développé des séminaires de formation sur ces questions de gestion des plannings et de l'absentéisme.

4. Les demandes nouvelles des médecins

Cette question a été portée dans presque tous les établissements comme une question nouvelle. Compte tenu de l'évolution des populations médicales, les attentes de ces professionnels évoluent avec notamment une demande accrue d'équilibre des temps entre vie professionnelle et vie personnelle. Cette évolution qui a des conséquences sur l'organisation des temps de travail et les modes d'engagement au travail des professionnels est une donnée nouvelle pour les directions des hôpitaux qui doivent trouver les moyens à la fois de garder ces professionnels (situation difficile selon les lieux et leur éloignement géographique) et de gérer les compromis d'organisation nécessaires. Des dispositifs d'expression des besoins de ces professionnels sont parfois expérimentés de même que leur insertion dans les actions de formation communes à tous les encadrants facilitant leur intégration dans les établissements.

Il convient aussi de prendre en compte des situations plus nombreuses de mal-être des médecins, situations aujourd'hui évoquées explicitement par eux-mêmes. Les médecins ne sont pas épargnés par les difficultés d'organisation, de tensions relationnelles, de charge de travail et de problèmes éthiques et ils les expriment désormais plus ouvertement aux professionnels de la prévention et de l'écoute (psychologue notamment) en souhaitant une prise en charge collective de leurs difficultés.

5. Les enjeux de coopération des professionnels

Cette question est plus ancienne mais elle est toujours d'actualité tant les enjeux de coopération sont importants dans la qualité des soins et le fonctionnement général de l'hôpital ; elle est souvent posée comme un facteur de la qualité du travail par les professionnels. Dans plusieurs établissements, on a noté le développement d'espaces d'échanges entre différentes catégories de professionnels (notamment médicaux et paramédicaux) et cela a été jugé comme des expériences positives. Dans les démarches participatives liées à des projets, des temps d'échanges inter-services et professionnels se développent qui sont appréciés et contribuent à forger des coopérations ultérieures.

6. La question des collectifs de travail

La qualité des collectifs de travail reste un facteur central de qualité de vie au travail et de protection dans des activités souvent difficiles en termes de charge physique et psychique. Toutes les actions qui soutiennent – directement ou indirectement – ces collectifs sont essentielles à la santé du personnel : elles peuvent prendre des formes variées mais sont souvent liées à une certaine permanence des collectifs, aux espaces possibles d'échanges sur le travail (et donc aussi à la charge de travail) et bien sûr à la qualité du management qui sait venir en appui et en régulation des situations de travail. Là aussi, on a noté des expériences significatives de développement d'espaces de discussion autour du travail dans les services qui sont généralement jugées très positivement. Évidemment, ces actions sont très tributaires des contextes suivants : phases de réorganisations, situations d'absentéisme et turn-over, niveau d'effectifs et charge de travail en conséquence.

7. Les questions prégnantes de charge de travail et d'absentéisme

Ces questions restent posées en permanence dans tous les établissements, avec des situations variées selon les services. Elles sont déterminantes pour la qualité des collectifs, les possibilités de bonne coopération et aucun plan d'actions RPS ou QVT ne peut éviter de traiter ce sujet. On a noté quelques expériences intéressantes pour mieux gérer l'absentéisme et les remplacements.

8. De nouvelles questions dans les relations aux patients

Dans le contexte nouveau de restructuration des établissements et de restriction budgétaire, les questions tournent beaucoup plus souvent autour du sujet du « travail, bien fait », des valeurs de soins et de proximité, fondements de leur engagement, que les agents ont du mal à faire valoir dans leurs activités avec de vraies tensions internes vécues au quotidien. Des sujets ont été aussi évoqués, en partie nouveaux, à prendre en compte dans le travail des agents et leur vécu : les approches « bienveillance/maltraitance », les questions en fort développement de violence avec les usagers ou leurs proches, le rapport à la précarité des patients, le rapport aux patients étrangers ne parlant pas français. Ils concernent inégalement les services mais sont des éléments à prendre en compte dans les politiques de prévention des RPS.

9. Le rôle des psychologues

Comme cela a été évoqué précédemment, on a noté une montée en puissance de cette fonction avec, dans plusieurs cas, un positionnement en prévention tertiaire (appui individualisé aux agents) mais aussi en prévention secondaire et primaire (intervention dans les services en appui à leur fonctionnement et en appui au management). Ainsi positionnés, il y a là le développement d'acteurs qui disposent d'informations qualitatives intéressantes sur la vie des services et qu'il convient sans doute de mieux intégrer dans les dispositifs de prévention ou QVT.

10. Les indicateurs de santé et les signaux faibles

La plupart des établissements disposent et utilisent des indicateurs pour piloter leur démarche de prévention, ceux habituels étudiés au CHSCT et au-moins ceux communs à la Fonction Publique. Ils sont des outils utiles mais ils doivent être complétés par d'autres outils et des investigations complémentaires. Les échanges dans les établissements ont montré l'intérêt de travailler aussi sur les « évènements indésirables » (EI), sources d'informations intéressantes

sur la vie des services et qui peuvent être souvent mis en lien avec des situations de RPS. Des expériences ont été relevées d'analyse très régulières de ces EI et d'exploitation intéressantes en revenant dans les services échanger avec les professionnels à propos des faits évoqués. D'autres signaux faibles ont été évoqués comme susceptibles de révéler des malaises professionnels individuels ou collectifs : les arrêts prématurés en cas de grossesse, l'évolution des inaptitudes ou arrêts en fin de parcours professionnels. Il y a là sans doute des pistes pour affiner les éléments d'appréciation du vécu au travail et provoquer des échanges fructueux avec les professionnels sur leurs conditions concrètes de travail.

11. Les difficultés d'établissement du DU sur RPS

Dans beaucoup d'établissements, il nous est apparu que l'établissement du DU - et surtout l'insertion des RPS dans ce document- constituait une difficulté importante. Parfois non réalisée ou de façon très formelle, cette insertion reste complexe et très chronophage avec un risque de formalisme du document. Là aussi, on a noté quelques expériences intéressantes pour faire ce travail en repartant du travail des agents et dans des démarches participatives.

12. L'intérêt pour les questions d'évaluation

Comme cela a été dit, les établissements ont plusieurs années d'expérience sur la prévention des RPS et la question de l'efficacité des actions engagées se pose. Un certain essoufflement est palpable dans plusieurs établissements y compris dans ceux qui ont engagé des démarches durables et bien construites. Cet essoufflement peut être dû à plusieurs raisons : manque de résultats visibles, des ruptures dans la mobilisation (ex. départ d'acteurs porteurs du projet), des réorganisations fortes et nombreuses qui font brouiller les repères en matière de conditions de travail. Aussi, la question de l'évaluation des démarches entreprises, d'un temps pour se « poser » et analyser ce qui a été fait et les résultats est fortement évoquée dans plusieurs établissements. Les modalités pour faire ce travail sont cependant perçues comme complexes. Nous avons cependant noté des capacités réflexives et des débuts d'expériences dans ce sens plusieurs établissements.

13. Des modes d'analyses des difficultés des services

Il nous semble intéressant de noter que bon nombre d'analyses de terrain dans les actions de diagnostic régulièrement entreprises dans les établissements partent le plus souvent de situations dégradées ou de tensions fortes. Nous n'avons pas repéré d'expériences d'analyse sur des secteurs ou services qui sont réputés comme « fonctionnant bien ». Il nous semble qu'il y aurait aussi de l'intérêt à partir d'expériences de bon fonctionnement de collectifs, de coopération positive entre professionnels, de management vertueux pour tirer des enseignements pour l'ensemble des services d'un hôpital. Les REX de conduites de projets mériteraient aussi d'être valorisées dans le savoir-faire des préventeurs et pilotes de projets de prévention RPS ou QVT.

Avec des conclusions prudentes vu le nombre réduit d'établissements analysés, on peut tout de même évoquer que des préoccupations ont été fréquemment évoquées concernant les services de gériatrie, de psychiatrie, de bio-nettoyage et concernant les populations d'ASH et de cadres (cf. point 3 pour les cadres).

14. Les relations à l'extérieur de l'établissement et la mise en réseau des acteurs

Des échanges avec les acteurs des projets de prévention RPS (préventeurs, DRH, pilotes d'actions, etc..) montrent à quel point ceux-ci ont besoin de se confronter à l'expérience de leurs pairs issus d'autres hôpitaux. Ce n'est pas toujours le cas mais on peut faire l'hypothèse que les acteurs les plus dynamiques rencontrés sont ceux qui échangent dans des cercles élargis de professionnels au-delà de leur territoire habituel de fonction (cf. association de DRH, de préventeurs, de psychologues, etc..). La question du soutien et du développement de temps et lieux d'échanges peut donc être légitimement posée.

6^{ème} partie : Quelques thématiques transversales et des expériences significatives de prévention

Comme cela a déjà été indiqué, la demande de la DGOS adressée à l'Anact portait sur deux phases d'analyse : une analyse globale dans tous les établissements hospitaliers permettant de comprendre les évolutions des politiques de prévention quel que soit l'état actuel des actions et une analyse plus approfondie de l'expérience de quatre établissements où auraient été repérées des expériences significatives au travers de thématiques spécifiques.

En tenant compte des démarches de tous les établissements et de l'évolution des questions de santé au travail, il nous a semblé que quelques thématiques d'actualité émergeaient effectivement et qu'on pouvait repérer sept expériences notables à valoriser issues de quatre établissements. Ces expériences sont détaillées dans 7 fiches positionnées en Annexe 1. A chaque fois, l'expérience est présentée dans sa mise en place et il est fait un point sur la situation actuelle et l'avancée du sujet dans l'établissement. Puis, il est présenté en quoi cette expérience peut être instructive pour l'ensemble du secteur hospitalier, au-delà du contexte spécifique de l'établissement concerné.

Les expériences présentées rejoignent les thèmes majeurs de préoccupation à l'hôpital aujourd'hui. Même si les actions ne sont pas directement conduites avec une référence explicite à la prévention des « RPS », elles concernent des facteurs potentiels très importants de risques psychosociaux : les conduites de changement, le rôle de l'encadrement et la coopération entre tous les acteurs, la participation des agents aux transformations de leur milieu professionnel. Bref, des déterminants, pour les agents, du sens de leur travail et de leur identité professionnelle, des relations au travail et du vécu de la qualité du travail.

Tout d'abord, ce sont les questions de **conduite de changement** qui ont retenu notre attention car elles concernent tous les établissements que ce soient des projets immobiliers ou organisationnels. Le projet de transfert et regroupement d'hôpitaux dans un grand établissement public de santé, analysé avec un certain recul possible, donne des pistes pour mener à bien des conduites de changement à l'hôpital.

Les questions de **soutien à l'encadrement**, particulièrement fragilisé dans ces périodes de transformation, sont aussi des questions majeures concernant tout le secteur hospitalier : beaucoup d'actions sont menées dans ce sens et les expériences de deux établissements nous ont paru significatives à cet égard.

On sait que la question de la **coopération entre les divers professionnels** est une question centrale pour le bon fonctionnement des services mais aussi la qualité des relations de travail : en ce sens, les actions menées sur ce sujet de la **convergence des activités des professionnels** et en direction de la population spécifique des **médecins** dans deux établissements nous ont paru exemplaires.

La participation des agents dans les projets, les conditions de leur expression sur leur activité réelle sont des sujets essentiels à toute politique de prévention RPS ou de QVT ; l'expérience de mise en place **d'espaces de discussion** dans un établissement livre des pistes de réflexion pour développer ces initiatives.

Enfin, toute démarche mérite d'être évaluée, notamment pour relancer des dynamiques dont on a dit qu'elles connaissaient un certain essoufflement ; l'expérience **d'évaluation des actions** en cours dans un établissement apporte quelques éclairages sur les possibilités dans ce domaine.

Conclusion

Cette étude effectuée à la demande de la DGOS a permis une analyse fine et sur une longue période des politiques et des actions de prévention de dix centres hospitaliers ; c'est assez inédit et instructif de pouvoir ainsi « refaire l'histoire » avec les acteurs et de suivre les inflexions de la prévention. Même si le nombre d'établissements est réduit, cette analyse permet de tirer des enseignements pour la prévention dans ce secteur ; et cela d'autant plus que ceux-ci rejoignent les nombreux constats faits par le réseau Anact -et d'autres acteurs de prévention ou du dialogue social- sur les difficultés actuelles du secteur hospitalier public. Il convient aussi de noter le caractère pédagogique de cette action d'évaluation pour les acteurs eux-mêmes des établissements concernés. Lorsque cela a été possible, les restitutions de nos évaluations dans les établissements ont été très instructives et pourront contribuer à relancer des dynamiques parfois essoufflées. Dans des contextes aussi mouvants, le temps pris pour « se poser », regarder ce qui a été fait, analyser les forces et faiblesses des actions, en discuter est un vrai support pour relancer la prévention, la renouveler et favoriser une nouvelle mobilisation des acteurs. En ce sens, le soutien aux établissements dans des actions d'évaluation de leurs démarches de prévention et l'équipement des acteurs avec des outils appropriés pourraient être utilement soutenus.

Les questions de prévention soulevées dans ce rapport sont largement des questions récurrentes en ce qui concerne le travail à l'hôpital, quelques-unes sont plus nouvelles ; en tous les cas, les principaux leviers pour pérenniser la prévention demeurent toujours principalement dans le champ de la mobilisation des acteurs, direction en particulier, leur coopération, dans la qualité du dialogue social et l'association des agents aux transformations qui les concernent.

Des pistes sont ouvertes dans ce rapport à partir des leviers identifiés pour aider les établissements à construire une prévention durable des RPS. Elles invitent à la fois à structurer les démarches de prévention des RPS en développant une bonne combinaison d'actions touchant aux trois niveaux de la prévention et notamment avec des actions fortes en prévention primaire. Mais elles incitent aussi à ne pas s'enfermer sur une approche qui ne serait que du seul registre de la santé des professionnels et impliquant seulement les acteurs de la prévention ou encore conduites que du point de vue des obligations réglementaires de prévention. On l'a vu avec les expériences significatives analysées au chapitre 6 qui touchent le management, les conduites de changement, la coopération entre acteurs et la participation des agents : la santé des professionnels – et notamment leur santé mentale- passe par des actions résolues sur ces déterminants essentiels de la qualité du travail ressentie par les professionnels, de leur identité professionnelle et de la qualité de leurs relations collectives et de leurs modes de coopération. En ce sens, les approches en matière de qualité de vie au travail -s'ils s'agit bien de viser ces approches globales, anticipatrices et participatives particulièrement dans ces périodes de transformations- peuvent être des moyens de relancer les dynamiques de prévention sous réserve cependant d'un équilibre adéquat entre le soutien de l'engagement au travail et la multiplication des processus de changement, la réduction des moyens souvent constatée et les difficultés d'implication effective du personnel dans toutes les transformations. Ces observations concernent chaque structure dans la limite de ses marges de manœuvre mais elles concernent évidemment aussi tous les acteurs à la périphérie de l'hôpital et/ou en tutelle qui peuvent soutenir des réseaux d'acteurs et organiser des conditions de l'activité des hôpitaux plus ou moins favorables à des politiques de prévention. Les constats ici aussi réalisés d'un malaise à l'hôpital, de son encadrement en particulier aujourd'hui, renforcent l'importance de mesures d'accompagnement des hôpitaux non seulement dans leur politique de prévention mais aussi dans la construction de contextes socio-économiques favorables à un travail de qualité, cœur de la santé des professionnels.

Bibliographie

- « Évaluer les interventions de prévention des RPS-TMS. Guide à l'usage des intervenants », guide Anact-INRS, 2017, www.anact.fr/guide-devaluation-des-interventions-de-prevention-des-rps-tms
- « L'évaluation des démarches de prévention des RPS en entreprise. Repères issus de l'expérience d'entreprises de conduite de projets d'auto-évaluation paritaire », document Anact-Université Laval-Québec, 2014, <http://cgsst.com/publications/levaluation-des-demarches-de-prevention-des-risques-psychosociaux-en-entreprise/>
- « L'évaluation formative des interventions en prévention des RPS-TMS : quels enjeux pour les pratiques des intervenants et la performance de la prévention en entreprise ? », A. Benedetto, C. Ragazzi, A. Cuny, C. Parmentier, D. Chouanière, communication à la SELF 2015, www.ergonomie-self.org/publications/actes-des-congres/congres-2015/
- « Étude régionale sur la prévention des RPS dans la FPH de Picardie », juin 2015, étude pour l'ANFH de Picardie par P. Issartelle, Ph. Vignier, Interactions et entreprise, www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/etude_regionale_anfh_rps_-_fph_picardie_1.pdf
- « La prévention des RPS dans le secteur hospitalier (public et privé) », E. Abord du Chatillon et coll. , étude pour la DGAFP, 2017, collection Études, recherche et débats, DGAFP, www.fonction-publique.gouv.fr/la-prevention-des-risques-psychosociaux-cas-secteur-hospitalier-public-et-prive
- « Bilan qualitatif des démarches de prévention des RPS dans la fonction publique conduites à la suite de l'accord-cadre de 2013 », étude pour la DGAFP conduite par l'Anact, Ph. Douillet, P. Issartelle, AM. Nicot, 2017
- « Passer du diagnostic au plan d'action : l'enjeu majeur des démarches RPS dans la fonction publique », Ph. Douillet, Revue Les cahiers des RPS, n°30, décembre 2017, www.cateis.fr/cahiers_rps/visionneuse/index.php?le_rep_fichier=cahiers_fps&le_fichier=Les_cahiers_des_rps_n_30.pdf&id=
- « La qualité du travail au service de la qualité des soins. Expérimenter, c'est imaginer », publication HAS-Anact, 2017, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail
- « La qualité du travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux », publication HAS-Anact, 2017, www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail

ANNEXE 1 : Fiches Cas thématiques

ÉVALUATION DU PROJET DE TRANSFORMATION DES ORGANISATIONS
Synthèse du sujet
<p>Le projet mené par ce grand établissement public de santé représente un projet d'envergure de conduite du changement. Il repose sur un objectif concret : la nécessité de préparer de nouvelles organisations du travail suite à la fusion de hôpitaux dans un nouvel hôpital en construction. Pour cela, la démarche mise en place par l'établissement est très structurée, portée par la direction et outillée. Elle vise à préparer les organisations de certains services transverses et supports en amont du déménagement, puis de tester ces organisations et enfin les évaluer quelques mois après le déménagement. Ces nouvelles organisations sont à construire en tenant compte de contraintes multiples comme les problématiques d'équilibre financier, des effectifs plutôt à la baisse et l'évolution des pratiques de soins dans les établissements. La démarche réalisée par cet établissement peut servir d'exemple dans sa méthode et ses outils pour préparer les changements auxquels les hôpitaux sont confrontés que ce soit comme ici dans le cas d'un nouvel hôpital ou dans le cadre de GHT.</p>
Descriptif du sujet, de l'action, de la démarche...
<p>Les deux établissements ont fusionné administrativement en 2001. Suite à cette fusion, la construction d'un nouvel hôpital, remplaçant les deux hôpitaux existants qui proposaient des services similaires, a été décidée. La construction a débuté en 2013 et le déménagement a eu lieu début 2017.</p> <p>Afin de préparer au mieux le déménagement et les nouvelles organisations de travail, la direction de l'établissement a mis en place un projet d'envergure, reposant sur une conduite de projet particulièrement structurée et outillée.</p> <p>Un point sensible de la fusion des services repose sur l'historique concurrentiel de deux établissements qui ne sont pas très éloignés géographiquement, avec toutefois des pratiques spécifiques à chacun. Il était donc nécessaire de permettre aux agents de s'investir dans les organisations à venir. Après une phase de diagnostic sur des problématiques communes à différents services, des groupes de travail « miroir », c'est-à-dire composés d'agents représentant chaque établissement, se sont penchés sur l'écriture de chartes des services pour les services de soins et de leur organisation pour les services transversaux. Ces chartes ont été présentées et validées par les instances en amont du déménagement puis expérimentées par les services.</p> <p>Une révision et évaluation de la démarche était prévue dès le départ. Cette évaluation ne s'est pas faite « à chaud » mais après entre 10 à 18 mois après l'installation pour pouvoir « décanter » suite au déménagement et permettre à chacun de s'approprier les locaux, le matériel et s'habituer au fonctionnement. L'évaluation de la démarche a commencé fin 2016 pour les services de soins et fin 2017, début 2018 pour les autres secteurs et doit permettre d'en retirer des indicateurs pertinents et de réaliser des mesures d'actions correctives le cas échéant, dans l'optique des processus d'amélioration continue.</p>

Situation actuelle, développement

L'évaluation des 26 services ayant donné lieu à une charte d'organisation repose sur une méthode commune et outillée. Cette évaluation portait sur une analyse des RPS sur 3 ans. Pour les autres secteurs, l'évaluation reposait sur 4 critères. Une synthèse des évaluations est présentée lors des CHSCT et CTE, à raison de 4 à 8 services par réunion afin de pouvoir clôturer la révision en 2018.

L'évaluation repose sur les 4 critères suivants :

1. Évaluation de **l'écart entre ce qui était prévu et la réalité** : pour cela, les chefs de projet reprennent avec des agents les différents points des chartes initiales, qu'ils comparent à la réalité actuelle (exemple : nombre d'ETP prévus...). Le cas échéant, les raisons des déviations sont précisées, et un certain nombre de points spécifiques (ETP, horaires) font l'objet d'un suivi particulier en plus des points présentant des écarts majeurs. Cette évaluation implique les chefs de projet et des agents concernés sur un temps d'environ 1h00. Elle est outillée par une grille d'évaluation.
2. Évaluation sur un **critère d'efficience** : il s'agit ici pour le chef de projet de se rapprocher du service et identifier un ou des indicateurs spécifiques permettant d'évaluer l'activité du service en fonction du nombre d'ETP (exemple : le temps d'attente moyen pour les consultations externe). Le recherche de cet indicateur peut-être à la fois délicat et chronophage car le chef de projet est incité à se rapprocher des équipes pour l'identifier. Il devrait cependant permettre de bien suivre l'activité et au minima de rentrer dans une logique *d'indicateurs embarqués*, généralement plus en lien avec la réalité des activités que des indicateurs standards type RH construits et suivis par des personnes externes au service.
3. Évaluation sur **qualité de l'organisation du service** : pour cela un questionnaire est passé auprès des « clients externes » (les patients du service, à raison de 75 par service concerné) ou des « clients internes » (100% des services bénéficiant de prestation du service dont l'organisation est évaluée). Le questionnaire évalue principalement la satisfaction des « clients » sur différents points et avec une échelle de cotation type Likert.
4. Évaluation sur les **conditions de travail** : il s'agit à travers un questionnaire adressé à tous les agents des services concernés d'évaluer les conditions de travail, notamment sur les 5+1 axes du 5M : milieu – méthode -main d'œuvre – matière - matériel et management.

La présentation aux instances : les chefs de projet reçoivent une synthèse des statistiques des questionnaires satisfaction et conditions de travail et compilent un document de synthèse avec l'ensemble des champs d'évaluation de l'organisation. Si nécessaire et au regard des résultat collectés, des mesures correctives sont proposées. La synthèse est présentée aux instances.

Appréciation, Intérêts, possibilités de diffusion

La phase d'évaluation des évaluations représente une étape importante de la conduite du changement puisqu'elle doit permettre d'identifier ce qui a fonctionné et ce qui nécessite des améliorations. Elle est d'autant plus pertinente qu'elle a été ici prévue dès le début de la démarche et s'accompagne de méthode et outils (grilles, support chartes, questionnaires) permettant de travailler les différents points de façon similaire dans les organisations évaluées et facilitant la mise en œuvre par ceux qui réalisent ou participent aux évaluations.

Cela permet de faire la boucle sur un projet conséquent de changements des organisations impactant un nombre important d'agents. De plus, les organisations concernées sont plutôt des services support et transverses, en lien avec un nombre important de personnes en interne et externe, et pour lesquels il était indispensable de bien préparer l'après déménagement afin de ne pas perturber le fonctionnement global et la mission de service public. Ce sont aussi des services amenés à être mutualisés et qui, au contraire des services de soins, ne disposent pas de protocole prédéfinis.

Malgré cela, il apparaît tout de même que les services n'ayant pas pu préparer les nouvelles organisations et qui ont été moins accompagnées dans le changement peuvent présenter plus de difficultés à s'adapter que ceux qui en ont bénéficié. Si cela tend à valider les bénéfices de la démarche en amont du déménagement sur les organisations actuelles, cela nécessite de donner à ces services la possibilité de travailler leur organisation actuelle à travers par exemple des « chartes type » incluant l'amélioration continue.

Il ressort aussi de la démarche que les risques psychosociaux sont très peu affichés comme étant au centre de la démarche. Cependant, cela n'empêche pas qu'ils soient traités avec la spécificité de rester centré sur le travail et non pas sur des considérations plus individuelles comme cela est souvent le cas lorsque l'on aborde le sujet des RPS. On est plus proche d'une approche « Qualité de vie au travail », dans laquelle les RPS sont appréhendés comme des risques émergents. Cela explique aussi qu'aujourd'hui peu de lien soit fait entre l'évaluation des organisations, la mise en place d'un questionnaire QVT intégrant une évaluation des RPS et le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP). Le projet de travailler les nouvelles organisations en vue du nouvel hôpital avait le mérite d'être très structuré, porté par un groupe projet. On pourrait aujourd'hui s'interroger sur l'intérêt de travailler le DUERP en mode projet et de façon transversale pour en faire un outil opérationnel de gestion des risques.

PROJET DE RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES MANAGERIALES

Synthèse du sujet

Ce grand établissement public de santé expérimente, dans certains services, un processus innovant de renouvellement des pratiques managériales visant à réduire les contraintes, développer les ressources des agents et leurs marges de manœuvre. Le dispositif est mené sous forme d'une étude sur plusieurs années engageant tous les professionnels des secteurs concernés. Les premiers résultats semblent positifs en ce qui concerne le développement de méthodes managériales plus participatives mais ils peuvent être rapidement menacés par des processus de réorganisation conduits de façon descendante semblant s'opposer aux processus de concertation souhaités.

Descriptif du sujet, de l'action, de la démarche...

En 2015, la direction de l'établissement a demandé au service de santé au travail de faire un diagnostic des causes d'absentéisme et d'expérimenter de nouvelles pratiques en favorisant l'engagement et la latitude décisionnelle des équipes.

Cinq unités fonctionnelles ont fait l'objet de ce travail. La méthode de diagnostic à travers un questionnaire et des entretiens individuels a porté sur l'analyse des ressources et contraintes organisationnelles en milieu de soin. En quatre mois, un livrable a été réalisé pour chaque unité fonctionnelle puis livré au comité de pilotage (direction, chefs de service et cadres) qui a alors demandé au psychologue du travail d'accompagner les équipes pour qu'elles soient en capacité de capitaliser sur les ressources et de proposer des solutions pour diminuer les contraintes. Chaque équipe médico-soignante des unités fonctionnelles ont alors proposé fait un travail d'identification des marges de manœuvre existantes au niveau de l'équipe (avec pour consigne de chercher des solutions à moyens constants) et celles externes détenues en dehors du service au niveau de la direction de l'établissement.

Les travaux des équipes ont ensuite été restitués à l'ensemble de la hiérarchie concernée y compris le directeur des ressources humaines.

L'objectif est de trouver des solutions ensemble équipe médico-soignante, cadres, chef de service, direction.

Situation actuelle, développement

En décembre 2016, l'établissement a obtenu un financement de 500 000€ dans le cadre d'un appel à projet PREPS de la DGOS pour mettre en place le projet, intitulé « Projet de libération organisationnelle d'un pôle hospitalo-universitaire : étude contrôlée de l'impact à deux ans d'un programme d'intervention sur l'empowerment des équipes médico-soignantes. » Ce projet porté par le psychologue du travail du service de santé au travail est le prolongement d'expérimentations menées depuis 2015, au service de l'amélioration des conditions et de la santé au travail, au travers d'un processus favorisant l'engagement et l'empowerment des équipes.

Le projet concerne deux PHU dans leur globalité. Il vise à :

- premièrement : proposer à un PHU une méthode d'accompagnement vers un pilotage (managérial et directorial) de la performance par la Qualité de Vie au Travail (recommandation HAS) ;

- secondement : tester son effet multicritère à 1 an et à 2 ans, notamment sur la santé au travail, les conditions de travail, l'absentéisme, la qualité de soins, la performance et l'empowerment.

Au 1^{er} trimestre 2018, tous les 1 385 agents sont invités à se présenter en médecine du travail pour leur visite médicale systématique. Il leur est alors proposé de participer à l'étude et au recueil des indicateurs (questionnaire et examen médical) afin de constituer un premier état des lieux (baseline). Tous les agents sont concernés jusqu'aux cadres et chefs de service. Un des PHU va servir de groupe témoin l'autre va être accompagné par les facilitateurs.

Le défi est de faire participer les médecins, en février 2018, 90 sur 400 médecins, 600 soignants sur les 1 000 personnes.

Les facilitateurs devront effectuer une analyse psycho-socio-organisationnelle dans chacune des unités qu'ils auront à accompagner, à l'appui d'une méthode standardisée et commune (identification des ressources et contraintes psycho-socio-organisationnelles par entretiens individuels). Les livrables sur-mesure réalisés pour chaque unité fonctionnelle à la suite de ces diagnostics seront validés par un comité scientifique, puis restitués au COPIL et au CHSCT, pour enfin être restitués à chaque équipe en présence des directions, afin de constituer une base de discussion collective. Les facilitateurs auront ensuite pour mission de soutenir les responsables (cadres et chefs de service) dans la mise en place de groupes de travail dans chaque unité, avec l'objectif de mobiliser les marges de manœuvre des équipes médico-soignantes pour la régulation des difficultés tout en favorisant l'engagement, la responsabilisation et l'empowerment des agents. Cette phase sera ensuite suivie de concertations entre les équipes et les directions, avec l'objectif de mobiliser conjointement les marges de manœuvre des équipes et des directions pour la régulation des difficultés, tout en favorisant encore une fois l'engagement, la responsabilisation et l'empowerment des équipes. Tous les temps de restitution et concertation (c'est-à-dire une 15aine de rendez-vous) entre les équipes et la direction sont déjà fixés dans les agendas.

Le rôle de facilitateur-médiateur est de :

- favoriser une écoute réciproque de la part de tous les acteurs,
- accompagner les cadres et chefs de services dans l'expérimentation directe d'un management participatif de leur équipe, sous-tendu par le dispositif déjà énoncé,
- favoriser l'expression pour créer des espaces de « pouponnières d'idées »,
- favoriser et sécuriser la rencontre entre les directions et les équipes autour des situations concrètes de travail,
- puis doit se retirer.

Tout cela pour favoriser l'empowerment des équipes, conçu ici comme une augmentation graduelle du pouvoir d'agir, de la responsabilité, de la compétence, et de l'engagement collectif dans les organisations, au service à la fois de la santé au travail, de la qualité des soins et de la performance.

L'objectif est que le groupe continue de fonctionner sans le facilitateur le plus rapidement possible. Ils doivent permettre aux managers de transformer leurs pratiques managériales et de s'inscrire dans une boucle d'amélioration continue pour une meilleure qualité de vie au travail.

Pour aider à la mise en œuvre de ces nouvelles pratiques managériales, l'ensemble des cadres de santé vont suivre des séminaires de formation avec l'appui de la direction générale. La mobilisation est plus compliquée pour le personnel médical, il y a une logique de sur-mesure ; ce sont les facilitateurs à travers des rencontres individuelles qui vont présenter le projet et leur proposer d'adopter un management participatif au service de la performance de leur unité.

De nouvelles visites médicales auprès de l'ensemble des agents seront reconduites à un an puis deux ans pour évaluer l'impact des actions sur l'état de santé des agents.

Appréciation, Intérêts, possibilités de diffusion

Il est ressorti de la première expérimentation de 2015 plusieurs choses :

- la méthode a bien fonctionné dans deux services, l'encadrement a fait une expérience plutôt vertueuse d'un autre mode relationnel de concertation des équipes et de prise de décision collégiale,
- il y a eu concertation des équipes en dehors d'un moment de crise, dans une logique de prévention et d'anticipation, des échanges constructifs et aboutissant à des solutions entre soignants et directions,
- la méthode a moins bien fonctionné dans les services ayant fait l'objet de recomposition capacitaire au cours de l'expérimentation. La recomposition capacitaire est faite à partir du projet de service réalisé par les médecins et la direction, les équipes y sont impliquées de manière secondaire, il s'agit d'un processus « top-down » à l'opposé de l'action expérimentale « bottom-up » engagée. Dans Chrysalide, les PHU intégrés n'ont pas de recompositions capacitaires prévues sur la durée de l'étude pour éviter les biais,
- il y a également eu un facteur bloquant qui est le temps de retour aux équipes (c'est pour cela que toutes les réunions de restitution sont désormais fixées à l'avance),
- la lenteur du partage d'information entre les différentes directions (pôle, plateforme, DRH), sur des dossiers imposant structurellement un arbitrage à plusieurs niveaux directoriaux, peut contribuer à retarder la réponse et/ou favoriser un positionnement directorial ambigu face aux équipes. Lorsque le contexte de l'unité est tendu, ces situations peuvent favoriser un sentiment de défiance vis-à-vis des directions. Pour le projet Chrysalide, il y a un comité de pilotage régulier associant les différentes directions afin de favoriser une « agilité directoriale ».

ACTIONS DE SOUTIEN A L'ENCADREMENT

Synthèse du sujet

Cet établissement public de santé a développé une politique cohérente de soutien à l'encadrement au travers de nombreuses actions et tout particulièrement d'une offre de formation dense et constamment adaptée aux besoins des professionnels. La dimension d'échanges de pratiques y est particulièrement encouragée. Cette politique constitue un appui fort à l'engagement des cadres et au renouvellement de leurs pratiques professionnelles malgré des questions de charge de travail qui restent très prégnantes pour cette population.

Descriptif du sujet, de l'action, de la démarche...

A l'hôpital, l'encadrement est souvent extrêmement sollicité par différentes missions et sa position est difficile aujourd'hui dans des contextes complexes de réorganisation. Pourtant, une grande partie de la qualité des relations dans les équipes tient à la qualité du management. Dans cet établissement, de nombreuses actions sont menées pour soutenir l'encadrement dans ses activités de management. Ces actions s'inscrivent dans plusieurs dispositifs et notamment le plan d'action QVT (plan de 54 actions) et le projet social et managérial du projet d'établissement (nouveau plan 2019-23 mais dans la continuité du plan stratégique 2013-18 qui avait déjà une forte dimension RH). Ces actions prennent différentes formes mais elles constituent un ensemble cohérent :

- un plan de formation très développé : de nombreuses formations étaient proposées à l'encadrement au sein de l'hôpital ou à l'extérieur mais d'une façon disparate. En 2017, un « pack de formations à destination des professionnels en situation d'encadrement » était constitué comme un ensemble cohérent et structuré devenant le référentiel de formation pour tout l'encadrement de l'établissement. Ce Pack propose 23 sessions de formation (de ½ journée à 3 jours) sur 3 axes : Management et qualité des organisations (ex. « Management d'équipes » avec 3 niveaux, « gestion des conflits et des situations complexes », « manager la diversité...), etc., Gestion des ressources et des moyens (ex. « les tableaux de bord du cadre d'unité de soins »), Qualité de vie au travail (dont « prévention des RPS »). Certaines formations sont obligatoires, spécialement lors de la prise de fonction (« management d'équipe niveau 1 » + « entretien annuel d'évaluation »). Puis, chaque cadre est invité à s'inscrire à des sessions dans le plan annuel, en fonction de ses objectifs personnels ou de l'incitation de son supérieur hiérarchique ;
- des dispositifs de cadrage de l'activité : différents dispositifs aident l'encadrement à positionner son action dans un cadre défini et suivi en partenariat : c'est par exemple le contrat annuel de pôle qui contient une « feuille de route RH » significative aidant à fixer les objectifs RH du pôle et à organiser le management des équipes ;
- des outils et méthodes à disposition de l'encadrement : des outils ont été développés ou sont en cours et favorisent le management au quotidien. On peut citer notamment une charte de gestion de l'absentéisme qui définit et organise des processus de remplacement et un guide d'accompagnement du changement en cours d'élaboration, pour lequel le volet accompagnement social des réorganisations a déjà été validé après concertation avec les représentants du personnel ;

- des dispositifs d'échanges et de coopération : à tous les niveaux d'encadrement, il existe des temps institués et très réguliers d'échanges et de coopération qui permettent de parler des problèmes quotidiens et d'échanger sur les pratiques. On peut citer par exemple une réunion hebdomadaire des cadres supérieurs avec la direction des soins et la DRH, à laquelle participe aussi régulièrement la DG ; une rencontre mensuelle de tous les cadres de santé avec les mêmes acteurs ; des réunions de cadres au sein des pôles permettant de traiter des questions concrètes de gestion des services, d'assurer un meilleur soutien aux cadres de proximité et aussi une meilleure coordination des activités du personnel médical avec celles du personnel soignant ; la participation de la DRH est régulièrement organisée à ces réunions au sein des pôles pour échanges sur les problématiques RH.
- des instances de représentation : une réunion du collège de l'encadrement est organisée également tous les 2 mois avec les instances de direction.
- d'autres actions spécifiques : on peut évoquer les actions de formation et d'échanges de pratiques professionnelles en direction des « faisant fonction » d'encadrement qui permettent des rencontres régulières pour toutes les personnes en cours d'apprentissage de la fonction avec un cadre supérieur de santé spécialement dédié à l'animation et au soutien de ce groupe de personnes ; par ailleurs, des systèmes de tutorat sont établis pour soutenir le nouvel encadrant pendant plusieurs mois après la prise de poste.

Situation actuelle, développement

Globalement, le « pack formation » pour l'encadrement apparaît comme un succès ; la plupart des cadres suivent un ou plusieurs modules par an (..... qqes chiffres ?) et expriment leur satisfaction : selon leurs dires, ces sessions permettent de prendre du recul par rapport à leur activité, d'échanger avec des pairs et de trouver de nouvelles idées ; elles contribuent à des renouvellements concrets de leurs pratiques de management, le plus souvent dans le sens d'un management moins descendant et plus participatif, plus ouvert aussi à la diversité des agents.

Si le « pack formation » propose un grand nombre de formations collectives, l'édition 2018 veut mettre l'accent la possibilité aussi d'un appui individualisé pour les cadres de proximité et sur des formations à la gestion du stress pour les cadres eux-mêmes (au-delà des formations à la prévention des RPS). Par ailleurs, un accent est également mis fortement sur les échanges de pratiques entre pairs avec le développement d'une session « CREX Management » (apprentissage d'une méthode de retour d'expérience associée à une méthode d'analyse systémique) et la mise en place d'ateliers de co-développement pour les cadres supérieurs. Cette nouvelle action s'est développée sur un an avec une animation extérieure (1/mois, ½ journée) : elle a permis des échanges de qualité entre cadres supérieurs et constitue une piste nouvelle de soutien à l'encadrement.

L'établissement fait un effort remarquable de soutien à l'encadrement particulièrement par la mise en place d'une offre de formation cohérente et de qualité. Cependant, on a pu noter des difficultés récurrentes exprimées autour de la charge de travail qui reste très importante pour quasiment tous les cadres (charge liée à la gestion de leur équipe – souvent problèmes d'absentéisme très accaparants- et aussi à celle due aux nombreux projets dans lesquels ils sont la plupart engagés compte-tenu des grands chantiers de réorganisation liés à un programme d'investissement majeur pour l'hospitalisation complète, les hôpitaux de jour, les consultations externes, la pharmacie et le laboratoire et qui est vécue comme la difficulté

majeure pour suivre les formations et surtout être en capacité de mettre en œuvre toutes les connaissances acquises.

Les différentes instances de coordination sont globalement appréciées et semblent essentielles pour le bon fonctionnement des services ; elles ont par ailleurs fait progresser les liens entre personnel médical et les soignants. Ceci dit, elles s'inscrivent dans le contexte très contraint des hôpitaux et n'ouvrent sans doute pas toujours à des solutions immédiates en termes de moyens. L'appréciation est aussi plus nuancée pour le « collègue de l'encadrement » qui reste une instance d'informations descendantes et avec peu de participation du personnel d'encadrement.

Appréciation, Intérêts, possibilités de diffusion

L'intérêt des actions en soutien de l'encadrement tient surtout à la cohérence globale qui est donnée aux différentes actions et notamment aux actions de formation. Une vraie politique de soutien s'affiche ainsi – y compris avec des formations obligatoires - et semble reconnue et appréciée en tant que telle par les intéressés ; elle est un puissant facteur de leur engagement et, par ricochet, à celui de leurs équipes. La qualité des actions de formation, qui répondent bien aux préoccupations des professionnels semble aussi à valoriser. Par ailleurs, ces actions sont actualisées en fonction des besoins, comme le montre le développement plus récent et important aux actions d'échanges pratiques (ex : co-développement). La question de la charge de travail, de la multiplicité des projets engageant l'encadrement et celle des moyens limités pour y faire face reste cependant l'obstacle majeur à toutes ces actions. Par ailleurs, même si des instances nombreuses d'expression des cadres existent aux différents niveaux de travail, il semble que les réunions en grandes assemblées ne facilitent pas toujours l'expression des cadres devant la direction ; ce point reste à améliorer. Certains cadres sont aussi demandeurs de l'organisation d'échanges sur les pratiques. Une première réponse se trouve dans le Pack formation des cadres avec une formation aux « CREX Management » qui sont appelés à se développer.

DISPOSITIF FACILITANT LA CONVERGENCE MEDICO-SOIGNANT

Synthèse du sujet

Cet établissement public de santé a mis en place, dans un service, un dispositif permanent d'échanges et de coopération facilitant la convergence des problèmes professionnels des médecins et autres personnels soignants, sujet fréquent de tensions dans les services. A l'expérience, ce dispositif améliore la coopération entre les acteurs, le climat social et finalement aussi la prise en charge des patients.

Descriptif du sujet, de l'action, de la démarche...

En 2003-2004, au moment du passage en PHU, la direction des soins a demandé à toutes les unités d'écrire un projet de convergence médico-soignante. Une réunion institutionnelle a été organisée auprès de tous les responsables d'unités (médecins et cadres de santé) pour présenter le projet. Il a été créé au niveau de l'établissement une trame et des conseils pour aider la mise en œuvre de ce projet dans les unités.

Le service de néphrologie a mis en place cette convergence médico-soignante de la manière suivante :

- Désignation de référents infirmiers/aides-soignants et médecins au sein du service suite à un appel à candidature ;
- La cadre de santé a animé 2 réunions d'1h pour remplir un tableau sur ce qui fonctionne bien, ce qui fonctionne moins bien, quelles sont les propositions d'amélioration possibles ;
- Le médecin-chef de service a animé une réunion avec les médecins pour remplir le même tableau ;
- Ensuite tous les référents ont fait 2 réunions d'1h pour mettre en commun les 2 tableaux et construire une trame commune de projet de convergence médico-soignante ;
- Une réunion finale avec tous les médecins du service, les IDE et les référents a permis de présenter le document final ;
- Des réunions avec les référents ont continué à avoir lieu pour faire les réajustements nécessaires. La difficulté est de fidéliser et trouver un format qui donne envie de venir en dehors du temps de travail sur des heures récupérées.

C'est la cadre de santé qui anime la réunion et qui fait le compte-rendu en direct en le projetant sur écran.

Situation actuelle, développement

Actuellement, il y a 1 staff médico-soignant 1 fois/semaine, sur un créneau de 30 min à partir de 8h15. Ces staffs regroupent les IDE, AS, internes, chef clinique, kiné, psychologue, assistante sociale, diététicienne, IDE recherche clinique... au total 15 personnes. C'est un temps d'échanges qui permet un apprentissage commun autour des patients qui posent le plus de problèmes. L'équipe peut y exprimer ce qui est lourd en matière de prise en charge, cela permet de recadrer les choses par la suite. Les médecins sont plus à l'écoute des aides-soignantes pour prendre des décisions y compris sur les sorties des patients, il y a de vrais échanges et discussion entre tous les acteurs.

Ces temps sont bien institués même pendant les vacances d'été, même quand le cadre de santé ou le médecin chef sont absents. Par contre, leur pérennité dépend de l'implication et

de la bonne entente entre le cadre de santé et les médecins et le cadre de santé et l'équipe paramédicale.

La difficulté vient du fait que dans un hôpital, les internes et les externes changent de manière très régulière, donc des problèmes réglés peuvent se reproduire à l'arrivée d'un nouvel interne qui n'a pas l'historique du service. Il faut toujours réactualiser les procédures et les consignes. Désormais, une réunion d'information animée par le cadre de santé (sur le fonctionnement du service, les procédures, la communication et le dialogue comme valeur essentielle...) par le cadre de santé est effectuée à l'arrivée de tout nouvel interne.

Appréciation, Intérêts, possibilités de diffusion

Le projet conduit en néphrologie l'a été dans un contexte assez tendu où le service rencontré des difficultés. Il a fallu bien expliquer les choses à tout le personnel pour faciliter leur adhésion et leur implication. Le cadre de santé et le médecin-chef étaient convaincus des bénéfices organisationnels qu'ils pourraient retirer d'une telle démarche. Au final, ça a permis de faciliter le travail et même entraîné une meilleure image du service au sein de l'hôpital. Depuis il n'y a plus de plaintes de patients sur des problèmes de prise en charge médicale.

Au départ le personnel était un peu réticent et trouvait que le projet ne servirait à rien. Après les réunions et la création du projet de convergence médico-soignante, ils se sont rendus compte qu'il y avait des choses qui pouvaient changer et de l'intérêt pour leur travail au quotidien. Aussi bien côté médical que paramédical, les éléments remontés ont été entendus, les difficultés et contraintes de part et d'autre ont été mieux comprises et des choses ont été construites ensemble. Par exemple, l'équipe médical a réexpliqué au personnel paramédical ce qui signifiait le fait d'être centre de référence (accepter tous les patients, à n'importe quelle heure, sans qu'ils passent par le service des urgences), ce qui a permis de mieux comprendre pourquoi les patients sont là et de mieux accepter les contraintes de prise en charge et ainsi d'adapter l'organisation mise en place au bénéfice du confort des patients.

SOUTIEN AU PERSONNEL MEDICAL ET A LA COOPERATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS

Synthèse du sujet

Cet établissement a développé des actions spécifiques en direction des médecins visant autant à leur bonne intégration à l'hôpital qu'à soutenir leur activité professionnelle, en particulier lorsqu'ils ont des responsabilités de chef de service. Des actions innovantes sont aussi mises en œuvre en termes de formation par simulation et de médiation. Toutes ces actions favorisent l'intégration des médecins mais aussi leur collaboration avec tous les personnels de l'hôpital et ainsi indirectement le fonctionnement des services.

Descriptif du sujet, de l'action, de la démarche...

L'intégration du personnel médical dans le fonctionnement général des hôpitaux est souvent problématique et les questions de la bonne coopération entre personnel médical et le personnel soignant est une question récurrente. Par ailleurs, les médecins évoquent actuellement plus facilement des préoccupations liées à leur vie professionnelle, aux difficultés du travail et à leur charge de travail ; ils expriment aussi des besoins nouveaux qu'il faut prendre en charge pour favoriser leur activité professionnelle et indirectement leurs relations à l'hôpital et à tout le personnel avec lequel ils doivent collaborer.

L'établissement a développé, depuis plusieurs années, une démarche globale qui permet une meilleure intégration du personnel médical dans l'établissement – sous tous ses aspects- et favorise leur activité de gestion de service au travers de plusieurs actions :

- actions visant à favoriser l'accueil des médecins : mise en place d'un processus d'accueil, livret d'accueil, fiche de poste et aide pour l'installation dans la ville,
- actions de formation : en particulier, pour les chefs de service qui doivent obligatoirement suivre des actions de formation au management d'équipes complétées, si besoin, par des appuis individualisés au management et à la gestion de projet.

Par ailleurs, beaucoup de médecins ont dû suivre les formations sur la prévention des RPS, formations qui étaient ouvertes à tout le personnel d'encadrement, ce qui a favorisé des échanges entre les différentes catégories de professionnels.

L'établissement développe également des actions innovantes de formation par simulation (CAP'SIM). Si celles-ci servent d'abord à la formation aux situations de soins, elles constituent aussi – surtout par le temps de retour d'expérience- des temps forts d'échanges entre professionnels, médecins et autres soignants et acteurs de la prise en charge des patients ; leurs caractéristiques de ces sessions étant d'être pluri-professionnelles et non hiérarchiques. Par ailleurs, il est prévu d'organiser, en 2018-2019, des sessions de formation par simulation sur des activités de management.

Le soutien à l'intégration des médecins passe aussi par d'autres actions :

- le développement d'une cellule de médiation, lieu d'écoute des praticiens en situation difficile,
- des actions favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et le renforcement de la convivialité, l'échange sur des questions d'éthique médicale.

Dans un service de l'hôpital, il a été établi une « charte médicale » entre les médecins qui a été établi, de façon consensuelle et explicite, les règles de fonctionnement de la collaboration concrète entre les médecins. Elle constitue une référence collective avec l'objectif de mieux

organiser le travail, réguler les activités et besoins du service et ainsi prévenir les éventuels conflits de répartition de la charge. Elle est rendue active par des réunions régulières de régulation entre médecins pour l'organisation optimale du service.

Situation actuelle, développement

Toutes les actions indiquées sont installées et développées sous l'égide de la CME et de la Commission de la vie hospitalière. Le dispositif d'écoute des praticiens est nouveau et pris en charge par 7 médecins qui seront formés aux pratiques de médiation entre juin et septembre 2018.

Appréciation, Intérêts, possibilités de diffusion

L'établissement a développé une approche globale et cohérente de soutien à la population des médecins. Elle touche autant leur bonne intégration dans l'hôpital que l'appui à leur fonction d'encadrement lorsque le médecin est aussi chef de service. Sur ce plan, des actions de formations innovantes sont expérimentées. La prise en charge récente des situations de difficultés par la mise en place d'une cellule d'écoute et de médiation sera intéressante à suivre d'autant que l'expression des médecins sur leurs propres difficultés semble plus facile. A l'expérience, il semble que toutes ces actions contribuent aussi – dans la plupart des services - à une meilleure coopération avec le personnel soignant, à un climat de relations plus apaisé et évidemment à un meilleur fonctionnement des services.

LES ESPACES DE DISCUSSION

Synthèse du sujet

Dans le cadre du projet Qualité de Vie au Travail, cet établissement public de santé expérimente, depuis janvier 2018, la mise en place d'un espace de discussion dans un service de chirurgie. L'expérience, plutôt positive à ce stade quant à la participation et au ressenti du personnel, est en cours de développement. Elle montre les intérêts et les limites de ces dispositifs d'expression et les conditions de leur extension.

Descriptif du sujet, de l'action, de la démarche...

En collaboration avec les syndicats, le projet des espaces de discussion a été retenu par la direction de l'hôpital pour agir sur le développement de la QVT au sein de l'établissement. La conduite de projet a été confiée à l'ergonome dont un des axes de travail est la promotion de la QVT.

Pour se faire, elle s'est inspirée des documents et publications de l'Anact sur le sujet ainsi que de l'expérimentation qui avait déjà été conduite aux Hospices civils de Lyon.

Le choix du service pilote s'est fait en réponse à deux conditions préalables :

- que le secteur soit apaisé sur le plan relationnel et stable sur le plan organisationnel,
- que l'équipe soit volontaire.

Le choix de l'unité par l'ensemble des acteurs concernés (DRH, directeurs de plateforme, ergonome...) s'est porté sur l'unité de neurochirurgie vasculaire d'un secteur de l'hôpital.

Les objectifs des espaces de discussion sont de :

- favoriser la communication au sein de l'équipe médico-soignante,
- créer le lien entre les soignants et les personnels médicaux,
- verbaliser les irritants potentiels au sein de toute l'équipe,
- faire prendre conscience des contraintes de chacun et les partager,
- rechercher des solutions collectives au sein de l'équipe pour réduire les contraintes.

Avant le lancement du projet, une communication détaillée sur l'expérimentation a été faite par l'ergonome auprès de l'équipe en présence du médecin, chef du service et du directeur de plateforme.

Le projet a débuté en janvier 2018. Les espaces de discussions ont lieu une fois par mois pendant 1heure (sur le temps de travail) dans la salle de réunion du service.

Une charte de fonctionnement de ces espaces a été co-construite par l'ergonome et l'équipe puis validée collectivement et signée par l'ergonome, la cadre et le médecin, chef du service. Elle précise le contexte du projet, la définition d'un espace de discussion, les objectifs pour l'établissement, les sujets de discussion proposés (validés avec l'équipe), les acteurs de l'expérimentation (équipe médico-soignante dans son intégralité, la déontologie, les modalités pratiques (durée, rythme, lieu, inscription temps de travail, participants. Afin de rendre ce moment convivial, l'équipe a tenu à inclure le partage d'un café et de pâtisseries pour accompagner les discussions.

Le contenu d'une séance est le suivant :

- un temps de-brise-glace pour établir le rapport collaboratif,
- la sélection du sujet à aborder lors de la séance,
- le partage et l'analyse autour du sujet du jour ;

- un temps de conclusion pour valider la ou les actions à mettre en place en lien avec le sujet traité lors de la séance.

Lors de ces séances, l'ergonome a un rôle d'animateur (c'est un catalyseur de communication). Elle est aussi là pour faciliter le respect de la charte.

La cadre de service prend des notes car c'est elle par la suite qui se doit de mettre en place et porter les actions actées par le groupe.

Un des enjeux est de rendre l'équipe autonome dans la mise en œuvre de ces espaces de discussion. L'ergonome anime donc les 6 premières séances, elle accompagne la cadre de service dans la prise de notes puis dans l'animation afin de se retirer progressivement.

Situation actuelle, développement

C'est un projet en cours de développement depuis le début d'année 2018 sur une unité test. L'objectif est de le déployer sur d'autres services d'ici la fin d'année et dans les années à venir.

Appréciation, Intérêts, possibilités de diffusion

L'ergonome a noté au cours des séances que le fait de libérer la parole, en faisant verbaliser les agents sur leurs difficultés et leur travail, a un vrai effet positif sur le groupe et sur les agents (les traits du visage se détendent, les sourires apparaissent, il y a une émulation dans le groupe...). Il est aussi à noter qu'il y avait 7 participants lors de la 1^{ère} séance et 17 participants lors de la 2^{nde} séance ; le taux de participation est un indicateur significatif qui traduit bien l'intérêt qu'y trouvent les agents.

Le projet fonctionne bien dans ce service parce que :

- l'équipe travaille dans un climat apaisé, les relations y sont bienveillantes ;
- l'équipe est volontaire, les agents ne sentent pas obligés de venir, ils viennent parce qu'ils acceptent et veulent s'exprimer ;
- les acteurs stratégiques du service s'impliquent, le médecin-chef de service et la cadre de santé ;
- tous les métiers sont représentés médicaux comme paramédicaux ;
- il y a eu une validation de tous les niveaux hiérarchiques de l'établissement, les acteurs stratégiques ont confiance dans le projet et donnent les moyens de sa mise en œuvre.

Pour qu'un tel projet fonctionne, la personne qui le conduit doit :

- s'investir personnellement et croire aux réels bénéfices du projet au profit de l'équipe ;
- avoir confiance en la capacité des acteurs de s'exprimer librement et de se responsabiliser (ce sont eux qui ont certaines solutions aux difficultés qu'ils rencontrent).

Il est à noter que cet outil, espaces de discussions, tel qu'il est présenté dans cette fiche n'est pas adapté aux situations/contextes de crise car les critères de réussite ne seront pas là (bienveillance, esprit de co-construction, volontariat...).

EVALUATION DE LA DEMARCHE DE PREVENTION DES RPS

Cet établissement public de santé a mené, à l'issue de 4 ans d'actions de prévention des RPS, une évaluation qualitative et quantitative de sa démarche en symétrie de la démarche de diagnostic menée en 2013 ; ceci peut constituer une base pour renouveler le plan d'actions.

Descriptif du sujet, de l'action, de la démarche...

L'évaluation qualitative a pris la forme d'entretiens individuels proposés à 60 salariés de l'établissement ayant participé au diagnostic de 2012-13 et tirés au sort. Au total, 37 entretiens ont été menés, soit par la psychologue du travail, soit par l'infirmière de l'établissement à partir d'un guide d'entretien. Lors de ces entretiens, sont évaluées la diffusion de la démarche au sein de l'établissement, ses conditions de réception (pour les agents dans le site principal et dans les sites dispersés) ainsi que la connaissance et la pertinence de chaque action des 10 axes du plan d'actions. L'évaluation quantitative s'est faite à partir d'un questionnaire réunissant un ensemble d'indicateurs validés scientifiquement et identiques à ceux du questionnaire général de 2013 pour permettre une comparaison dans le temps. L'objectif de cette démarche est de mesurer les évolutions du ressenti au travail au sein de l'établissement sur une longue période, de la santé mentale et des effets de la démarche. Pour l'établissement, cela permet de mesurer l'efficacité du plan en cours de réalisation et cela devrait permettre aussi de l'ajuster en fonction des constats. Pour aller plus loin, un croisement des données pourra être effectué avec les indicateurs traditionnels de l'établissement suivis régulièrement, tels que l'absentéisme, les déclarations de maladie professionnelle, le turn-over et l'ancienneté du personnel...

Situation actuelle, développement

La participation à l'évaluation quantitative via les questionnaires est modérée, 38% de réponses (contre 68% lors de la phase diagnostic). Ce manque de mobilisation est en cohérence avec le sentiment d'une démarche qui s'essouffle et qui doit se renouveler. Des retours positifs ont été faits particulièrement sur les possibilités d'expression directe avec la hiérarchie, l'intérêt de lieux d'échanges médecins-soignants, les ateliers d'écriture, la charte des bonnes relations entre professionnels, les actions touchant l'information sur les RPS (ex. conférences...). Des difficultés sont par contre évoquées -avec parfois une augmentation des problèmes- concernant la gestion de l'absentéisme, le manque de reconnaissance et surtout la charge de travail, notamment dans sa dimension psychologique. Par ailleurs les conclusions des évaluations effectuées permettent de mettre en avant des difficultés nouvelles de plusieurs catégories professionnelles : les cadres de santé, les médecins et les personnels des pôles de directions et d'administration. La situation a aussi évolué avec une moins bonne santé ressentie dans les unités éclatées par rapport à l'établissement central. Globalement, le soutien social reste un facteur stable et demeure un facteur positif très important pour la santé du personnel. Dans le même temps, les évaluations ont démontré l'intérêt du personnel pour la démarche de prévention des risques RPS.

Appréciation, Intérêts, possibilités de diffusion

La démarche d'évaluation menée dans cet établissement trouve son intérêt dans la remise à plat du sujet. Cela permet de remettre en discussion une démarche longue dont on peut perdre le fil en cours de déploiement. Cela permet également de mesurer la connaissance réelle par les agents au sein de l'établissement d'une telle démarche. L'évaluation va aussi permettre

de redéployer la démarche auprès de populations peu ciblées jusqu'à présent par les actions : les médecins, les cadres de santé et les administratifs. Il permettra aussi de redéployer des actions de prévention sur les questions de charge de travail, de formation des cadres et sur le développement de lieux d'échanges sur le travail. Ces questions vont être traitées par le comité de suivi mis en place.

A l'expérience, si la passation d'un nouveau questionnaire a donné de nouvelles informations, celle-ci a paru lourde à déployer. De plus, il conviendra de croiser ces informations avec des indicateurs afin de pouvoir exploiter correctement toutes les informations. Et surtout avec de nouveaux groupes de travail plus près du terrain pour appréhender les nouvelles questions.

ANNEXE 2 : Grille d'auto-évaluation proposée aux établissements



GRILLE D'ÉVALUATION DES DEMARCHES DE PREVENTION DES RPS DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Grille à remplir et à renvoyer à l'intervenant Aract ou Anact en charge de l'évaluation de la démarche de votre structure. Cette grille a pour objectif de recueillir des informations générales sur votre démarche pour faciliter les rencontres programmées avec l'intervenant Anact ou Aract. Elle devrait surtout permettre un 1^{er} échange entre les porteurs et acteurs principaux du projet sur les points forts, difficultés et enseignements de votre démarche. Nous vous demandons, dans la mesure du possible, de remplir cette grille collectivement : en réunion de CHSCT, en Copil RPS, GT RPS... toutes formes qui rassemblent les acteurs principaux du projet. Si nécessaire, la grille mentionnera les différences de points de vue des acteurs sur tout ou partie des réponses.

NOM DE LA STRUCTURE	
Rédacteur du document Nom, fonction Coordonnées	
Modalités de remplissage de ce document (quels acteurs réunis et impliqués ? comment ?)	

Modalités d'association du CHSCT à la rédaction du document	
Modalités d'association d'autres acteurs de l'EPS à la rédaction du document	

1. DISPOSITIF D'ÉVALUATION DE LA DEMARCHE DEJA MIS EN PLACE

(Fournir les documents d'évaluation déjà réalisés si c'est le cas)

Avez-vous déjà réalisé une évaluation de vos actions et de leurs effets ? *(si non, passer à la question suivante)*

- Selon quelles modalités ?
- Avez-vous évalué l'ensemble de la démarche ou de certaines actions ? dans ce dernier cas, lesquelles ?
- Qui a réalisé l'évaluation ? avec qui ? un appui externe a-t-il été sollicité ?
- Comment les différentes parties concernées ont été impliquées ?
- Un avis du CHSCT a-t-il été sollicité ? *(si avis du CHSCT exprimé, fournir le CR concernant le sujet)*

2. CONTEXTE DE DEPART DE LA DEMARCHE

Quels sont les éléments significatifs à retenir du contexte de départ de la démarche ?

Ex. évènements déclencheurs de la démarche, antériorité des actions de prévention, intérêt et mobilisation des acteurs, contexte de dialogue social, organisation de la prévention, etc..

2. EVOLUTION DU CONTEXTE GENERAL DE L'ETABLISSEMENT

Quels sont les faits majeurs de transformation de votre établissement survenus au cours de la période couvrant la démarche de prévention des RPS et jusqu'à ce jour ?

Ex. : Restructurations, transformations organisationnelles, évolution des services, évènements survenus dans la gestion de l'établissement, projets significatifs menés en parallèle ? Projets en cours ou à venir à court terme ?

3. ETAPES PRINCIPALES DE LA DEMARCHE DE PREVENTION RPS

Selon vous, quelles ont été les principales étapes de votre démarche du diagnostic au plan d'actions ?

Dates
ou
périodes

3. ACTIONS DE PREVENTION PREVUES AU PLAN D' ACTIONS

Indiquer les principales actions qui ont été prévues dans le plan d'actions ? en prévention primaire, secondaire, tertiaire ?

Types d'actions

État de réalisation (septembre 2017) et explications sur décalage éventuel dans la réalisation

4. ACTIONS DE PREVENTION MISES EN ŒUVRE

Pour les actions mises en œuvre, quels résultats constatés ? selon quels indicateurs ? Des différences selon les services, catégories de personnel, etc.. ? évolution des résultats ?

Actions	Appréciation des résultats

5. POURSUITE DE LA DEMARCHE RPS ET SUITES ENVISAGEES

- Quel dispositif mis en place pour suivre le déroulement des actions ? (ex : tableau de suivi des actions, comité de suivi..)
- Comment comptez-vous pérenniser les actions de prévention RPS ?
- Avez-vous modifié votre DU pour tenir compte des actions RPS ?
- Un nouveau plan d'actions a-t-il été mis en place ou envisagé ? selon quelles modalités ? et quel contenu ?
- Quelle prise en compte des RPS dans la gestion courante du CH et les projets ?
- Comment la préoccupation continue d'être travaillée aujourd'hui ? une démarche QVT est-elle entreprise ?

6. APPRECIATION GENERALE DE VOTRE DEMARCHE

Sur la mise en place et le développement de la démarche de prévention (du diagnostic au plan d'actions) ?

Quels points forts de votre démarche ?

Quels points faibles ? principales difficultés ?

Sur le contenu des actions de prévention elles-mêmes ?	
Quels points forts de votre démarche ?	Quels points faibles ? principales difficultés ?

7. ACTIONS SIGNIFICATIVES DE VOTRE DEMARCHE
Quelle(e)s action(s) vous semble significative(s) de votre démarche et que vous souhaiteriez mettre en valeur ?

**Commentaires libres sur votre démarche et les conditions de son développement
dans d'autres établissements hospitaliers selon votre expérience**

ANNEXE 3 : Grille d'analyse des démarches de prévention



Évaluation dans les EPS Phase 1

Personnes rencontrées, fonctions et dates :

1. Établissement : quelques données caractéristiques

- Caractéristiques essentielles, spécialités... Nombre de lits
- Effectifs (médicaux et non médicaux... autres infos significatives sur effectifs...)
- Contexte éco.
- Organisation de la DRH et de la prévention et de la gestion des risques

2. Description de la démarche

- Contexte de départ de la démarche
- Évolution du contexte (éco. social...)
- Formes et modalités du diagnostic de départ
- Éléments du diagnostic et processus d'évaluation des RPS (modalités, recours à consultants, questionnaires, etc...)
- Processus et modalités de pilotage et conduite de la démarche
- Types d'actions mises en place (niveau de prévention...)
- Indicateurs de suivi mise en place
- Actions significatives mises en œuvre

3. Évaluation : données et indicateurs sur le processus :

- Portage politique-implication de la direction
- Pilotage paritaire et pluridisciplinaire de la démarche
- Formation et implication de l'encadrement
- Coopération entre acteurs (prévention, RH, qualité des soins, etc...)
- Coopération avec le CHSCT-dialogue social
- Animation du projet (formation, stabilité des acteurs pilotes...)
- Communication sur la démarche
- Participation du personnel à la démarche
- Qualité du diagnostic (notamment proximité du travail réel)
- Qualité du passage du diagnostic au plan d'actions
- Qualité du plan d'actions (actions hiérarchisées...)

- Qualité des actions mises en œuvre
- Pérennité de la démarche : moyens mis en œuvre pour...
- Intégration des RPS dans les projets et gestion RH

4. **Évaluation : données et indicateurs sur les actions**

- Types d'actions ; équilibre entre niveaux de prévention
- Actions prévues, réalisées : analyse des écarts
- Indicateurs de réalisation des actions
- Indicateurs d'effets CT : TO, absentéisme, satisfaction ... évolution des taux et analyse

5. **Évaluation : données et indicateurs sur les représentations et pratiques**

- Évolution des représentations des acteurs
- Évolution des pratiques de management
- Évolution du dialogue social
- Évolution des pratiques de conception et conduite du changement
- Effets indirects évoqués

6. **Évaluation : données et indicateurs sur la pérennité et l'intégration de la prise en compte des RPS**

- Capacités d'évaluer et modifier le plan d'actions
- Indicateurs de suivi
- Intégration dans le DU
- Pérennité des instances de suivi/pilotage RPS
- Diffusion des actions

7. **Évaluation : données sur l'évaluation faite par les acteurs**

- Évaluation par les acteurs : points de convergence et de désaccords
- Capacité d'analyse REX et développement de la prévention

8. **Appréciation générale**

A retenir	Thèmes	Commentaires
Points forts		

Points faibles		

9. Pistes à creuser pour amélioration/hypothèses pour la suite (*plutôt pour préparer le retour à l'établissement*)

Thèmes	Commentaires. Propositions...

10. Actions significatives (pour phase 2) : décrire succinctement et raisons de l'intérêt si cela existe dans cet EPS

Actions ou thèmes significatifs	Commentaires