

RENARD Claire

# En quoi la Qualité de Vie au Travail peut impacter l'attractivité externe d'un établissement ?

Sous la direction de Monsieur Laurent Castra

**Mémoire de fin d'études de la 2<sup>ème</sup> année de Master Sectoriel  
Option Management des Risques, de la Qualité et des Flux  
Année universitaire 2018-2019**

## **Composition des membres du Jury :**

- **HUBERT Hervé**, Professeur des universités, Université de Lille
- **CASTRA Laurent**, Directeur Qualité Sécurité Santé Environnement, Agence Régionale de Santé D'Ile de France
- **BONVARLET Brigitte**, Directrice Qualité, Ramsay Générale de Santé

**Date de soutenance** : le Vendredi 4 octobre à 18h



## REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Laurent Castra pour sa disponibilité ainsi que pour tous ses conseils avisés afin de parvenir à finaliser ce travail. Je le remercie de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

Je remercie également vivement Monsieur Hervé Hubert pour les temps consacrés à la formulation de la problématique de ce sujet.

Merci à Madame Brigitte Bonvarlet pour sa présence à cette soutenance de stage.

Un grand merci à Anne-Sophie Henneron.

Merci également aux personnes travaillant à ILIS, notamment à Mme Sophie Lecuona pour sa disponibilité tout au long de l'année.

Je souhaite aussi remercier mes proches pour leur soutien.

Un grand merci à Alexis Nicolis pour son soutien inconditionnel au quotidien.

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
GLOSSAIRE .....	6
TABLE DES FIGURES .....	8
INTRODUCTION .....	9
<b>PREMIERE PARTIE : ETABLISSEMENTS DE SANTE : QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET CRITERES DE CHOIX DES PATIENTS .....</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre 1 : La démarche « Qualité de vie au travail » dans les établissements de santé .....</b>	<b>11</b>
I.    Qu'est-ce que la Qualité de Vie au Travail ? .....	11
II.   Enjeux de la démarche QVT .....	13
III.  Les dispositifs de la QVT .....	14
IV.  Mesure et évaluation de la QVT en milieu de soins .....	17
<b>Synthèse du chapitre.....</b>	<b>20</b>
<b>Chapitre 2 : Les critères des patients pour le choix d'un établissement de santé.....</b>	<b>21</b>
I.    Changement du statut du malade .....	21
II.   Les Droits des patients .....	21
III.  La Qualité de Vie au Travail des soignants, un critère de choix pour les patients ? .....	22
<b>Synthèse du chapitre.....</b>	<b>26</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : EN QUOI LA QUALITE DE VIE AU TAVAIL PEUT IMPACTER L'ATTRACTIVITE EXTERNE D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE ? .....</b>	<b>27</b>
<b>Chapitre 1 : Un lien incontestable entre la Qualité de Vie au Travail et la qualité des soins ? .....</b>	<b>27</b>
I.    Lien entre les indicateurs de Qualité de Vie au Travail et les indicateurs de Prise En Charge .....	27
II.   Le manque de personnel, révélateur de problématiques QVT et qualité des soins ....	28
III.  La Qualité de Vie au Travail peu révélée par la certification ? .....	29
<b>Notre hypothèse .....</b>	<b>32</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>32</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>39</b>
<b>Plan d'actions proposé.....</b>	<b>41</b>
<b>Perspective.....</b>	<b>41</b>
<b>Chapitre 2 : Impacts sur l'attractivité des établissements de santé ? .....</b>	<b>44</b>
<b>Etat des lieux des suicides .....</b>	<b>44</b>
<b>Notre hypothèse .....</b>	<b>45</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>45</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>51</b>

<b>Plan d'actions proposé</b> .....	53
<b>Perspective :</b> .....	53
<b>CONCLUSION</b> .....	54
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	55
<b>ANNEXES</b> .....	59

## GLOSSAIRE

**AM** : Assurance **M**aladie

**ANFH** : Association **N**ationale pour la **F**ormation permanente du personnel **H**ospitalier

**ANI** : Accord **N**ational Interprofessionnel

**ARS** : Agence **R**égionale de **S**anté

**ANACT** : Agence **N**ationale pour l'**A**mélioration des **C**onditions de **T**ravail

**ARACT** : Associations **R**égionales pour l'**A**mélioration des **C**onditions de **T**ravail

**CDC** : Centre **H**ospitalier de **C**ambrai

**CH** : Centre **H**ospitalier

**CHD** : Centre **H**ospitalier de **D**unkerque

**CDU** : Commission **D**es **U**sagers

**CHV** : Centre **H**ospitalier de **V**alenciennes

**COCT** : Conseil d'**O**rientation des **C**onditions de **T**ravail

**CQ** : **C**ompte **Q**ualité

**CRSA** : Conférence **R**égionale de la **S**anté et de l'**A**utonomie

**CRUQPC** : Commission des **R**elations avec les **U**sagers et de la **Q**ualité de la **P**rise en **C**harge

**DGOS** : Direction **G**énérale de l'**O**ffre de **S**oins

**DREES** : Direction de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques

**EHPAD** : Etablissement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendantes

**EIAS** : Evénement **I**ndésirable **A**ssocié aux **S**oins

**EPSM** : Etablissement **P**ublic de **S**anté **M**entale

**ES** : Etablissement de **S**anté

**GHT** : **G**roupement **H**ospitalier de **T**erritoire

**HAS** : Haute **A**utorité de **S**anté

**HPST** : Hôpital **P**atient **S**anté **T**erritoires

**HPVA** : Hôpital **P**rivé de **V**illeneuve d'**A**scq

**IN** : Infections **N**osocomiales

**IQSS** : Indicateur de **Q**ualité et de **S**écurité des **S**oins

**MCO** : **M**édecine **C**hirurgie **O**bstétrique

**NAO** : **N**égociations **A**nnuelles **O**bligatoires

**OMS** : **O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté

**PACTE** : **P**rogramme d'**A**mélioration **C**ontinue du **T**ravail en **E**quipe

**PEC** : **P**rise **E**n **C**harge

**QVT** : **Q**ualité de **V**ie au **T**ravail

**RH** : **R**essources **H**umaines

**SSR** : **S**oins de **S**uite et de **R**éadaptation

## TABLE DES FIGURES

Tableau 1 : Trame du tableau d'analyse des déterminants de Qualité de Vie au Travail.....	32
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des régions avec leurs établissements certifiés A, B, C, D et E .....	33
Tableau 3: Récapitulatif des nombres d'éléments QVT positifs et négatifs des établissements étudiés .....	38
Tableau 4: Récapitulatif des établissements ayant participé aux PACTE avec les thématiques et leur certification.....	41
Tableau 5: Comparaison des pourcentages d'établissements nationaux avec les pourcentages d'établissements ayant effectué le PACTE en fonction de leur certification ....	42
Tableau 6: Evolution des parts de marché des différentes activités de l'Hôpital Georges Pompidou entre 2015 et 2017 .....	47
Tableau 7: Evolution des parts de marché des différentes activités du CHU de Toulouse entre 2015 et 2017 .....	49



## INTRODUCTION

« Ce n'est pas ça mon métier, Madame la Ministre ». Cette phrase est tirée du livre « J'ai rendu mon uniforme » sorti en janvier 2019 de Mathilde Basset, jeune infirmière. Cette jeune soignante évoque ses conditions de travail dans l'établissement de santé où elle exerçait. Elle y dénonce le manque de moyens et l'épuisement des soignants. Cet ouvrage soulève la question de la Qualité de Vie au Travail (QVT) des soignants dans les établissements de santé.

Tout d'abord, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit la Qualité de Vie au Travail comme « l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé. Ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels. » [1] Dans ce dossier, nous allons nous intéresser au lien entre la qualité de vie au travail et l'attractivité externe des établissements de santé. L'attractivité externe des établissements de santé est leur capacité à attirer à un moment donné leurs futurs patients. En effet, les établissements de santé doivent être attractifs afin d'attirer leurs futurs patients dans le but de réaliser leur activité et afin d'obtenir des recettes.

En effet, le contexte actuel des établissements de santé est difficile : il existe des contraintes financières importantes et certains établissements sont en déficit. Afin d'apprécier la qualité de vie au travail des soignants, les patients doivent se contenter des informations publiques plus ou moins fiables sur la qualité des soins des différents établissements de santé (par exemple : internet, site institutionnel, blog, avis sur google).

Depuis quelques années, on entend parler de plus en plus de Qualité de Vie au Travail. Les soignants peuvent choisir leur lieu d'activité en fonction de la Qualité de Vie au Travail dans les structures. En effet, certaines structures sont reconnues pour une bonne qualité de vie au travail. Ces structures attirent les soignants et sont fortement sollicités par les soignants pour y exercer. La Qualité de Vie au travail des soignants peut être aussi une garantie de bons soins pour les patients. On peut également se demander si la qualité de vie au travail des soignants peut impacter l'attractivité vis-à-vis des patients. C'est pourquoi, j'aimerais approfondir cette notion et voir les impacts de la thématique Qualité de Vie au Travail dans le quotidien des établissements de santé.

Afin de répondre à la problématique « En quoi la Qualité de Vie au Travail peut impacter l'attractivité externe d'un établissement de santé ? », ces questionnements ont pu être formulé :

- Comment les patients peuvent-ils apprécier la Qualité de Vie au Travail dans un établissement de santé ?
- La Qualité de Vie au Travail impacte-t-elle directement l'attractivité d'un établissement de santé ?

La Qualité de Vie au Travail regroupe les conditions de travail, la capacité à s'exprimer et à agir mais aussi le contenu du travail des soignants [2]. Pour les patients, il est difficile d'observer tous ces critères. En effet, toutes ces notions de QVT sont internes aux soignants ou à l'établissement. Afin d'apprécier la qualité de vie au travail, les

patients peuvent disposer librement d'informations sur la qualité des soins sur les différents établissements de santé (internet, site institutionnel, blog, avis sur google).

Afin de répondre aux questionnements précédents, nous allons mener deux observations. L'une sera sur le lien entre la Qualité de Vie au Travail et la certification par l'investigation des différences entre dix rapports de certification (cinq d'établissements certifiés D ou E et cinq d'établissements certifiés A). En effet, les rapports de certification sont disponibles au grand public sur le site de la Haute Autorité de Santé. Cette observation nous permettra de savoir si les patients peuvent appréhender la Qualité de Vie au Travail par le biais de ces rapports. L'autre sera sur le lien entre la Qualité de Vie au Travail et l'attractivité des établissements de santé par l'observation des impacts des suicides sur l'attractivité des établissements. En effet, les suicides des soignants sont dus en grande partie à une mauvaise qualité de vie au travail. Du fait de la médiatisation de ces tragiques situations, nous allons voir si les suicides ont des impacts sur l'attractivité des établissements de santé. Pour se faire, nous allons nous intéresser aux données sur les parts de marché présentes sur le site Hospidiag.

L'objectif principal de ce mémoire est de valider ou réfuter les hypothèses suivantes :

- Les patients pourraient difficilement appréhender la Qualité de Vie au Travail des soignants ;
- Le nombre de suicides dans les établissements de santé représentatifs de la Qualité de Vie au Travail des soignants aurait une influence sur l'attractivité des établissements de santé.

Nous verrons dans un premier temps qu'il est nécessaire de faire un point complet sur l'ensemble des informations sur la thématique « Qualité de Vie au Travail » (Première partie). Nous devons également savoir s'il existe un lien entre la QVT et la certification et enfin si la Qualité de Vie au Travail des soignants a des impacts sur l'attractivité des établissements de santé (Deuxième partie).

## PREMIERE PARTIE : ETABLISSEMENTS DE SANTE : QUALITE DE VIE AU TRAVAIL ET CRITERES DE CHOIX DES PATIENTS

### Chapitre 1 : La démarche « Qualité de vie au travail » dans les établissements de santé

#### I. Qu'est-ce que la Qualité de Vie au Travail ?

Au milieu des années 1970, l'expression « Qualité de Vie au Travail » (QVT) est apparue dans le monde anglo-saxon. Le but était de faire évoluer un « modèle de bureau bureaucratique de style taylorien, répétitif et intégrant peu le facteur humain » [3]. En France, la QVT a fait son apparition à la fin des années 2000. Au tout début, les partenaires sociaux privilégiaient les actions sur le stress des salariés. Malheureusement, il y a eu un épuisement de ces outils mais aussi des méthodes sur cette notion. La démarche QVT est apparue après en s'intéressant davantage à l'organisation du travail mais aussi aux possibilités de la faire évoluer afin de l'améliorer. Nous pouvons dire que la QVT est une démarche assez récente.

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé, la Qualité de Vie au Travail « désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé » [3]. Cette démarche est indispensable au vu des transformations dans les organisations. Les principales transformations ont été :

- Les nouvelles réformes (par exemple la Loi Hôpital Patient Santé Territoires (HPST) de 2009) ;
- Les nouveaux besoins des patients ;
- L'accroissement des pathologies chroniques (par exemple les maladies cardiovasculaires, les affections respiratoires chroniques, le diabète ou encore les cancers). Ces pathologies chroniques sont responsables de plus de 63% de l'ensemble des décès [4]. Elles sont la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité dans le monde. Ces maladies pourraient accroître de 17% dans les dix prochaines années [5].
- Le vieillissement de la population : En France, les personnes ayant 65 ans ou plus sont passées de 13,9% en 1990 à 18,8% en 2016 [6]. Le vieillissement de la population est dû à l'allongement de la durée de vie mais aussi à la faible natalité.
- Le raccourcissement des durées de séjour ;
- Le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Le renforcement des exigences de qualité et de sécurité des soins ;
- Ou encore les progrès technico-médicaux.

Cette démarche permet des modifications managériales permettant de sortir d' « un système hiérarchique descendant » [7] pour arriver à une « organisation transversale » [7]. Cette organisation permet de prendre des décisions alimentées par des expériences de terrain des professionnels. Cette démarche concerne chaque salarié de chaque établissement. On peut en conclure qu'elle est l'affaire de tous.

Nous pouvons prendre des exemples d'actions pour améliorer la qualité de vie au travail :

- Nous pouvons prendre en premier exemple l'installation d'une crèche pour les personnels. Au Centre Hospitalier de Valenciennes (CHV) [8], une crèche nommée « Les P'tits Artistes » a été créée. Cette crèche accueille les enfants, âgé de 10 semaines à 4 ans toute l'année de jour comme de nuit (dimanches et jours fériés). La structure propose majoritairement ses places aux enfants du personnel du CHV. Elle accueille également les enfants des personnes ne travaillant pas au CHV à hauteur de 30% des places proposées [8]. Les intérêts d'avoir créé cette crèche au sein du CHV sont les suivants :
  - Qu'elle soit ouverte en permanence (24h/24h) qui est compatible avec les horaires des soignants, ce qui permet aux professionnels de santé d'avoir quelqu'un pour veiller sur leurs enfants même la nuit et les jours fériés ;
  - Qu'elle soit sur le lieu de travail des soignants, ce qui facilite la vie des soignants. Après leur travail, ils peuvent récupérer leurs enfants et rentrent directement à leur domicile sans passer chez la nounou ;
  - Cette crèche permet d'éviter l'anxiété ou le stress des soignants de ne pas trouver une nounou pour leurs enfants ;
- En deuxième exemple, nous pouvons prendre la création d'une salle de relaxation pour les soignants au Centre Hospitalier d'Argonne à Sainte-Menehould situé dans la Marne. Les intérêts de cette salle de relaxation sont :
  - L'amélioration de leur quotidien en permettant de se relaxer durant les pauses appropriées.

Nous pouvons dire qu'en matière de QVT, il n'y a pas de petites actions. Certaines actions peuvent coûter assez chère (le cas de la crèche) mais d'autres peuvent être à moindre coût (le cas de la salle de relaxation).

La QVT permet la mise en œuvre de toutes sortes de projets, de dialogue social et interprofessionnel, la participation de chacun des salariés aux choix et à la conception des politiques sociales internes aux structures (par exemple celles sur l'organisation du travail). Elle permet de porter une attention particulière pour tout changement qui s'effectue dans les structures. On peut dire que c'est une « bienveillance organisationnelle » [9]. La bienveillance se définit comme la capacité de se montrer indulgent ou encore attentionné envers ses semblables d'une façon complètement désintéressée et compatissante [10].

La démarche QVT met en valeur le rôle des salariés et de leurs représentants. Leurs rôles sont d'être les principaux acteurs dans la construction des solutions exposées notamment celles d'ordre organisationnelles. En effet, ils ont toutes leurs places aux côtés des dirigeants et des experts afin de prendre les bonnes décisions [11]. En effet, les salariés savent ce qui se passe réellement sur le terrain. Ils peuvent avoir de bonnes idées à proposer afin d'augmenter l'efficacité des structures de santé.

La QVT se rapporte également au sentiment de bien-être au travail. [12] Le concept de bien-être au travail est de portée beaucoup plus large que les notions de santé physique et ou mentale. « Elle fait référence à un sentiment général de satisfaction et d'épanouissement dans et par le travail qui dépasse l'absence d'atteinte à la santé. Le bien être met l'accent sur la perception personnelle et collective des situations et des contraintes de la sphère professionnelle. Le sens de ces réalités a, pour chacun, des

conséquences physiques, psychologiques, émotionnelles et psychosociales et se traduit par un certain niveau d'efficacité pour l'entreprise. » [13] S'intéresser au bien-être de ses salariés, c'est contribuer à l'épanouissement professionnel de ses salariés mais aussi à la bonne ambiance de travail au sein des différentes équipes. En effet, cela facilite le développement professionnel complet du salarié. Il ne faut pas oublier que le bien-être peut impacter directement la performance des établissements.

En résumé, la QVT est une démarche collective et participative qui permet d'associer les équipes pour plus d'efficacité [12].

Il y a six principaux champs de la QVT [12] :

- 1. « Donner du sens, partager, s'engager, participer » [12]
- 2. « Développer les relations, le climat social » [12]
- 3. « Adapter le contenu du travail aux besoins de chacun et de tous » [12]
- 4. « Intégrer la santé au travail dans une démarche préventive » [12]
- 5. « Développer les compétences et l'évolution professionnelle » [12]
- 6. « Favoriser l'égalité au travail et l'équilibre des temps de vie » [12]

Après avoir vu la définition de la Qualité de Vie au travail, nous allons voir les enjeux de la démarche QVT.

## II. Enjeux de la démarche QVT

Premièrement, la Qualité de Vie au Travail est une démarche dont l'objectif principal est d'améliorer le quotidien des professionnels de santé. En effet, elle permet de faire attention à la qualité des relations sociales et professionnelles mais également au contenu et à l'organisation du travail, aux possibilités de développement professionnel offertes à chaque salarié, et enfin à la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle de chacun [14]. On peut dire que la QVT est donc l'amélioration du quotidien des salariés en leur redonnant la fierté d'exercer leur travail ce qui permettra de renforcer la qualité de la Prise en Charge (PEC) des patients. Tous les changements effectués (Voir la partie précédente a.) dans le secteur sanitaire, social et médico-social peuvent avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins. Tous ces changements entraînent des modifications de l'organisation des soins dans les structures et dans les modalités de PEC. Ils ont des conséquences sur les conditions de travail des équipes qui sont déjà détériorées dû au rythme de travail et à un niveau élevé d'exigence des patients.

Les enjeux de la QVT sont [12] :

- « D'améliorer la qualité des prises en soins des patients et des résidents,
- Accompagner le changement,
- Favoriser l'attractivité des établissements,
- Générer une meilleure organisation du travail,
- Reconnaître et soutenir la qualité de l'engagement et de la participation de chacun dans le travail et dans son établissement,
- Renforcer le sentiment d'équité et de cohésion et favoriser le maintien dans l'emploi,
- Préserver la santé des agents et ainsi prévenir les risques professionnels et l'absentéisme. » [12]

Après avoir vu l'ensemble des enjeux de la démarche QVT, il est intéressant de connaître les différents dispositifs disponibles de la démarche.

### III. Les dispositifs de la QVT

Dans ce paragraphe, nous allons nous intéresser aux dispositifs de la Qualité de Vie au Travail. Nous allons voir les différents dispositifs de QVT en général et ceux spécialement conçus pour la santé.

Les premiers dispositifs de la QVT sont les différentes réglementations à son sujet.

#### a. Les dispositifs de la QVT en général

#### **Les différentes réglementations générales de la Qualité de Vie au Travail**

- Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013

L'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 a été écrit par le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation. « La qualité de vie au travail vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non de « faire un bon travail » dans une bonne ambiance, dans le cadre de son organisation ». [15]

- Loi Rebsamen (Loi du 17 août 2015)

Cette loi complète l'ANI. Elle « oblige les entreprises à négocier que la QVT et l'égalité professionnelle. Ce bloc de négociation comprend :

- La protection sociale et complémentaire des salariés ;
- L'égalité femmes – hommes
- Le handicap, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi ;
- La pénibilité ;
- Le droit d'expression ;
- La QVT ;
- La conciliation des temps de vie ». [16]

C'est une loi sur le dialogue social modifiant les règles de fonctionnement et l'organisation au sein des entreprises.

Elle reconnaît également les pathologies psychiques comme maladies professionnelles.

La loi Rebsamen regroupe en trois thèmes toutes les Négociations Annuelles Obligatoires (NAO). Les NAO ont été instituées par les lois Auroux de 1982.

Les trois thèmes sont :

- « La rémunération, le temps de travail et le partage de la valeur ajoutée de l'entreprise ;
- L'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail ;
- La gestion des emplois et des parcours professionnels. » [17]

- Le plan de santé au travail (2015)

C'est le troisième Plan Santé au Travail adopté par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (COCT) pour la période de 2016 à 2020. « Ce plan marque un infléchissement majeur en faveur d'une politique de prévention qui anticipe les risques professionnels et garantisse la bonne santé des salariés plutôt que de s'en tenir à une vision exclusivement réparatrice. Il prend aussi pleinement en compte la qualité de vie au travail. » [18]

#### b. Les dispositifs de la QVT en milieu de soins

### **Les différentes réglementations spécialement pour la santé**

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité au travail par les Ministères des solidarités et de la santé (2016)

La stratégie nationale d'amélioration de la qualité est sortie en 2016 et elle est une stratégie à long terme. « L'ambition de cette stratégie est de bénéficier à tous les professionnels de santé et à tous les modes d'exercice. » [19] Elle contient deux volets :

- Un premier qui concerne « les professionnels médicaux et non médicaux exerçant en établissements de santé et médico-sociaux » [19]
- Un second dont le but est d' « améliorer la qualité de vie au travail des professionnels libéraux ». [19]

- Second volet de la Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail consacré aux personnels exerçant en ambulatoire (2017)

La Stratégie est adaptée « aux spécificités de l'exercice ambulatoire sur trois chantiers prioritaires :

- L'amélioration des conditions d'exercice ;
- La sécurité des professionnels de santé dans leur contexte d'exercice ambulatoire ;
- La prise en charge précoce et efficace de la souffrance au travail, qui touche autant les professionnels de santé exerçant en ambulatoire que leurs collègues exerçant en établissement de soins. » [20]

- Une stratégie nationale pour « favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux, EHPAD et en établissements pour personnes handicapées. Volet établissements médico-sociaux (2018)

Ce volet souhaite « mettre en place au niveau national des actions qui favoriseront le renforcement des démarches de qualité de vie au travail dans tous les établissements. Cette stratégie s'articule autour de quatre axes prenant acte de la nécessité de démarche de qualité de vie au travail partant du terrain, même si le niveau national a évidemment un rôle à jouer pour créer un environnement propice et apporter un appui :

- Mettre en place et consolider un pilotage national et une animation territoriale ;
- Accompagner les établissements dans la mise en place de démarche QVT ;
- Contribuer à la montée en compétences des équipes ;
- Evaluer et suivre la mise en œuvre de la stratégie. » [21]

## **Les clusters sociaux [22]**

Un autre dispositif peut être les clusters.

Début 2016, les premières expérimentations de « clusters sociaux d'établissements pour améliorer la qualité de vie au travail » assistées par le ministère, la Haute Autorité de Santé (HAS) et par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), ont commencé.

Un cluster social est un groupe de cinq à huit établissements d'une même région travaillant sur une thématique commune dans le but est de suivre un changement. Cette démarche permet une dynamique inter-établissements. En effet, ces clusters permettent de partager les expériences des établissements sur une « dynamique interprofessionnelle ». Ces clusters peuvent partager les expériences des établissements sur, par exemple, « l'hospitalisation à domicile, la qualité des soins en lien avec la bientraitance et la qualité de vie au travail ou encore sur les changements organisationnels liés à la mise en place d'un GHT ».

Les objectifs de ces clusters sont :

- D' « identifier des innovations sociales » ; [22]
- De « valoriser de bonnes pratiques » ;[22]
- D' « identifier des repères collectifs » ; [22]
- Et enfin de « transmettre des outils et méthodes ». [22]

Ces clusters se déroulent pendant des journées d'animations collectives animées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et les Associations Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT).

Pour chaque journée, il y aura comme participants pour chaque établissement :

- Un représentant de la direction ;
- Les représentants du personnel ;
- Des médecins ;
- Et des cadres.

Douze clusters se sont créés depuis 2016 et 80 établissements sont inclus sur des thématiques variées.

## **Le Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe (PACTE)**

D'après l'analyse de plus de 47 000 événements porteurs de risque par la HAS, les causes principales d'un Événement Indésirable Associés aux Soins (EIAS) sont :

- 23% aux tâches à accomplir ; [23]
- 27% au travail en équipe ;[23]
- Et 15% au patient. [23]

Le PACTE est un programme proposé par la HAS ayant « pour finalité de proposer un cadre et des outils aux équipes souhaitant s'inscrire dans un objectif de sécurité du patient par le renforcement du travail en équipe. Ses objectifs sont :

- Sensibiliser les professionnels aux pratiques collaboratives autour de la qualité et de la sécurité des soins,



- Faire levier au niveau du microsysteme clinique, là où les patients, les familles et les équipes se retrouvent, autour d'un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins,
- Elaborer un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en équipe, là où la prise en charge réelle traduit la réalité de la pratique, suivre et évaluer les effets produits (individuel, patient, collectif, clinique, etc.). » [24]

Nous pouvons également avoir comme dispositifs des supports régionaux et nationaux de nature différente.

### **Des supports différents afin de promouvoir la QVT en santé**

Il existe de nombreux supports disponibles sur la QVT :

- Des petits livrets ;
  - Exemple « 10 questions sur la qualité de vie au travail » rédigé par l'ANACT et la HAS
- Des revues de littératures ;
  - Exemple : « Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins » de la HAS
- Des livres ;
  - « Agir sur la Qualité de Vie au travail » réalisé par l'ANACT
- Ou encore des affiches.

#### IV. **Mesure et évaluation de la QVT en milieu de soins**

##### **Mesure de la QVT par un baromètre [25]**

L'ARACT propose un baromètre sous forme d'un questionnaire court à destination des salariés dont le but est « d'avoir une vision de la perception de la Qualité de Vie au Travail des collaborateurs ». [25] Ce questionnaire doit être adapté à la structure qui l'utilise (adapté au contexte, au niveau du vocabulaire mais aussi à la culture de l'établissement).

Ce questionnaire est divisé en 6 rubriques :

- Mon travail ;
- Mon travail et ma santé ;
- Mon entreprise ;
- Mon développement professionnel et ma reconnaissance ;
- Mes relations professionnelles ;
- Mon équilibre vie privée / vie professionnelle.

Dans ces rubriques, les salariés peuvent répondre par

- Tout à fait d'accord ;
- Plutôt d'accord ;
- Plutôt pas d'accord ;
- Pas du tout d'accord.

Afin d'être pertinent, celui-ci doit être mis en place régulièrement (c'est-à-dire par exemple tous les ans ou tous les 2 ans). Cela permettrait de comparer la QVT régulièrement au sein de la structure.

## **Evaluation par des indicateurs**

La QVT peut s'évaluer par des indicateurs. Ces indicateurs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs. Il y a plusieurs types d'indicateurs : [12]

- Les indicateurs de perception. Par exemple : les baromètres de satisfaction au travail ou les échelles de la QVT ; [12]
- Les indicateurs de fonctionnement (fréquence des réunions d'équipe, tenue des entretiens annuels et des entretiens d'évolution professionnelle, taux de non-qualité, taux d'absentéisme) ; [12]
- Les indicateurs de santé au travail (taux d'accidents de travail, taux de maladies professionnelles, nombre d'inaptitudes, le nombre d'accidents) ; [12]
- Les indicateurs démographiques (structures d'âges, ancienneté ou encore les répartitions homme-femme) ;
- Les indicateurs de conditions au travail (contraintes temporelles, pénibilités, autonomie, qualité des relations au travail) ;

Ces indicateurs peuvent définir mais aussi suivre des politiques de prévention et d'amélioration de la qualité de vie au travail. En effet, ces indicateurs peuvent nous aider à comprendre certaines problématiques dans un établissement (par exemple les problématiques d'absentéisme). Il est important que ces indicateurs proviennent de sources différentes (par exemple Ressources Humaines (RH), enquête auprès des salariés, données de médecine du travail).

On peut conclure que ces indicateurs ont deux rôles principaux : réaliser un état des lieux (c'est-à-dire de réaliser un diagnostic) mais également de suivre et traiter des problématiques.

## **Evaluation par le biais de la certification des établissements de santé**

### *Définition de la certification [11]*

La certification HAS a été mise en place à la fin des années 1990. La certification permet à chaque établissement « d'obtenir une évaluation globale de son fonctionnement et de la qualité des soins dispensés » [11]. Cette évaluation est réalisée par des professionnels de santé mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle évolue en permanence afin de s'approprier aux nouvelles exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

### *Le critère de certification : la Qualité de Vie au Travail*

La Qualité de Vie au Travail est devenue un critère de certification pris en compte par la Haute Autorité de Santé (HAS). Chaque établissement doit adopter une stratégie QVT de ce fait.

L'objectif de la HAS d'intégrer la QVT dans la V2014 est « de sensibiliser les établissements, de repérer les milieux favorables et d'être un facteur d'inspiration de démarches innovantes » [11]. L'implémentation de la QVT dans la certification est prévue par un recueil systématique des démarches innovantes dans le Compte Qualité (CQ). Le CQ est un outil de gestion des risques permettant d'aider les établissements

de santé à prioriser leurs actions. L'établissement inscrira dans le CQ sa stratégie mais également son mode de management qu'il a mis en place pour l'avancement de l'approche QVT. Lors de la visite de certification, l'investigation de la thématique ne sera pas systématique.

## Synthèse du chapitre

On peut conclure de cette partie qu'il existe des réglementations en général sur la QVT.

En effet, le ministère du Travail a mis en place des textes spécifiques pour la qualité de vie au travail :

- Le plan de santé 2016-2020 ;
- Et l'accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013 relatif à la qualité de vie au travail

Concernant la santé, il y a des textes bien spécifiques comme la Stratégie Nationale d'Amélioration de la Qualité de Vie au Travail.

De plus, le site de la Haute Autorité de Santé propose des repères et des outils :

- « 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé » (réalisé avec les fédérations des établissements de santé et l'ANACT
- « Construire une démarche de qualité de vie au travail » (réalisé avec l'ANACT & la DGOS)

La HAS propose également une revue de littérature : « Qualité de vie au travail et qualité des soins »

Après avoir vu toutes les notions sur la Qualité de Vie au Travail dans ce chapitre, nous allons voir dans le prochain chapitre les critères de choix d'un établissement de santé.

## Chapitre 2 : Les critères des patients pour le choix d'un établissement de santé

### I. Changement du statut du malade

La loi définit la relation médecin-malade au XXe siècle par un arrêt de la Cour de Cassation du 20 mai 1936. Le Code Civil la définit dans l'article 1-101 comme « une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent vers une ou plusieurs autres à donner, à faire ou ne pas faire quelque chose ». [26] « La relation médecin-malade est un contrat civil, informel, verbal, tacite, résiliable, contrat de moyens et non de résultats ». [26] C'est un contrat bilatéral. C'est à dire que chaque partie a des obligations. Les patients ont accès à des informations médicales grâce aux révolutions des techniques de communication.

Autrefois, le patient était passif. En effet, il n'avait pas accès et ne connaissait pas la médecine. « L'information était descendante, autoritaire, transmise par une personne supposée savoir à une personne demandeuse ». [26] Le médecin était seul à décider des options pour les traitements.

Aujourd'hui, le patient est devenu un consommateur de soins : « le patient ne veut plus être traité en objet ». [26] Le médecin informe au maximum les patients (par exemple : les effets des médicaments ainsi que les effets indésirables). Le médecin propose des alternatives de traitement et le patient peut choisir quel traitement en collaboration avec le médecin. En effet, Le médecin prend les décisions en accord commun avec son patient. « Un partenariat efficace entre le médecin et le malade améliore l'efficacité thérapeutique ». [26] Il est devenu un acteur du système de soins. On peut dire que les patients « veulent être mieux informés, participer davantage aux décisions et être respectés ». [26] De plus, les patients peuvent demander l'accès à leur dossier médical. L'information des patients est une obligation légale mais aussi un droit des patients.

Nous allons voir maintenant les différents droits des patients en établissements de soins.

### II. Les Droits des patients

Les droits des patients sont régis dans la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et à la charte de la personne hospitalisée.

Lors d'une hospitalisation, les patients jouissent de droits qui sont :

- **Le droit à l'information** : Toute information donnée de la part des soignants doit être « accessible et loyale ». [27] De ce fait, il peut participer aux choix thérapeutiques qui concernent son état de santé.
- **Le consentement** : ce consentement concerne les personnes qui participe « à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des produits du corps humain et pour les actes de dépistages ». [27] Ce consentement doit être écrit.
- **La qualité des soins** : Les missions des établissements de santé sont :
  - De « Garantir la qualité de l'accueil, des traitements et des soins » [27] ;
  - D'« Être attentifs au soulagement de la douleur » [27] ;

- « Et assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de la vie ». [27]
- **Le respect de la personne et la confidentialité** : le patient doit être traité avec égards. Ses croyances religieuses, philosophiques ou encore politiques doivent être respectées. L'intimité et la tranquillité de chaque patient doit être préservée. « Tout patient hospitalisé a droit au respect de sa vie privée et à la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui le concernent ». [27]
- **Le choix de l'établissement de santé** : « Toute personne est libre de choisir l'établissement qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement ». [27]

Nous allons maintenant nous intéresser aux critères de choix des patients afin de choisir leur établissement de santé.

### III. La Qualité de Vie au Travail des soignants, un critère de choix pour les patients ?

En France, chacun a le droit de choisir son établissement de santé. Il existe deux sites de référence qui permettent de se renseigner sur les structures de soins.

- Il y a le site de l'Assurance Maladie (AM) qui permet de choisir son professionnel de santé mais aussi d'avoir des informations sur les établissements de santé.
- L'autre site est celui du ministère de la Santé. Celui-ci est alimenté par les enquêtes de la HAS.

D'après une étude réalisée par la mutuelle Santé « Swiss life » en 2007, 70 % des français souhaiteraient davantage d'informations sur les établissements de santé (aussi bien publics que privés).

Voici les critères de choix que peuvent utiliser les patients afin de choisir leur établissement de santé :

#### En fonction de la pathologie

Il ne suffit pas de choisir librement son établissement mais de choisir un établissement qui prend en charge sa propre pathologie. En effet, chaque établissement de soins ne pratique pas toutes les spécialités et ne disposent pas des mêmes services. Par exemple, certains sont experts dans la maternité, d'autres dans l'oncologie.

Il est important de se renseigner sur la liste des établissements compatibles avec sa pathologie. Il existe un site internet qui recense tous les établissements par spécialités : [Ameli-direct.ameli.fr](http://Ameli-direct.ameli.fr).

#### La réputation de l'établissement

D'après un sondage Odoxa réalisé pour la Fédération Unicancer, le choix de l'établissement de santé est motivé par la réputation de la structure (61%) contre 31% pour deux critères réunis (qui sont la proximité et le coût). [28]

## **La proximité du lieu de soins**

Toujours d'après l'enquête pour la Fédération Unicancer, la proximité est en troisième position. [28]

En effet, pour certains français, il est important de choisir un lieu d'hospitalisation proche de leur domicile afin de rester proche de leur famille et de leurs amis.

Pourtant, les structures de proximité ne possèdent pas de plateaux techniques sophistiqués. Ils prennent en charge que les soins courants, les hébergements en moyen séjour et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Ils laissent aux établissements équipés de plateaux techniques sophistiqués à prendre en charge les opérations lourdes et de haute technicité.

## **Le coût**

Le coût est le quatrième critère de choix pour choisir l'établissement de santé. [28] Pourtant, il est indispensable de choisir son établissement en fonction de ses moyens. Nous pouvons en déduire que le coût n'est pas un critère prioritaire.

## **La qualité de l'accueil et les services proposés (chambre, repas)**

Le dernier critère prioritaire du sondage est la qualité d'accueil et des services proposés avec 8% des français. [28]

Bien que les patients puissent choisir leur établissement, ils ne peuvent pas choisir précisément la chambre ou encore l'unité. Souvent, les hôpitaux n'ont qu'une seule proposition de repas sauf pour les allergies. Néanmoins, certains établissements SSR proposent des plannings repas sur une période de quinze jours où les patients ont le choix de deux plats à chaque repas.

## **La facilité d'accès de cet établissement**

La facilité d'accès est également importante. En effet, l'établissement doit être accessible par les différents modes de transports :

- Proche d'un arrêt de bus ou métro pour les personnes se déplaçant en transports en commun ;
- Proche des grands axes routiers pour les automobilistes.

De plus, pour les automobilistes, les établissements doivent proposer des stationnements payants ou gratuits afin de pouvoir stationner leurs véhicules.

## **Le fait que l'établissement soit recommandé par un praticien (médecin traitant ou spécialiste)**

Les médecins traitants ont les retours des hospitalisations de leur patients : comment se sont déroulés les soins médicaux, le séjour mais aussi les soins infirmiers et si le personnel est à l'écoute des patients. Le médecin traitant récolte toutes les

informations afin de pouvoir informer au maximum ses patients qui séjourneront dans le même établissement. De plus, au fil de ses patients qui y séjournent, le médecin tisse des liens avec le personnel de la structure.

Les spécialistes sont également de bons conseils : notamment ceux qui exercent en libéral et qui pratiquent les opérations en établissement de santé. Ils savent le déroulement de l'opération et connaissent les équipes médicales.

### **Le fait que l'établissement soit recommandé par les proches**

Les futurs patients choisissent également leur établissement de santé en fonction des recommandations de leurs proches. Les proches racontent leur ressenti durant le séjour et comment se sont déroulés l'opération et les soins. De plus, ils ont pu visiter leurs proches à l'hôpital et se faire une idée de l'établissement de santé.

### **La qualité des soins**

Neuf français sur dix classent la qualité des soins en première position comme critère de choix pour le choix d'un établissement de santé. « 40% des français estiment que la France régresse en termes de qualité des soins par rapport aux autres pays » [29]. En effet, en 2000, la France était classée en première position d'après le classement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En 2015, la France se retrouve au 17<sup>e</sup> rang. [30]

La qualité des soins d'un établissement de santé est connaissable par le biais des certifications mais également des indicateurs de qualité. On peut retrouver sur le site Scope Santé les résultats suivants :

- Les résultats des Indicateurs nationaux de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) ;
- Les résultats des indicateurs de lutte contre les Infections Nosocomiales (IN) ;
- Les résultats de la certification de l'établissement.

On peut avoir également des informations sur les activités de soins mais aussi sur les équipements de chaque établissement.

De plus, chaque individu peut s'aider des différents classements d'hôpitaux pour faire son choix d'établissement.

### **Les classements des établissements de santé**

Le journal « Le point » publie chaque année le palmarès des meilleurs hôpitaux français afin de savoir dans quelle ville française, il est préférable de se faire soigner. Lors de la publication du 23 août 2018 du palmarès des hôpitaux réalisé par le Journal Le Point, une cinquantaine d'hôpitaux ont été comparés pour soixante-dix activités médicales. En 2018,

- Le CHU de Toulouse situé en Haute Garonne est à la première place
- Le CHU de Bordeaux situé en Gironde obtient la deuxième place
- Le CHU de Lille situé dans le Nord obtient la troisième place



Le journal s'est basé sur les différents critères pour réaliser ce classement :

- Une bonne équipe hospitalière qui réalise leurs tâches rapidement ;
- Un bon accueil des patients et des proches ;
- Une offre d'activités la plus large possible ;
- Des équipements à la pointe de la technologie ;
- Une conciliation d'activités courantes et d'activités plus pointues.

## Synthèse du chapitre

Parmi tous ces critères, il n'y a pas la Qualité de Vie au Travail des soignants.

En effet, les patients ne peuvent pas connaître directement la qualité de vie au travail :

- Non connaissance de l'absentéisme dans les établissements de santé.
- Non connaissance des indicateurs de QVT des ES.

Pourtant, les patients peuvent découvrir la QVT des soignants par les moyens de communication et d'information comme par exemple les grèves ou encore par les suicides des soignants. En effet, ces événements sont médiatisés.

Nous avons pu voir dans cette partie l'évolution du patient, ses possibilités de choisir son ES en fonction d'une multitude de critères et qu'il n'y a pas de lien direct entre le choix des patients pour leur établissement de santé et la qualité de vie au travail des soignants. Pourtant, la qualité de vie au travail peut impacter la réputation et la qualité des soins des établissements, ce qui peut également impacter leur attractivité.

Dans la prochaine partie, nous allons nous voir si les patients peuvent appréhender la qualité de vie au travail des soignants et si la QVT impacte directement l'attractivité d'un établissement de santé. Nous allons effectuer deux observations afin d'approuver ou de réfuter nos hypothèses.

## DEUXIEME PARTIE : EN QUOI LA QUALITE DE VIE AU TAVAIL PEUT IMPACTER L'ATTRACTIVITE EXTERNE D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?

### Chapitre 1 : Un lien incontestable entre la Qualité de Vie au Travail et la qualité des soins ?

#### I. Lien entre les indicateurs de Qualité de Vie au Travail et les indicateurs de Prise En Charge

Nous allons d'abord nous intéresser au lien qu'il pourrait y avoir entre les indicateurs de Qualité de Vie au Travail (QVT) et ceux de la qualité de la Prise En Charge (PEC). Cela nous permettra de savoir si les patients peuvent appréhender la QVT des soignants avec les indicateurs de la prise en charge qui sont disponibles par tous (Par exemple les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS)). En effet, les indicateurs de QVT ne peuvent être disponibles aux yeux de tous. Les établissements les utilisent en interne afin de mieux piloter leur stratégie de pilotage.

Les indicateurs Qualité de Vie au Travail peuvent être :

- « Des indicateurs démographiques (structures d'âge, répartitions homme-femme, qualifications, ancienneté...) ;
- Des indicateurs d'absentéisme (taux d'absentéisme, durée des absences, motifs des absences, âge des absents...) ;
- Des indicateurs liés au parcours et à l'emploi (accès à la formation, mobilités, promotions, turn-over...) ;
- Des indicateurs de santé (troubles de santé, inaptitudes, reclassements, maladies professionnelles...) ;
- Des indicateurs de sécurité (accidents du travail, incidents, agressions...) ;
- Des indicateurs de conditions de travail (contraintes temporelles, pénibilités, autonomie, vécu du travail, qualité des relations de travail...) » [31]

Les indicateurs de Qualité de Prise En Charge (PEC) peuvent être les Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS). « Un indicateur de qualité et de sécurité des soins est un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace. Il doit mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins. Le lien entre l'indicateur et la qualité des soins doit être préalablement démontré par une analyse de la littérature ou par un consensus d'experts. Il existe trois types d'indicateurs :

- Indicateurs de structure : ils mesurent la qualité de la gestion des ressources humaines, matérielles, financières nécessaires à la mise en œuvre des processus de soins ;
- Indicateurs de processus : ils mesurent la qualité de la mise en œuvre d'une activité de soins du processus de prise en charge d'un patient ;
- Indicateurs de résultats : ils mesurent directement, à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins, les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction et de sécurité. » [32]

Ces deux indicateurs peuvent se regrouper au niveau des ressources humaines :

- La QVT avec les indicateurs d'absentéisme du personnel
- Et les IQSS avec les indicateurs de structure qui permet de connaître la qualité de la gestion des ressources humaines. Ce qui permet de savoir si le personnel est en nombre suffisant.

Les indicateurs QVT ne peuvent pas être disponibles à la population en général. En effet, ce sont des indicateurs internes aux établissements qui permettent le pilotage de ces établissements de santé. En revanche, les IQSS sont disponibles sur le site de la HAS mais aussi affichés dans les établissements. Ces indicateurs peuvent être connus de tous.

Les ressources Humaines (RH) pourraient être révélateurs de problématiques QVT et de la qualité des soins.

## II. Le manque de personnel, révélateur de problématiques QVT et qualité des soins

Dans cette partie, nous allons nous intéresser au rapport relatif aux droits des usagers du système de santé publié chaque année par les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).

### a. Présentation de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) rédige chaque année un rapport sur les droits des usagers pour chaque région.

La CRSA est « notre parlement de la santé ». L'analyse de chaque année est basée sur un cahier des charges national. Ce cahier des charges « pose 4 grandes orientations :

- Promouvoir et faire respecter les droits des usagers,
- Renforcer et préserver l'accès à la santé pour tous,
- Conforter la représentation des usagers du système de santé
- Renforcer la démocratie sanitaire » [33]

Nous allons nous intéresser au rapport de la CRSA Hauts de France de l'année 2017.

### b. Lien entre la qualité de soins et le nombre de personnel

Ce rapport a été adopté le 3 juillet 2018 par la Commission permanente de la CRSA.

Le rapport 2017 nous donne les résultats de deux enquêtes réalisées en 2016 :

- Une enquête sur l'activité des CRUQPC (appelé aujourd'hui les Commissions des Usagers (CDU)) dans les ES
- Une enquête « sur la mise en œuvre des droits des usagers dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées. » [34]

Ce rapport nous indique qu'il y a bien un lien entre la qualité des soins et le nombre de personnel. Moins de personnel fait diminuer la qualité des soins. Voici un extrait du rapport :

« Les réclamations montrent qu'il existe une vraie problématique en matière d'information des usagers tant sur les coûts (facturation, dépassements honoraires) que sur la prise en charge (diagnostic, relations avec les médecins ou les personnels, qualité des soins). **La qualité des soins a aussi beaucoup à voir avec le manque de personnel qui maintient les organisations en flux-tendus au détriment de la relation.** Au vu du nombre de réclamations dans ces domaines, les enquêtes de satisfaction sur la thématique générale « Explications sur le traitement et l'état de santé » gagneraient à se développer ». [34]

Cet extrait nous montre également un manque d'informations des patients sur la qualité des soins.

Nous allons ensuite voir si les patients peuvent avoir connaissance de la qualité de vie au travail des soignants, notamment le manque de personnel par la certification.

### III. La Qualité de Vie au Travail peu révélée par la certification ?

#### a. Etat des lieux des difficiles conditions de travail des soignants

D'après la revue de littérature de la HAS appelée « Qualité de vie au travail et qualité des soins », la « qualité de vie au travail et la qualité des soins sont intimement liées ». Cette revue de littérature nous révèle les conditions de travail des soignants et leur lien avec la qualité de soins.

- Tout d'abord, les soignants ont des contraintes horaires. La HAS a repris le travail réalisé par Cécile Betout. Ce travail était sur le travail de nuit des infirmiers et « de ses effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins ». Ce travail a conclu que « Travailler de nuit comporte des risques pour les soins en raison de la fatigue et des possibles manques de communication avec les équipes de jour ». [35]
- Les soignants ont un rythme de travail soutenu comme le relève l'enquête de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) sur « les conditions de travail dans les établissements de santé » : « 80% des salariés du secteur hospitalier déclarent devoir fréquemment interrompre leur travail pour une tâche non prévue » [35]. De plus, « la part des soignants estimant ne pas avoir le temps de faire correctement leur travail est passé de 32% à 41% » [35], d'après l'étude « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé ». Les soignants manquent de temps pour prendre soin de leurs patients [35] Par exemple : « le sentiment de ne plus pouvoir faire correctement son métier s'amplifie à l'hôpital psychiatrique où le personnel soignant n'a plus le sentiment d'apporter un soin de qualité du fait de la réorganisation de travail qui le pousse à accorder moins de temps aux soins du patient ». [35]
- Dans certains ES, il y a un fort turn-over ce qui désorganise régulièrement les services de soins. Ces désorganisations peuvent avoir

des conséquences sur la prise en charge des patients. Il peut y avoir des erreurs médicales. [35] « Les erreurs ne sont pas corrélées avec l'âge des infirmiers, la taille de l'hôpital ou le type de service mais avec la charge de travail et le temps de travail, notamment. » [35]

« Les conditions de travail impactent la qualité des soins, qu'il s'agisse des horaires atypiques et des problèmes d'hypovigilance et d'erreurs médicales, des conditions matérielles et de la pénibilité, de la coordination entre les soignants et de l'adhésion à un objectif commun de soin ou encore du manque de personnel, qui peuvent être autant « d'entraves à la qualité des soins » » [35]

#### b. Rappel sur la certification

« La certification est une procédure d'évaluation d'externe d'un établissement de santé indépendante des organismes de tutelle. Son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des prestations d'un établissement de santé. » [36] Cette procédure est mise en œuvre par la HAS. Ces visites d'accréditation ou de certification se réalisent tous les 4 à 6 ans. Ce sont des experts visiteurs qui les réalisent. Ils se basent sur le manuel de certification. C'est un référentiel d'évaluation qui « permet d'évaluer le fonctionnement global de l'établissement de santé. L'objectif clairement défini est d'être un levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé. Nous sommes à la certification V2014 » [36]. La V2014 a pour but d'« installer le management de la qualité et des risques dans la réalité des équipes de soins en développant une démarche plus continue, axée sur les risques et un pilotage des actions qualité ayant une plus grande valeur ajoutée ». [36]

#### c. Bilan mitigé sur la Qualité de Vie au travail de la HAS [36]

La HAS a écrit un bilan de mi-parcours sur la certification V2014. Ce rapport concerne les 990 Etablissements de Santé (ES) qui ont réalisé la visite de certification entre le 30 juin 2015 et le 15 mars 2017.

- 34% des ES sont certifiés A (pour une durée de six ans) ;
- 35% sont certifiés B (avec des recommandations d'amélioration) ;
- 24% sont certifiés C (avec des obligations d'amélioration) ;
- 6% sont certifiés D (avec des réserves) ;
- 1% sont certifiés E (non certifiés).

« L'analyse systémique des résultats ont montré qu'il y a un point faible des processus sont liés à un non-respect des règles de bonnes pratiques ou des organisations ciblées. » [36] Cela est dû notamment par la non mise à disposition des ressources humaines, matérielles ou encore les locaux nécessaires au respect de ces bonnes pratiques et règles par l'établissement. [36]

La QVT fait partie des thématiques supplémentaires. Sur un échantillon de 879 établissements, 12 établissements ont été évalués sur cette thématique :

- 9 ont répondu à l'exigence ;
- 3 ont eu des recommandations d'amélioration.

« Les constats V2014 font donc aujourd'hui état de locaux et équipements inadaptés, trop exigus et/ou trop vétustes, mais aussi d'inadéquation des ressources humaines à l'activité ». [36]

Nous pouvons observer que la thématique n'est pas systématiquement évaluée dans la V2014. Pourtant, le bilan montre bien des problématiques de locaux et d'équipements non adaptés mais aussi un manque de personnel.

On peut regarder dans les rapports de certification s'il y a des choses relatant les conditions de vie au travail des professionnels travaillant dans un ES. Le but de cette recherche est de savoir s'il existe un lien entre la QVT et le niveau de la qualité de prise en charge (certification). Et notamment si les patients peuvent appréhender la Qualité de Vie au travail des soignants par le biais des rapports de certification disponibles sur le site de la Haute Autorité de Santé.

Nous allons comparer des rapports de certification maximale (certification A) avec des rapports de certification minimale (certification D ou E).

#### d. Méthodologie de l'observation

En lisant les rapports de certification, on surligne tous les éléments (positifs et négatifs) relatant la qualité de vie au travail en se basant sur les déterminants de la QVT définis par la HAS. Les déterminants de la QVT de la HAS sont :

- « Les conditions
  - o Environnement de travail (physique, technique, organisationnel ...)
  - o Conditions d'emploi (formation, carrière, égalité, parcours professionnel...)
  - o Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail (temps de transport, problèmes de santé...)
- La capacité à s'exprimer et à agir
  - o Participatif (groupe de résolutions de problèmes, débats sur le travail...)
  - o Partenariat social (concertation, dialogue social...)
  - o Soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance...)
  - o Soutien des collectifs (solidarité métier, travail en équipe, échanges sur les pratiques...)
- Le contenu du travail
  - o Autonomie au travail : pouvoir d'agir sur des éléments de la tâche (rythme, procédure, choix des moyens, accès aux ressources, outils...) et de les combiner de manière variée et adaptée à la situation de sorte à procurer un sentiment de maîtrise.
  - o Valeur du travail : le sens du travail ou sa valeur est d'abord perçu par autrui (client, bénéficiaire, hiérarchie, pair...) et renvoie au sentiment d'utilité.
  - o Travail apprenant : il renvoie à la possibilité de mobiliser dans son exercice professionnel un ensemble de compétences (relationnelles, émotionnelles, physiques, cognitives...). Un travail apprenant rend le travail intéressant.
  - o Travail complet : réaliser une tâche complète non seulement au plan organisationnel (maîtrise d'un processus), mais aussi pouvoir évaluer les effets de mon activité en regard des résultats que j'en attends, et pouvoir

réduire l'écart entre les deux. Et donc de « piloter » ma performance (sentiment de responsabilité). » [2]

**Notre hypothèse** est que les patients pourraient difficilement appréhender la Qualité de Vie au Travail des soignant. De ce fait, nous allons nous intéresser s'il existerait un lien entre la Qualité de Vie au Travail et le niveau de qualité de la prise en charge dans les établissements de santé (certification). Les rapports ayant été certifiés D ou E devraient contenir plus de points négatifs sur la qualité de vie au travail.

### Méthodologie

Pour chaque phrase soulignée, on les classe dans un tableau en fonction des déterminants de la QVT. Voici ci-après la trame du tableau avec une colonne positive et une colonne négative. Ces colonnes nous permettent de voir les différentes expressions négatives ou positives dans les rapports afin de réaliser notre observation. Il existe une ligne score à la fin du tableau pour calculer le nombre de points positifs et négatifs.

Tableau 1 : Trame du tableau d'analyse des déterminants de Qualité de Vie au Travail

		NOM De l'établissement de santé	
		POSITIF	NEGATIF
<b>Les conditions de travail</b>	Environnement de travail (physique, technique, organisationnel)		
	Conditions d'emploi (formation, carrière, égalité, parcours professionnel)		
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail (temps de trajet, problèmes de santé)		
<b>La capacité à s'exprimer et à agir</b>	Participatif (groupe de résolutions de problèmes, débats sur le travail)		
	Partenariat social (concertation, dialogue social)		
	Soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance)		
	Soutien des collectifs (solidarités métier, travail en équipe, échanges sur les pratiques)		
<b>Contenu du travail</b>	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
	<b>Score</b>		

On va se baser sur la région Hauts de France. Pourquoi la région Hauts de France ?



Tableau 2 : Tableau récapitulatif des régions avec leurs établissements certifiés A, B, C, D et E

<b>Régions</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>TOTAL</b>
Hauts de France	144	165	14	<b>3</b>	<b>2</b>	328
Grand Est	92	165	38	21	1	317
Bourgogne Franche Comté	56	106	22	3	1	188
Auvergne- Rhône Alpes	159	235	42	1	1	438
Provence Alpes Côte d'azur	188	138	19	1	0	346
Occitanie	182	232	8	0	0	422
Nouvelle aquitaine	108	239	22	<b>4</b>	<b>2</b>	375
Pays de la Loire	89	95	13	0	0	197
Bretagne	102	92	9	0	0	203
Normandie	48	126	11	2	1	188
Ile de France	194	238	35	10	0	477
Centre Val de Loire	43	90	11	1	1	146
Corse	10	15	4	0	0	29
Guyane	0	8	3	1	0	12
La Réunion	33	19	1	0	0	53
Mayotte	4	0	0	0	1	5
Martinique	14	8	7	1	0	30
Guadeloupe	3	9	17	1	1	31

Nous pouvons observer dans le tableau ci-dessus que les régions des Hauts de France et la Nouvelle Aquitaine comptabilisent le plus d'établissements certifiés E. J'ai privilégié la Région Hauts de France car celle-ci est ma région.

Pour cela, nous allons sur le site Scope Santé.

#### Zoom Scope Santé :

Scope Santé est un site de la Haute Autorité de Santé (HAS). C'est un site destiné prioritairement aux patients mais également à leurs proches. Le but de ce site est d'informer le niveau de qualité de l'établissement de santé dans lequel on va séjourner. En effet, il nous indique le niveau de certification de chaque établissement. De ce fait, les utilisateurs de ce site peuvent comparer les établissements de santé.[37]

Le site Scope Santé nous permet de connaître les données de certification sur la région Hauts de France. 328 établissements de la région Hauts de France ont passé la certification V2014 dont :

- 144 ES ont été certifiés (A) ;
- 165 ES ont eu des recommandations d'amélioration (B) ;

- 14 ES ont eu des réserves avec des obligations d'amélioration (C) ;
- 3 ES sont en sursis de certification (D) ;
- Et 2 ES ont été non certifiés (E).

Nous allons découvrir les différences dans les rapports de certification sur les déterminants de la Qualité de Vie au Travail entre les établissements ayant obtenu la certification maximale (certification A) et ceux ayant eu de mauvais résultats (Certification D et certification E).

Dans cette méthodologie, nous allons consulter les rapports des Etablissements de Santé (ES) qui sont en D et en E.

Les trois ES des Hauts de France qui sont en sursis de certification (D) sont :

- La Clinique de Lautreámont située à LOOS (59) qui est un établissement Privé à but lucratif ;
- EPSM Val de Lys Artois situé à Saint Venant (62) ;
- SAS Clinique chirurgicale des 7 Vallées située à Marconne (62) qui est un établissement privé à but lucratif.

Les 2 ES de la région qui sont non certifiés sont :

- Le CH de Cambrai situé à Cambrai (59) ;
- La Polyclinique de la Thiérache située à Wignehies (59), qui est un établissement Privé à But Lucratif.

Enfin de les comparer, je prends 5 ES ayant obtenu la certification maximale (la certification A) :

- CH Dunkerque situé à Dunkerque (59) ;
- CH La Bassée (59) ;
- Groupe Hospitalier Loos Haubourdin situé à Loos (59) ;
- Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq situé à Villeneuve d'Ascq (59) ;
- EPSM Lille Métropole situé à Armentières (59).

Les rapports de certification se basent sur la méthode « PDCA » (Prévoir – Mettre en œuvre – Evaluer – Agir). On va s'intéresser dans les rapports au Do « Mettre en œuvre » pour les thématiques évaluées par les experts visiteurs. Le « Mettre en œuvre » permet de savoir ce qu'il est réellement mis en œuvre dans les établissements. Dans le « mettre en œuvre », on a connaissance :

- De la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle ;
- De la disponibilité des ressources ;
- Et de la description de la mise en œuvre effective.

Nous allons commencer par les établissements certifiés D. Nous allons tout d'abord les présenter tour à tour puis commencer l'analyse.

## i. Les établissements certifiés D

### 1. La Clinique de Lautreámont à Loos

La Clinique Lautreámont fait partie du groupe de cliniques « Clinea ». Elle se situe au 1 rue de Londres à Loos (59120). Elle se situe à proximité de Lille. Elle « est un centre psychiatrique spécialisé dans le diagnostic et le traitement des affections psychiques de l'adolescent et du jeune adulte, âgés de 8 à 25 ans, en hospitalisation libre ». [38]

Son rapport de certification date de mars 2019.

En annexe, l'analyse de son rapport de certification dans le tableau est disponible (ANNEXE I : Analyse du rapport de certification de la Clinique de Lautreámont)

Dans le rapport de certification de la Clinique Lautreámont, il n'y a aucun élément négatif en rapport avec la qualité de vie au travail.

### 2. Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Val de Lys Artois

L'EPSM Val de Lys Artois se situe au 20 rue de Busnes à Saint Venant (62350). « L'établissement a pour mission de lutter contre les maladies mentales ». « L'établissement est structuré en 5 pôles d'activités :

- Le Pôle de Psychiatrie Générale de l'Audomarois comprenant les secteurs de Saint-Omer et Aire-sur-la-Lys ;
- Le Pôle de Psychiatrie Générale Artois Lys Romane comprenant les secteurs adultes de Lillers, Béthune, Bruay-la-Buissière et Noeux-les-Mines ;
- Le Pôle de Psychiatrie Générale du Ternois comprenant le secteur de Saint-Pol-sur-Ternoise ;
- Le Pôle de Pédopsychiatrie comprenant l'Inter-secteur de Béthune, Bruay-La-Buissière, Noeux-les-Mines ; et l'Inter-secteur de Lillers, Aire-sur-la-Lys, Saint-Omer ;
- Le Pôle des Activités Transversales comprenant le service intersectoriel d'addictologie, le service de réhabilitation psychosociale, la pharmacie, le centre de tri des analyses médicales, l'équipe Opérationnelle d'Hygiène et les vigilances, les consultations spécialisées et le Département d'Information Médicale. » [39]

Son rapport de certification date du mois de mai 2019.

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE II : Analyse du rapport de certification de l'EPSM Val de Lys Artois).

Dans le rapport de certification de l'EPSM Val de Lys Artois, il y a cinq éléments négatifs.

Le rapport révèle également énormément de points positifs (voir ANNEXE II : Analyse du rapport de certification de l'EPSM Val de Lys Artois).

### *3. La Clinique chirurgicale des 7 Vallées*

La Clinique chirurgicale des 7 Vallées se situe à Marconne (62) qui est un établissement privé à but lucratif.

C'est un établissement de proximité. « Elle regroupe un pôle de consultations spécialisées pluri-disciplinaire et un service de chirurgie ambulatoire. » [40]

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE III : Analyse de la Clinique chirurgicale des 7 Vallées).

Dans le rapport de certification de la Clinique des 7 Vallées, il y a 7 éléments négatifs.

Le rapport possède également une multitude de points positifs (Voir ANNEXE III : Analyse de la clinique chirurgicale des 7 Vallées).

#### ii. Les établissements certifiés E

##### *1. Le Centre Hospitalier de Cambrai*

Le Centre Hospitalier de Cambrai (CDC) « est un établissement public de santé avec des missions de soins, d'hébergement et d'enseignement ». [41] Il propose des soins en médecine, en chirurgie, en gynéco-obstétrique, en psychiatrie, pédopsychiatrie et en rééducation-réadaptation.

Le CHC est non certifié. Nous allons observer l'additif au rapport de certification d'avril 2018.

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE IV : Analyse du CH de Cambrai)

Dans le rapport de non-certification du Centre Hospitalier de Cambrai, il y a 3 éléments négatifs.

##### *2. La Polyclinique de la Thiérache*

La Polyclinique de la Thiérache est située à Wignehies dans le département 59. C'est un établissement privé à but lucratif. Son activité est principalement chirurgicale avec un nombre important de chirurgies qui sont proposées :

- « Traitement chirurgical du cancer
- Chirurgie générale
- Chirurgie viscérale et digestive
- Chirurgie gynécologique
- Chirurgie du sein
- Chirurgie de l'Obésité
- Chirurgie ophtalmique
- Chirurgie orthopédique et traumatologique
- Chirurgie ORL
- Chirurgie de la Thyroïde
- Chirurgie vasculaire » [42]

Son rapport de non-certification date de novembre 2017.

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE V : Analyse de la Polyclinique de la Thiérache).

Dans le rapport de non-certification de la Polyclinique de la Thiérache, il y a une vingtaine de points négatifs.

Le rapport contient également des points positifs.

### iii. Les établissements certifiés A

#### 1. Centre Hospitalier de Dunkerque

Le Centre Hospitalier de Dunkerque (CHD) est un établissement public de santé. « Ses missions sont d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Il délivre les soins avec hébergement ou sous forme ambulatoire. » [43]

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE VI : Analyse du Centre Hospitalier de Dunkerque).

Dans son rapport de certification, il n'y a aucun élément négatif.

#### 2. Centre Hospitalier de La Bassée [44]

C'est un établissement public de santé. Ce CH réalise des activités de Médecine Physique et de réadaptation, de traumatologie. L'établissement gère également un EHPAD, la résidence « Arc en ciel » et « un service d'accompagnement pour traumatisés crâniens graves ». Un EHPAD est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE VII : Analyse du Centre Hospitalier de La Bassée).

Dans son rapport, il y a un élément négatif relatant le fait que les salariés sont rappelés pendant leur jour de repos si nécessaire.

#### 3. Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

Le Groupe Hospitalier Loos Haubourdin est un établissement qui assume une mission de service public de soins, en associant offre de proximité et niveau de technicité accru dans les activités de soins de suite et de réadaptation et de soins aux personnes âgées ». [45]

Son rapport date de novembre 2016.

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE VIII : Analyse du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin).

Dans son rapport, il n'y a aucun élément négatif.

#### 4. Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq (HPVA)

L'HPVA fait partie du groupe Ramsay Générale de santé. Il a été inauguré en 2012. L'établissement « assure 30 000 consultations médicales et 20 000 entrées par an ». [46] Il réalise des activités cardiologiques, de médecine, de chirurgie, de maternité et d'oncologie.

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE IX : Analyse du rapport de certification de l'Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq).

Dans son rapport, il y a que des éléments positifs.

#### 5. L'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole

« L'EPSM Lille-Métropole a pour mission la prise en charge des patients de la métropole lilloise souffrant de troubles de santé mentale. Avec près de 70 dispositifs de prise en charge ambulatoire, il met à la disposition de la population des services et équipements de prévention, de diagnostic, de soins et de suivi pour adultes, adolescents et enfants. Basé sur la commune d'Armentières, dans la zone de proximité de Lille, il exerce ses missions sur 82 communes (607 km<sup>2</sup>) ». [47]

Son analyse est disponible en annexe (ANNEXE X : Analyse de l'EPSM Lille Métropole)

Dans son rapport, il n'y a pas d'élément négatif concernant les déterminants de la QVT.

#### e. Résultats

Nous pouvons réaliser ce tableau récapitulatif des résultats ci-dessous :

Tableau 3: Récapitulatif des nombres d'éléments QVT positifs et négatifs des établissements étudiés

Nom établissement	Certification	Nombre éléments QVT positifs	Nombre éléments QVT négatifs
Clinique de Lautréamont	D	24	0
EPSM Val de Lys Artois	D	24	5
Clinique chirurgicale des 7 vallées	D	25	7
CH Cambrai	E	27	3
Polyclinique de la Thiérache	E	13	20
CH Dunkerque	A	28	0
CH La Bassée	A	29	1
Groupe Hospitalier Loos Haubourdin	A	19	0
Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	A	24	0
EPSM Lille Métropole	A	34	0

La Clinique de Lautréamont, certifiée D, est le seul établissement n'ayant pas d'élément négatif sur les déterminants de la QVT.

Le CH La Bassée, certifié A, possède un point négatif dans son rapport.

De ce fait, nous ne pouvons pas conclure qu'il existe bien une corrélation entre la QVT et le niveau de la qualité de prise en charge. Il n'y aurait pas de corrélation entre la Qualité de Vie au Travail et le niveau de la qualité de la Prise En Charge (PEC). Cette conclusion sera justifiée juste après.

## **Discussion**

### ***Hypothèse***

Notre hypothèse est que les patients pourraient difficilement appréhender la Qualité de Vie au Travail des soignants. Pour répondre à cette hypothèse, l'observation est de savoir s'il existe un lien entre la Qualité de Vie au travail et le niveau de la qualité de PEC (certification). En effet, les rapports de certification ayant obtenu une certification D ou E auraient des éléments négatifs sur les déterminants de la Qualité de Vie au Travail.

### ***Jugement qualité et validité des résultats :***

Nous nous sommes basés sur les déterminants de la QVT définis par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ce sont des déterminants définis institutionnellement. Ce qui est qualitatif pour notre observation. En effet, se baser sur des critères définis institutionnellement permet de savoir ce que l'on cherche dans les rapports.

Seulement dix rapports de la région Hauts de France ont été consultés (cinq dont la certification était de D ou E et cinq autres dont la certification était de A). Mais, nous avons pu comparer 5 rapports de certification maximale avec 5 rapports de certification minimale. Ce qui nous permet de voir les différences surtout avec le nombre de rapports observés.

### ***Résultat :***

La Clinique de Lautréamont, certifiée D, est le seul établissement n'ayant pas d'élément négatif sur les déterminants de la QVT. Alors que l'établissement est certifié D, il n'a aucun élément négatif dans le rapport de certification.

Au contraire, le CH La Bassée, certifié A, possède un point négatif sur un déterminant de la QVT dans son rapport.

De ce fait, nous ne pouvons pas conclure qu'il existe une corrélation entre la QVT et le niveau de la qualité de prise en charge. Donc, les patients pourraient difficilement appréhender la qualité de vie au travail des soignants à travers les rapports de certification.

Pourtant, d'après la revue de littérature « Qualité de vie au travail et qualité des soins » de la Haute Autorité de Santé, la « qualité de vie au travail et la qualité des soins sont intimement liées ». Cette revue de littérature nous révèle les conditions de travail de soignants ainsi que le lien entre les conditions de travail des soignants et la qualité des soins. Dans cette revue, nous pouvons comprendre :

- Que les contraintes horaires ont des impacts sur la prise en charge. D'après le travail de Cécile Betout sur le travail de nuit des infirmiers, « Travailler de nuit comporte des risques pour les soins en raison de la fatigue et des possibles manques de communication avec les équipes de jour » [35]

- Que le rythme de travail des soignants est soutenu comme le révèle l'enquête de la DREES sur « les conditions de travail dans les établissements de santé » [35] : « 80% des salariés du secteur hospitalier déclarent devoir fréquemment interrompre leur travail pour une tâche non prévue » [35]. L'interruption de tâches peut nuire à la qualité de la prise en charge.
- Que les soignants manquent de temps pour prendre soin convenablement de leurs patients. [35] Par exemple : « le sentiment de ne plus pouvoir faire correctement son métier s'amplifie à l'hôpital psychiatrique où le personnel soignant n'a plus le sentiment d'apporter un soin de qualité du fait de la réorganisation de travail qui le pousse à accorder moins de temps aux soins du patient ». [35]
- Qu'il y a des forts turn-over dans certains ES. Ces forts turn-over désorganisent régulièrement les services de soins. Ces désorganisations peuvent avoir des conséquences sur la prise en charge des patients. Il peut y avoir des erreurs médicales. [35] « Les erreurs ne sont pas corrélées avec l'âge des infirmiers, la taille de l'hôpital ou le type de service mais avec la charge de travail et le temps de travail, notamment. »[35]

« Les conditions de travail impactent la qualité des soins, qu'il s'agisse des horaires atypiques et des problèmes d'hypovigilance et d'erreurs médicales, des conditions matérielles et de la pénibilité, de la coordination entre les soignants et de l'adhésion à un objectif commun de soin ou encore du manque de personnel, qui peuvent être autant « d'entraves à la qualité des soins » ». [35]

On peut alors se demander pourquoi il existe un silence sur les conditions de travail dans les rapports de certification. Tous les rapports de certification sont disponibles sur le site de la Haute Autorité de Santé. De plus, la certification a pour but d'évaluer la qualité et la sécurité des soins et de rendre les résultats publics. Malheureusement, la Qualité de Vie au Travail est peu investiguée lors des visites. Mais, certains déterminants de la QVT sont disponibles dans les rapports de certification.

On peut en conclure qu'il existe bien un lien entre la QVT et la qualité de prise en charge mais qu'il n'est pas visible dans les rapports de certification disponibles à tout à chacun. Il est difficile de comprendre pourquoi dans les rapports de certification, il n'y ait pas plus de données sur la QVT. Surtout que la QVT a un impact sur la qualité de prise en charge.

Nous pouvons en conclure que les patients peuvent appréhender difficilement la Qualité de Vie au Travail du fait du manque d'informations.

### **Limites**

Seulement dix rapports de la région Hauts de France ont été consultés (cinq dont la certification était de D ou E et cinq autres dont la certification était de A). En effet, nous avons pu comparer 5 rapports de certification maximale avec 5 rapports de certification minimale. Peut-être que le nombre de rapports investigués devrait être plus conséquent. Il aurait fallu peut-être explorer tous les rapports de certification de la région. De plus, il y aurait fallu explorer un rapport de l'établissement qui a été investigué sur la thématique Qualité de Vie au Travail.

Il se peut qu'il y ait des données qui n'ont pas été soulignées ou encore répertoriées dans les tableaux.



## Plan d'actions proposé

Il faudrait que la thématique Qualité de Vie au Travail soit investiguée obligatoirement lors des visites effectuées par les experts et qu'il y ait un paragraphe sur la qualité de vie au travail dans les rapports de certification afin que la population puisse avoir accès à ces informations pour pallier le manque d'informations des patients.

## Perspective

Pour aller plus loin, on peut alors se demander s'il y a un lien entre avoir intégré le PACTE et la certification.

Tout d'abord, nous allons rechercher la liste des établissements qui ont effectué le PACTE sur le site de la HAS. Nous allons également rechercher leur certification en consultant ce même site.

Voici ci-après le récapitulatif des données recherchées sur le site de HAS.

Tableau 4: Récapitulatif des établissements ayant participé aux PACTE avec les thématiques et leur certification

<b>Etablissement</b>	<b>Thématiques pour le PACTE</b>	<b>Certification</b>
Chir. Onco- Institut de Bergonie	Amélioration de la prise en charge	A
Chir – Cédres	Gestion des risques	A
Chir- HP Villeneuve d'Ascq	Communication	A
Dialyse – CHU Nice	Amélioration de la prise en charge	B
Dialyse – Inst. Mut. Montsouris	Coordination interprofessionnelle	B
HAD – La Croix Saint-Simon	Communication	C
Médecine interne – CH Cornouaille	Amélioration de la prise en charge / Communication / Gestion des risques	A
Médecine physique / réadaptation – H Victor Dupouy	Amélioration de la prise en charge	B
Oncologie – Instit. Cancérologie de l'Ouest	Coordination interprofessionnelle	A
Pneumologie – Hospices Civils de Lyon	Coordination interprofessionnelle	A
Psychiatrie – C. Ker-Yonnec	Coordination interprofessionnelle / gestion des risques	A
Réanimation – C. La Casamance	Coordination interprofessionnelle	B
Réanimation – CHU Angers	Amélioration de la prise en charge	B
Réanimation – CHU Nice	Gestion des risques	B
SSR- CH Laon	Communication	A
SSR gériatrie – Inst. Mar Vivo	Amélioration de la prise en charge	A
Urgences – CHU Nice	Amélioration de la prise en charge	B

Dix-sept équipes ont expérimenté le PACTE. Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice a eu trois équipes dans l'expérimentation du PACTE. Le CHU Nice comptera que pour une fois.

On va regarder combien d'établissements d'où les équipes proviennent sont certifiés A, B ou C.

Sur les 15 ES :

- Il y a 9 établissements qui sont certifiés A (60%)
- Il y a 5 établissements qui sont certifiés B (33,3%)
- Il y en a un qui est certifié C (6,7%)

On va comparer ces chiffres par rapport aux chiffres nationaux. Ces chiffres ont été pris du site scope santé. J'ai donc calculé le nombre d'établissements pour chaque certification en additionnant les établissements de chaque région avec la même certification.

*Tableau 5: Comparaison des pourcentages d'établissements nationaux avec les pourcentages d'établissements ayant effectué le PACTE en fonction de leur certification*

Régions	A	B	C	D	E	TOTAL
Hauts de France	144	165	14	3	2	328
Grand Est	92	165	38	21	1	317
Bourgogne Franche Comté	56	106	22	3	1	188
Auvergne-Rhône Alpes	159	235	42	1	1	438
Provence Alpes Côte d'azur	188	138	19	1	0	346
Occitanie	182	232	8	0	0	422
Nouvelle aquitaine	108	239	22	4	2	375
Pays de la Loire	89	95	13	0	0	197
Bretagne	102	92	9	0	0	203
Normandie	48	126	11	2	1	188
Ile de France	194	238	35	10	0	477
Centre Val de Loire	43	90	11	1	1	146
Corse	10	15	4	0	0	29
Guyane	0	8	3	1	0	12
La Réunion	33	19	1	0	0	53
Mayotte	4	0	0	0	1	5
Martinique	14	8	7	1	0	30
Guadeloupe	3	9	17	1	1	31
Total	1469	1980	276	49	11	3785
<b>% Pourcentage national des établissements</b>	<b>38,81%</b>	<b>52,31%</b>	<b>7,29%</b>	<b>1,29%</b>	<b>0,3%</b>	<b>100 %</b>
<b>% des établissements PACTE</b>	<b>60%</b>	<b>33,3%</b>	<b>6,7%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>

En national,

- Il y a 38,81% des établissements qui ont été certifiés A contre 60% pour les établissements qui ont effectué le PACTE ;
- Il y a 52,31% des établissements qui ont été certifiés B contre 33,33% pour les établissements qui ont effectué le PACTE ;
- Il y a 7,29% des établissements qui ont été certifiés C contre 6,7% pour les établissements qui ont effectué le PACTE ;
- Il y a 1,29% des établissements qui ont été certifiés D contre 0% pour les établissements qui ont effectué le PACTE ;
- Il y a 0.3% des établissements qui ont été certifiés E contre 0% pour les établissements qui ont effectué le PACTE.

D'après ces résultats, il y aurait bien une corrélation entre la certification et les établissements qui ont effectué le PACTE.

On peut alors se demander s'il existe un lien entre la QVT et l'attractivité des établissements de santé afin de savoir lorsque les patients ont connaissance des conditions difficiles des soignants qui ont menées à des suicides, vont-ils quand même se faire soigner dans ces établissements ?

## Chapitre 2 : Impacts sur l'attractivité des établissements de santé ?

Une façon de connaître les impacts de la Qualité de Vie au Travail est d'analyser les conséquences de mauvaises conditions de travail sur l'attractivité des établissements de santé.

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser aux suicides des soignants dans les établissements de santé. En effet, les suicides peuvent en partie être dus à une mauvaise qualité de vie au travail. Nous allons savoir dans ce chapitre si les suicides ont un impact sur l'attractivité des établissements de santé.

### Etat des lieux des suicides

- **Définition du mot « suicide »**

Le suicide est un « acte de se donner volontairement la mort ». [48]

En 1897, Durkheim appelle suicide « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte, positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». [49]

- **Le suicide en France [50]**

En France, les hommes représentent près de trois quarts des victimes de suicide. Quant aux femmes, elles sont plus concernées par les tentatives de suicide : Elles sont 65% à utiliser des médicaments pour passer à l'acte. [50]

« Le suicide est la première cause de mortalité des 25-34 ans (20% du total des décès dans cette tranche d'âge ». [50]

« Les classes d'âge « actives » sont les plus touchées :

- Plus de 22% des suicides concernent les 45-54 ans,
- Plus de 17% des suicides concernent les 35-44ans,
- Plus de 17% des suicides concernent les 55-64 ans. » [50]

En France métropolitaine, le taux de décès est de 16,2 pour 100 000 habitants en moyenne en 2011. Il existe de nombreuses disparités régionales. Par exemple, « les régions de l'Ouest et du Nord sont très nettement au-dessus de la moyenne nationale. » [50]

Le nombre de suicides diminue. En 1990, il y en a eu 11 403. En 2011, le nombre a diminué à 10 524. « Le taux de décès par suicide est passé de 20,3 pour 100 000 habitants en 1990 à 16,2 pour 100 000 en 2011. Mais malheureusement, ce taux reste pourtant trop élevé. [50]

« La France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide ». [50]

Les suicides peuvent être dus à la qualité de vie au Travail. En effet, certaines conditions de vie au travail peuvent faire souffrir les salariés. En effet, cela peut engendrer des souffrances physiques mais également morales qui peuvent mener à l'acte suicidaire.

D'après l'enquête Samotrace réalisée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) entre janvier 2006 et mars 2008, le secteur de la santé et de l'action sociale semblent plus concernés. [50]

## Notre hypothèse

Le nombre de suicides dans les établissements de santé représentatifs de la Qualité de Vie au Travail des soignants auraient une influence sur l'attractivité des établissements de santé. On pourrait dire que les conditions de travail peuvent jouer sur l'attractivité d'un établissement du fait de leur médiatisation. Les médias nous relatent les faits qui se passent dans nos établissements de santé. « Le burn out qui est corrélé fortement à un risque avéré d'erreurs de raisonnements et donc un risque pour la qualité des soins. » [35] Cela devrait alerter les futurs patients à intégrer un autre établissement où il y aura moins d'erreurs. En effet, les erreurs sont corrélées avec la charge de travail mais aussi par le temps de travail. [35]

Afin de savoir si notre hypothèse est vraie, nous allons réaliser une observation.

## Méthodologie

### Recherche n°1 : les suicides dans les établissements

Tout d'abord, nous allons effectuer des recherches sur internet afin de trouver des établissements ayant eu un ou plusieurs de leurs salariés qui se sont suicidés ou qui ont voulu mettre fin à leurs jours. Nous allons privilégier les établissements ayant eu au minimum deux suicides. En effet, ces événements dramatiques peuvent en partie s'expliquer par une mauvaise qualité de vie au travail.

Il faut que ces suicides ne soient pas trop récents pour pouvoir avoir des données sur leur attractivité avant et après les actes suicidaires afin d'observer si la qualité de vie au travail nuit à l'attractivité d'un établissement de santé (année 2014, 2015 ou 2016). En effet, sur Hospidiag, nous avons des données sur les établissements français sur la période 2013-2017.

Nous pouvons retenir les établissements suivants :

- L'établissement amiral de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris Georges Pompidou avec le suicide du Pr Mégnien le 17 décembre 2015. Il s'est défenestré du 7<sup>e</sup> étage de l'établissement de santé. Ce professeur dénonçait des propos mais aussi des comportements répétés qui ont nui à sa santé mais aussi à sa carrière. [51] Quatorze mois après le suicide du Pr Mégnien, un jeune infirmier s'est aussi défenestré de l'ES. Cet infirmier faisait partie des personnels non affectés. Il était affecté à un service lors des différents besoins. [52]
- Nous pouvons également prendre en compte le Centre Hospitalier de Toulouse où il y a eu 4 suicides [53] :
  - Un infirmier s'est donné la mort en juin 2016 à l'hôpital Rangueil ;
  - Un infirmier de 41 ans, du service des urgences de l'hôpital de Purpan, retrouvé sans vie dans son véhicule au nord de Toulouse le 20 juin 2016 ;
  - Une aide-soignante de 51 ans, travaillant en consultation à l'hôpital des enfants, retrouvée sans vie à son domicile le 1<sup>er</sup> juillet 2016 ;

- Une étudiante à l'Institut de formation en soins infirmiers de 43 ans mis fin à ses jours à son domicile le 21 juin 2016.

Après avoir trouvé les établissements à étudier, nous pouvons aller visiter le site Hospidiag.

### **Focus sur le site Hospidiag**

« Hospi Diag est un outil de mesure, de comparaison, d'analyse et d'évaluation de la performance des établissements de santé ». [54]

Cet outil est composé de 69 indicateurs. Ces indicateurs sont regroupés en 5 axes :

- « Activité » [54] ;
- « Qualité de soins » [54] ;
- « Organisation » [54] ;
- « Ressources humaines » [54] ;
- « Finances » [54].

Toutes ces données disponibles permettent « d'avoir une vision globale et pluridisciplinaire de sa performance. » [54]

### **Enjeux du site Hospidiag [54]**

Cet outil permet d'avoir connaissance de l'état de santé d'un ES, ainsi que son positionnement territorial. Ces données permettent ainsi de prendre des mesures en adéquation.

### **Hospidiag : Etablissements concernés [54]**

Hospi Diag couvrent tous les ES réalisant une activité Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) aussi bien publics que privés et que non lucratifs et lucratifs.

### **Recherche n°2 : Données des établissements sur Hospidiag**

Sur Hospidiag, nous allons nous intéresser aux indicateurs des parts de marché. En effet, les parts de marché peuvent nous mettre en évidence l'attractivité des établissements. Par exemple, lorsque les établissements perdent des parts de marché, cela peut signifier une perte d'attractivité pour les ES.

Nous allons nous intéresser aux indicateurs des parts de marché des différentes activités disponibles dans l'onglet « activités » du site Hospidiag. Nous pouvons alors étudier les évolutions des différents indicateurs suivants en fonction des années :

- L'indicateur A1 : Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité [55]
- L'indicateur A1 bis : Part de marché globale en médecine sur la région [55]
- L'indicateur A2 : Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité [55]
- L'indicateur A2 bis : Part de marché en chirurgie (HC) sur la région
- L'indicateur A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité
- L'indicateur A3 bis : Part de marché en obstétrique sur la région [55]
- L'indicateur A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité [55]

- L'indicateur A4 bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région [55]
- L'indicateur A5 : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances) [55]
- L'indicateur A5 bis : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances) [55]
- L'indicateur A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité [55]

Le descriptif de chaque indicateur est disponible en ANNEXE (ANNEXE XI : Descriptif des indicateurs d'Hospidiag étudiés dans l'observation).

### Données d'Hospidiag pour l'établissement amiral de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris Georges Pompidou

Une étude de l'établissement s'impose. Tout d'abord, on va se renseigner sur cet établissement par le biais du net.

Il se situe à Paris (XVe arrondissement). Celui-ci répond aux besoins d'environ 600 000 personnes. L'hôpital Georges Pompidou est reconnu dans les domaines cardiovasculaires et rénal, du cancer et de l'urgence. Il est récent avec des plateaux techniques performants avec des équipes de haut niveau.

Voici ci-dessous un tableau récapitulant les évolutions des différentes parts de marché de l'Hôpital Georges Pompidou :

Tableau 6: Evolution des parts de marché des différentes activités de l'Hôpital Georges Pompidou entre 2015 et 2017

<b>HOPITAL GEORGES POMPIDOU</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
A1 Part en médecine sur la Zone d'Attractivité	2,5%	2,4%	2,6%
Evolution	-		+
A1 bis Part de marché global en médecine sur la région	1,9%	1,8%	1,9%
Evolution	-		+
A2 Part de marché en chirurgie ZA	2,4%	2,5%	2,7%
Evolution	+		+
A2 bis Part de marché en chirurgie sur la région	2%	2,2%	2,2%
Evolution	+		+
A3 Part de marché en obstétrique sur la ZA	0.4%	0.3%	0.4%
Evolution	-		+
A3 bis Part de marché en obstétrique sur la région	0.1%	0.1%	0.1%
Evolution	=		=
A4 Part de marché en chirurgie ambulatoire ZA	1%	0.8%	0.9%
Evolution	-		+
A4 bis Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	0.7%	0.6%	0.6%
Evolution	-		=
A5 Part de marché en hospitalisation en cancérologie ZA	1.6%	1.6%	1.3%
Evolution	=		-
A5 bis Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région	1.3%	1.3%	1%
Evolution	=		-
A6 Part de marché en séances de chimiothérapie ZA	5.6%	6.3%	6.6%
Evolution	+		+

## ZA : Zone d'Attractivité

En 2014, l'établissement avait 2,4% de parts de marché global en médecine sur la zone d'attractivité. En 2015, il a augmenté de 0,1 point. En 2016, on observe une légère baisse de 0,1 points. Sa part de marché était de 2,4%. En 2017, on observe une légère augmentation de 0,2 points. On peut croiser ses résultats avec le taux d'occupation des lits en médecine. Il n'a fait qu'évoluer entre 2014 et 2017, passant de 71,6% en 2014 à 78,9% en 2017. L'Hôpital Européen Georges Pompidou est au cinquième rang au niveau de sa zone d'attractivité sur 12 établissements. Sur la région, l'établissement se situe à la 9<sup>e</sup> place sur 12 établissements. Sa part d'attractivité sur la région est restée plutôt constante de 2014 à 2017 (1,8 % en 2014 et 2016, 1,9% en 2015 et 2017)

Pour les parts de marché en chirurgie, l'établissement les a augmentés de 0,1 points chaque année passant de 2,3% en 2014 à 2,5% en 2016. Ce taux a augmenté de 0,2 points en 2017. Le taux d'occupation des lits en chirurgie hors ambulatoire a augmenté durant la période de 2014 à 2016 passant de 102,8% à 108,5% en 2016. Ce taux a diminué de 13,4 points entre 2016 et 2017 arrivant à 95,1%. Le taux de chirurgie ambulatoire a augmenté entre 2014 et 2015 passant de 23,69 à 26,02%. Entre 2015 et 2016, il y a eu une baisse d'environ de trois points passant de 26,02% à 23,03%. Ce taux a un peu augmenté en 2017 pour atteindre 23,38%.

Sur la région, ses parts de marché ont pris 0,1 point entre 2014 et 2015, puis a augmenté de 0.2 points entre 2015 et 2016. Ses parts de marché sont restées stabilisées en 2017 à 2.2%. L'établissement est positionné à la quatrième position sur 12 sur la région.

En obstétrique, ses parts de marchés sont restées stables entre 2014 et 2017 (0.4 en 2014 et 2015, 0.3 en 2016 et 0.4 en 2017). Sur sa zone d'attractivité, l'établissement se positionne en dernière position en obstétrique. Sur la région, ses parts de marché sont restées à 0.1% entre 2014 et 2017. Au niveau des lits en obstétrique, le taux d'occupation a perdu 0,4 points entre 2014 et 2015 passant de 0.7% à 0.3%. La diminution de ce taux a encore diminué de 0.1 points en 2016 pour prendre 0.3 points en 2017 (0,5%).

Ses parts de marché en obstétrique sur sa zone d'activité sont restées également stables en 2014 et 2017 (0.9% en 2014 et 2017, 1% en 2015 et 0.8% en 2016). L'établissement est dernier dans sa zone d'attractivité.

Ses parts de marché en hospitalisation en cancérologie sur sa zone d'attractivité ont augmenté légèrement entre 2014 et 2015 pour atteindre 1,6% et restent constantes en 2016 pour diminuer de 0,3 points en 2017 pour atteindre 1,3%. L'établissement est au dernier rang dans sa zone d'attractivité.

Ses parts de marché en séances de chimiothérapie sont restées constantes entre 2014 et 2015 à 5,6%. Ses parts ont augmenté de 0,7 points en 2016 et de 0,3 points en 2017 pour atteindre 6,6%. Pour les parts de marché en chimiothérapie, l'établissement est placé à la première position au niveau de sa zone d'attractivité.



## Synthèse des baisses :

Entre 2016 et 2017, il y a eu deux baisses :

- Une baisse de 0,3 point pour l'indicateur A5 (Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité) passant de 1,6% en 2016 à 1,3% en 2017 ;
- Une baisse de 0,3 point pour l'indicateur A5 bis (Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région) passant de 1,3% en 2016 à 1% en 2017.

Ces baisses sont très minimales. Nous pouvons en conclure que les deux suicides n'ont pas eu de réels impacts sur l'attractivité de l'Hôpital Georges Pompidou. En effet, ses parts de marché en chimiothérapie ont même évolué.

## Données sur le Centre Hospitalier de Toulouse

Nous allons commencer à nous renseigner sur le Centre Hospitalier de Toulouse.

Le Centre Hospitalier de Toulouse regroupe un ensemble d'établissements qui sont implantés au nord mais aussi au sud de Toulouse. C'est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Le CHU de Toulouse est un « opérateur majeur de santé avec plus de 280 000 séjours et 850 000 consultants chaque année, ce qui le situe au quatrième rang des hôpitaux français ». C'est le seul Centre Hospitalier Universitaire de la région Occitanie Ouest. « Les soins de recours représentant plus de 50% de son activité ». [56] Il possède de plateaux techniques et des équipes de haute performance.

Nous pouvons regarder sur le site Hospidiag si ces quatre suicides ont eu un impact sur l'attractivité de l'établissement.

Tous les suicides ont eu lieu durant l'été 2016. Nous allons observer les données de 2015, de 2016 et de 2017 disponibles sur Hospidiag pour évaluer si ces suicides ont eu des impacts sur l'attractivité de l'établissement.

Voici ci-après les évolutions des parts de marché des activités du CHU de Toulouse :

Tableau 7: Evolution des parts de marché des différentes activités du CHU de Toulouse entre 2015 et 2017

<b>CHU TOULOUSE</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
A1 Part en médecine sur la Zone d'Attractivité	34,6%	35%	35%
Evolution	+		=
A1 bis Part de marché global en médecine sur la région	14%	14,2%	14,2%
Evolution	+		=
A2 Part de marché en chirurgie ZA	20,2%	20,4%	20,6%
Evolution	+		+
A2 bis Part de marché en chirurgie sur la région	9,5%	9,5%	9,5%
Evolution	=		=
A3 Part de marché en obstétrique sur la ZA	30,8%	32,2%	31,8%
Evolution	+		-
A3 bis Part de marché en obstétrique sur la région	8,5%	8,7%	8,6%
Evolution	+		-

	2015	2016	2017
A4 Part de marché en chirurgie ambulatoire ZA	11,2%	12%	12,5%
Evolution	+		+
A4 bis Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	4,3%	4,6%	4,6%
Evolution	+		=
A5 Part de marché en hospitalisation en cancérologie ZA	25,6%	26,9%	26,6%
Evolution	+		-
A5 bis Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région	11,8%	12,2%	11,7%
Evolution	+		-
A6 Part de marché en séances de chimiothérapie ZA	17,3%	19,1%	20%
Evolution	+		+

ZA : Zone d'Attractivité

En médecine, le CHU de Toulouse obtient le premier rang sur douze établissements aussi bien sur sa zone d'attractivité et que sur la région. Sur la zone d'attractivité, il comptabilise 34,6% des parts de marché en médecine en 2015. Ses parts augmentent de 0,4 points en 2016 pour atteindre 35%. Ses parts restent à 35% en 2017. L'augmentation des lits en médecine est la raison de cette augmentation et stagnation des parts de marché en médecine. En 2015, le taux d'occupation des lits en médecine était de 65,8%. En 2016, le taux augmente de 2,6 points pour atteindre 68,4%. En 2017, ce taux augmente de 0.7 points pour atteindre 69,1%.

En chirurgie, ses parts de marché sur la région sont restées constantes de 2015 à 2017 avec 9,5%. Sur sa zone d'attractivité, l'établissement a gagné 0,2 points par an (passant de 20,2% en 2015 à 20,6% en 2017). Pourtant, le taux d'occupation de lits en chirurgie a baissé de 5,3 points entre 2015 et 2017 (123,4% en 2015 à 118,1% en 2017). Cela est due notamment par l'augmentation de l'activité ambulatoire passant de 29,03% en 2015 à 34,32% en 2017).

En obstétrique, on observe une augmentation de 1,4% de ses parts de marchés sur sa zone d'attractivité passant de 30,8% en 2015 à 32,2% en 2016. Entre 2016 et 2017, nous observons une légère baisse de 0,4 points passant de 32,2% à 31,8% en 2017. Cette diminution de marché peut être expliquée par la diminution du taux d'occupation des lits en obstétrique passant de 76,3% en 2015 à 74,3% en 2017. En effet, 2016 est « la seconde année consécutive que les services de la Caisse d'Allocation Familiales (CAF) de la Haute Garonne enregistrent une baisse du nombre de naissances » [57]. Entre 2015 et 2016, il y a eu une baisse de 2,3% des naissances en Haute-Garonne. [57] L'établissement est le premier acteur dans sa zone d'attractivité mais aussi dans sa région en 2017 sur douze établissements.

En chirurgie ambulatoire, ses parts de marché ont augmenté de 0.8 points entre 2015 et 2016 (11.2% en 2015 et 12% en 2016). Elles ont également augmenté entre 2016 et 2017, elles sont passées de 12% à 12,5% en 2017. En effet, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé entre 2015 et 2017 passant de 29,03% en 2015 à 34,32% en 2017. En 2017, l'établissement a perdu sa première place en région. En effet, en région, entre 2015 et 2016, ses parts de marché ont augmenté de 0,3 points passant de 4,3% en 2015 à 4,6% en 2016 mais ses parts n'ont pas évolué en 2017 (toujours 4,6%). La Polyclinique Saint Roch a pris la première place : passant de 3,5% en 2015 à 4,5% en 2016 pour arriver à 4,9% en 2017. Néanmoins, l'établissement garde sa première place au niveau de sa zone d'attractivité.

En cancérologie et sur sa zone d'attractivité, ses parts de marché ont augmenté de 1,3 points entre 2015 et 2016 (passant de 25,6% à 26,9%) et diminué de 0,3 points entre 2016 et 2017 pour arriver à 26,6%. Sur la région, il obtient la première place sur 12 établissements. Il est suivi de loin par le CHU de Montpellier avec 7%. (CHR de Toulouse : 11,7% malgré une baisse de 0,5 points entre 2016 et 2017 passant de 12,2% à 11,7%).

En chimiothérapie, ses parts de marché ont gagné 2,7 points entre 2015 et 2017 : passant de 65,8% en 2015 à 68,4% en 2016 et de 68,4% en 2016 à 69,1% en 2017).

### **Synthèse des baisses**

D'après le tableau récapitulatif, il y a eu 4 baisses entre 2016 et 2017 :

- Pour l'indicateur A3 (Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité) : une baisse de 0,4 points entre 2016 et 2017 passant de 32,2% à 31,8% ;
- Pour l'indicateur A3 bis (Part de marché en obstétrique sur la région) : baisse de 0,1 point entre 2016 et 2017 passant de 8,7% à 8,6%.

La diminution de ces deux indicateurs est notamment due à la chute des naissances. [57]

- Pour l'indicateur A5 (Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité) : baisse de 0,3 points entre 2016 et 2017 passant de 26,9% à 26,6%.
- Pour l'indicateur A5 bis (Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région) : baisse de 0,5 points entre 2016 et 2017 passant de 12,2% à 11,7%.

Ces deux baisses sont dues que Toulouse est moins touchée par les cancers. « En Haute Garonne, les nouvelles admissions pour des Affections Longue Durée (ALD) ont concerné 5 365 personnes, contre 7 630 sur la région » [58]

Les quatre suicides au CHU de Toulouse n'ont pas eu d'impact sur l'attractivité de l'établissement du fait que le CHU de Toulouse soit le seul Centre Hospitalier Universitaire de la région Occitanie Ouest.

### **Résultats**

Pour les deux structures de santé (l'Hôpital Georges Pompidou et le CHU de Toulouse), il n'y a pas de baisse significative du aux suicides. On peut dire qu'il n'y a pas de lien entre la Qualité de Vie au Travail et l'attractivité des établissements de santé).

Donc, le nombre de suicides dans les établissements de santé représentatif de la Qualité de Vie au Travail des soignants n'aurait pas une influence sur l'attractivité des établissements de santé.

### **Discussion**

#### **Hypothèse**

Notre hypothèse était la suivante : Le nombre de suicides dans les établissements de santé représentatif de la Qualité de Vie au Travail des soignants auraient une influence sur l'attractivité des établissements de santé.

### **Qualité et validité des résultats**

Lors de notre observation, tous les indicateurs des parts de marchés ont été observés et des recherches ont été effectuées en parallèle pour comprendre l'établissement ou les évolutions des parts de marché. Nous avons pu utiliser les données sur le site Hospidiag qui permet d'avoir une vision très globale de la situation d'un établissement de santé. Hospidiag nous permet d'avoir les bons chiffres des différentes parts de marché des établissements de santé.

### **Résultat**

Pour l'Hôpital Georges Pompidou, entre 2016 et 2017, il y a eu deux baisses minimales :

- Une baisse de 0,3 points pour l'indicateur A5 (Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité) passant de 1,6% en 2016 à 1,3% en 2017 ;
- Une baisse de 0,3 points pour l'indicateur A5 bis (Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région) passant de 1,3% en 2016 à 1% en 2017.

Ces baisses sont très minimales et les autres indicateurs ont augmenté ou stagné. Pour cet établissement, il n'y a pas de réel lien entre les conditions de vie au travail et l'attractivité des établissements de santé.

Pour le CHU de Toulouse, il y a eu quatre baisses entre 2016 et 2017.

- Pour l'indicateur A3 (Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité) : une baisse de 0,4 points entre 2016 et 2017 passant de 32,2% à 31,8% ;
- Pour l'indicateur A3 bis (Part de marché en obstétrique sur la région) : baisse de 0,1 point entre 2016 et 2017 passant de 8,7% à 8,6%.

La diminution de ces deux indicateurs est notamment due à la chute des naissances dans le département.

- Pour l'indicateur A5 (part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité) : baisse de 0,3 points entre 2016 et 2017 passant de 26,9% à 26,6% ;
- Pour l'indicateur A5 bis (part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région) : baisse de 0,5 points entre 2016 et 2017 passant de 12,2% à 11,7%.

Pourtant, l'indicateur A6 (part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité) a augmenté de 0,8 points entre 2016 et 2017 passant de 19,1% à 20%.

Pour les deux structures de santé (Hôpital Georges Pompidou et CHU de Toulouse), il n'y a pas eu de baisse significative du taux de suicides. On peut donc dire qu'il n'y a pas de lien entre la QVT et l'attractivité des établissements de santé. Donc, le nombre de suicides dans les établissements de santé représentatifs de la Qualité de Vie au Travail des soignants n'ont pas d'influence sur l'attractivité des établissements de santé.

Nous avons vu précédemment qu'il y a un lien entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins mais que celui-ci n'est pas mis en valeur dans les rapports de certification. Or, le but de la certification est d'évaluer la qualité de la prise en charge. On a remarqué suite à nos observations que la qualité de vie au travail n'a pas forcément d'impact sur l'attractivité des établissements. Cela peut être dû à un manque d'informations sur la prise en charge dans les établissements de santé. En effet, les patients peuvent difficilement appréhender la qualité de vie au travail. Pourtant, ils ont

accès aux nouvelles par le biais des journaux télévisés ou encore les actualités sur le net. Je suis surprise de ne pas voir de lien entre la qualité de vie au travail des soignants et l'attractivité des établissements de soins. Les patients privilégieraient un autre critère que la qualité de vie au travail des soins, peut-être les établissements équipés de nouvelles technologies et les établissements ayant les meilleurs spécialistes soignants ou encore la proximité des ES.

### **Limites**

Seulement deux établissements ont été analysés. En effet, il fallait trouver des établissements ayant deux ou plusieurs suicides. De plus, il faut faire attention aux évolutions de parts de marché. Elles ne sont pas toutes dues à un gain ou une perte d'attractivité. Elles peuvent s'expliquer également par la fermeture d'un établissement de santé proche ou encore l'agrandissement d'une structure.

### **Plan d'actions proposé**

Afin de permettre aux soignants d'appréhender le plus possible la qualité de vie au travail, chaque établissement devrait mettre à disposition au public tous les indicateurs sur la QVT sur leur site internet et dans leurs locaux.

### **Perspective :**

Si les patients sont bien informés de la Qualité de Vie au Travail par des indicateurs disponibles par tous, on peut alors se demander comment vont-ils choisir leur établissement de santé ?

Pour répondre à ce questionnement, on peut réaliser des entretiens semi-directifs avec des résultats de la thématique QVT d'établissements sur un territoire précis. On pourra alors leur exposer tous les résultats des indicateurs de QVT par exemple. Et on pourra donc leur demander leur choix d'établissement.

## CONCLUSION

La problématique de ce travail était « En quoi la Qualité de Vie au Travail peut impacter l'attractivité externe d'un établissement de santé ? ». Afin de répondre à cette problématique, on s'est posé deux questionnements :

- Comment les patients peuvent-ils apprécier la QVT dans un établissement de santé ?
- La Qualité de Vie au Travail impacte-t-elle directement l'attractivité d'un établissement de santé ?

Nos hypothèses étaient :

- Les patients pourraient difficilement appréhender la Qualité de Vie au Travail des soignants ;
- Le nombre de suicides dans les établissements de santé représentatif de la Qualité de Vie au Travail des soignants aurait une influence sur l'attractivité des établissements de santé.

Pour tester nos hypothèses, nous avons effectué deux observations. La première observation était l'exploration de dix rapports de certification pour voir les différences entre cinq rapports de certification d'établissements étant certifiés A et cinq étant certifiés D ou E dans la région des Hauts de France. La deuxième observation avait pour but de voir s'il avait un impact des suicides sur l'attractivité des établissements de santé en étudiant les fluctuations des pourcentages des parts de marché des différentes activités de deux établissements. Les pourcentages des parts de marché sont disponibles sur le site Hospidiag.

A la suite de ces deux observations, nous pouvons valider la première hypothèse : les patients peuvent difficilement appréhender la Qualité de Vie au Travail des soignants. Cela est dû à un manque d'informations. En revanche, nous pouvons réfuter la deuxième hypothèse : le nombre de suicides dans les établissements de santé représentatif de la Qualité de Vie au Travail n'ont pas d'influence sur l'attractivité des établissements de santé.

Si les patients sont informés de la qualité de vie au travail des établissements, choisiront-ils la Qualité de Vie au Travail des soignants comme critère de choix pour choisir leur établissement de santé ?

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] HAS, 11 septembre 2017, *Qualité de vie au travail* [site internet de la HAS]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail](https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail)
- [2] ANACT, 2015, *10 questions sur... La qualité de vie au travail, Comment mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de santé ?*
- [3] ANFH Champagne-Ardenne, septembre 2017, *Guide : Construire une démarche qualité de vie au travail*
- [4] Air liquide, s.d, *Augmentation des maladies chroniques* [site internet d'Air Liquide]. Disponible sur : <https://www.airliquide.com/fr/sante/augmentation-maladies-chroniques>
- [5] OMS, s.d, *Prévention des maladies chroniques, un investissement vital*. Disponible sur : [http://origin.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://origin.who.int/topics/chronic_diseases/fr/)
- [6] Observatoire des territoires, 11 janvier 2018, *Le vieillissement de la population et ses enjeux* [site internet Observatoire des territoires]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/le-vieillissement-de-la-population-et-ses-enjeux>
- [7] Ministère des Solidarités et de la Santé, 6 août 2018, *La qualité de vie au travail*
- [8] Centre Hospitalier de Valenciennes, s.d, *La crèche*
- [9] DGOS, s.d, *La QVT en milieu de soins*
- [10] L'Encyclopédie Française, s.d, *Bienveillance*. Disponible sur : <http://www.encyclopedie.fr/definition/bienveillance>
- [11] HAS, 7 juillet 2014, *Qualité de vie au travail dans la certification v2014*
- [12] ANFH Picardie, s.d, *Qualité de vie au travail IDENTIFIER ET COMPRENDRE LA QVT*
- [13] INRS, 5 janvier 2018, *Dossier bien-être au travail*
- [14] DGOS, 2017, *La qualité de vie en milieu de soin*
- [15] ANACT, 22 février 2019, *Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « Qualité de vie au travail »*. Disponible sur : <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>
- [16] Groupe JLO développeur de QVT, 19 juin 2019, *SQVT 2019 : les enjeux de la QVT (qualité de vie au travail)*. Disponible sur : <https://www.groupe-jlo.com/les-enjeux-de-la-qvt-qualite-de-vie-au-travail/>
- [17] TOIT de SOI Générateur de Bien-être et de performance en entreprise, 24 juin 2016, *Qualité de Vie au Travail (QVT) : entre accord ANI et loi Rebsamen, quelle approche pour l'entreprise ?* Disponible sur : <https://www.toitdesoi.fr/actualites/qualite-de-vie-au-travail-entre-accord-ani-et-loi-rebsamen-quelle-approche-pour>

- [18] Ministère du Travail, le 20 novembre 2015 (mise à jour le 5 février 2019), *Plans de santé au travail (PST)*. Disponible sur : <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/plans-gouvernementaux-sante-au-travail/article/plans-de-sante-au-travail-pst>
- [19] Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2017, *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui soignent*
- [20] Ministère des affaires sociales et de la santé, mars 2017, *Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui soignent, Second volet consacré aux professionnels exerçant en ambulatoire*
- [21] Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées et Ministère des solidarités et de la santé, juin 2018, *Stratégie pour favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux « La Qualité de vie au travail pour un accompagnement de qualité »*
- [22] ANACT, 30 septembre 2016, *Des clusters pour innover : partenariats avec la HAS et DGOS*
- [23] HAS, 17 juin 2015, *Analyse des causes profondes des événements indésirables associés aux soins (EIAS) issus de la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation*. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2039719/fr/analyse-des-causes-profondes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-issus-de-la-base-de-retour-d-experience-du-dispositif-d-accreditation](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2039719/fr/analyse-des-causes-profondes-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias-issus-de-la-base-de-retour-d-experience-du-dispositif-d-accreditation)
- [24] QualiREL santé, le 15 juin 2017 (mise à jour le 22 juillet 2019), *PACTE Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe*. Disponible sur : <http://www.qualirelsante.com/accompagnement/pacte/>
- [25] ARACT Ile-de-France, s.d, *Baromètre QVT*. Disponible sur : <http://www.aractidf.org/qualite-de-vie-au-travail/ressources/barometre-qvt>
- [26] Palazzolo J., Revue Cerveau & psycho n°18, s.d , *L'évolution de la relation médecin malade*. Disponible sur : [https://www.docvadis.fr/files/all/4xmpyPjUgGmVBNku73mhUQ/l\\_volution\\_de\\_la\\_relat ion\\_m\\_decin\\_malade\\_medecinmalade.pdf](https://www.docvadis.fr/files/all/4xmpyPjUgGmVBNku73mhUQ/l_volution_de_la_relat ion_m_decin_malade_medecinmalade.pdf)
- [27] Le site officiel de l'administration française, vérifié le 22 mars 2018, *Hospitalisation : quels sont les droits du patient*. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F748>
- [28] Santé magazine, 11 octobre 2017, *Etablissement de santé, les critères les plus importants pour bien le choisir*
- [29] La veille des acteurs de la santé, 9 janvier 2017, *La qualité des soins : 1<sup>er</sup> critère de choix d'un établissement de santé pour 9 français sur 10 (sondage)*. Disponible sur : <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/69352/la-qualite-des-soins-1er-critere-de-choix-dun-etablissement-de-sante-pour-9-francais-sur-10-sondage/>
- [30] Fréour P, Le figaro, 19 mai 2017, *Le système de santé français au 15<sup>e</sup> rang mondial*. Disponible sur : <http://sante.lefigaro.fr/article/le-systeme-de-sante-francais-au-15e-rang-mondial>
- [31] Le réseau ANACT ARACT, s.d, *10 questions sur ... Les indicateurs de santé et qualité au travail*



- [32] HAS, 19 janvier 2017, *Qu'est ce qu'un indicateur de qualité et de sécurité des soins*
- [33] ARS, 17 septembre 2018, *Rapport annuel sur les droits des usagers*. Disponible sur : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/rapport-annuel-sur-les-droits-des-usagers-0>
- [34] CRSA Hauts de France, 2017, *Rapport relatif aux droits des usagers des systèmes de santé*
- [35] HAS, janvier 2016, *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*
- [36] HAS, mai 2017, *Certification V2014 BILAN A MI-PARCOURS V2014 Service Certification des Etablissements de santé*
- [37] Scope santé, s.d, *Présentation du site [site scope sante]*. Disponible sur : <https://www.scopesante.fr/presentation>
- [38] Clinea Cliniques, s.d, *Informations [Site Clinea]*. Disponible sur : <https://www.clinea.fr/clinique-lautreanmont-loos-59>
- [39] EPSM Val de Lys-Artois, s.d, *Présentation des structures [site EPSM Val de Lys-Artois]*. Disponible sur : <http://www.epsm-stvenant.fr/index.php/etablissement/10-presentation-des-structures>
- [40] Clinique des 7 vallées, s.d, *Notre établissement [site de la clinique]*. Disponible sur : <https://www.clinique-chirurgicale-des7vallees.fr/clinique-marconne>
- [41] Centre Hospitalier Cambrai, s.d, *Editorial et livret d'accueil [site internet du CH]*. Disponible sur : <https://www.ch-cambrai.fr/editorial.html>
- [42] Polyclinique de la Thiérache, s.d, *Accueil [site internet de la structure]*. Disponible sur : <http://polyclinique-thierache.fr/index.php>
- [43] CH Dunkerque, 2 juin 2016, *Informations*. Disponible sur : <http://ch-dunkerque.fr/CHD2007b.asp>
- [44] Fédération Hospitalière de France, s.d, *Etablissement Public de Santé Les érables – Centre Hospitalier de La Bassée*. Disponible sur le site : [https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id\\_struct=1573](https://etablissements.fhf.fr/annuaire/hopital-fiche.php?id_struct=1573)
- [45] Groupe Hospitalier LOOS HAUBOURDIN, s.d, *Mot de la directrice*. Disponible sur le site : <http://www.ghlh.fr/PBCPPlayer.asp?ID=1603583>
- [46] Hôpital privé de Villeneuve d'Ascq, s.d, *L'Hôpital privé Villeneuve d'Ascq : un établissement pluridisciplinaire et récent*. Disponible sur : <https://hopital-prive-villeneuve-d-ascq.ramsaygds.fr/présentation-établissement/lhôpital-privé-villeneuve-d-ascq-un-établissement-pluridisciplinaire-et>
- [47] EPSM Lille-Métropole, s.d, *Soigner dans la ville*. Disponible sur : <http://www.epsm-lille-metropole.fr/aujourd'hui>
- [48] Larousse, s.d, *Suicide*. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/suicide/75284>

- [49] Passeport santé, décembre 2016, *Le suicide*. Disponible sur : <https://www.passeportsante.net/fr/psychologie/Fiche.aspx?doc=suicide>
- [50] Ministère des Solidarités et de la Santé, 28 juillet 2014, *Etat des lieux du suicide en France*. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>
- [51] l'OBS, 11 avril 2016, *Suicide à l'hôpital Pompidou : les emails désespérés du Pr Mégnien*. Disponible sur : <https://www.nouvelobs.com/societe/20160411.OBS8282/suicide-a-l-hopital-pompidou-les-emails-desesperes-du-pr-megnien.html>
- [52] l'Express, 6 février 2017, *Suicide d'un infirmier à l'hôpital Georges Pompidou : « C'était un mec en or »*. Disponible sur : [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/fait-divers/suicide-d-un-infirmier-a-l-hopital-georges-pompidou-c-etait-un-mec-en-or\\_1876571.html](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/fait-divers/suicide-d-un-infirmier-a-l-hopital-georges-pompidou-c-etait-un-mec-en-or_1876571.html)
- [53] Ladepeche.fr, 27 août 2016, *Le CHU de Toulouse endeuillé par plusieurs suicides*. Disponible sur : <https://www.ladepeche.fr/article/2016/08/27/2407280-le-chu-de-toulouse-endeuille-par-plusieurs-suicides.html>
- [54] DGOS, mars 2016, *1-1 Hospi Diag*
- [55] ANAP HOSPI DIAG, s.d, *Fiches techniques*
- [56] Hôpitaux de Toulouse, s.d, *Rapport d'activités*. Disponible sur : <https://www.chu-toulouse.fr/-rapport-d-activite-215->
- [57] La Depeche.fr, 5 janvier 2018, *Toulouse. Naissances : le paradoxe toulousain*. Disponible sur : <https://www.ladepeche.fr/article/2018/01/05/2716057-naissances-le-paradoxe-toulousain.html>
- [58] Actu Toulouse, 12 février 2015, « Cancer : Toulouse est moins touchée ». Disponible sur : [https://actu.fr/occitanie/toulouse\\_31555/cancer-toulouse-est-moins-touchee\\_3503392.html](https://actu.fr/occitanie/toulouse_31555/cancer-toulouse-est-moins-touchee_3503392.html)

## ANNEXES

### ANNEXE I : Analyse du rapport de certification de la Clinique de Lautréamont

		Clinique de Lautréamont	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les effectifs sont évalués selon les besoins, la clinique privilégie les remplacements par des professionnels connaissant l'établissement » P13</li> <li>• « Les locaux sont récents et bien entretenus tant au plan de la maintenance que du bio nettoyage » p 13</li> <li>• « Les matériels et équipement sont majoritairement disponibles dans l'établissement » p 17</li> <li>• « Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs, ils répondent aux besoins, ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les weekends et les jours fériés » p 23</li> <li>• « Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au niveau institutionnel dans le respect de la répartition réglementaire des compétences » p31</li> <li>• « Les ressources humaines sont adaptées au management et à l'organisation de la prise en charge médicamenteuse » p 31</li> <li>• « Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conforme aux exigences réglementaires dans les unités de soins et à la PUI » p31</li> <li>• « Les ressources en matériel sont en adéquation avec l'activité » p31</li> <li>• « Les professionnels disposent de matériels adaptés pour assurer la préparation et l'administration des médicaments selon les règles de bonnes pratiques en particulier pour les injectables » p 31</li> </ul>	
	Conditions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels en poste sont formés au moyen de différents supports » p 13</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• « La clinique a créé un passeport des formations internes, permettant via des formations rapides, d'harmoniser les connaissances et les pratiques » p 13</li> <li>• « Des formations aux droits des patients sont effectuées pour les différents professionnels » p 17</li> <li>• « Les professionnels sont formés » p 23</li> <li>• « Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation conforme et efficace du dossier patient en application directe par les cadres de santé. » p27</li> <li>• « Les professionnels bénéficient de formations adaptées aux besoins recensés. Des formations sont multiples et effectives comme l'attestent les fiches d'émargements et les divers entretiens avec les infirmiers des trois unités de soins ainsi que des « mini-formations » de sensibilisation, répétées en tant que de besoin avec une forte incitation du cadre de santé et de la pharmacienne à déclarer les erreurs médicamenteuses. » p 31</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Chaque professionnel participe à deux instances au sein de la clinique » p 12</li> <li>• « Tous les professionnels sont associés lors des analyses des plaintes et réclamations » p 13</li> <li>• « Colloque annuel permet les échanges entre professionnels » p 13</li> <li>• « La mise en œuvre des démarches d'EPP permet l'engagement effectif des professionnels » p 13</li> </ul>	
	Partenariat social		
	Soutien managérial		
	Soutien des collectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « L'implication des équipes est favorisée lors des points effectués aux transmissions et en réunion de service. » p 17</li> <li>• « Les équipes s'impliquent dans cette démarche : en déclarant les événements indésirables relatifs à la prise en charge des patients, aux matériels et/ou à l'organisation interne, en participant aux groupes de travail pluri-professionnels et à la démarche d'analyse des risques dans</li> </ul>	

		l'objectif d'identifier, de hiérarchiser et de maîtriser les situations à risque ou les dysfonctionnements potentiels en lien avec la prise en charge des patients dans sa globalité » p22-23	
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		24	

## ANNEXE II : Analyse du rapport de certification de l'EPSM Val de Lys Artois

		EPSM Val de Lys Artois	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail (physique, technique, organisationnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« L'équipe de la Direction qualité gestion des risques sécurité des soins dispose des compétences nécessaires pour accompagner la démarche » p 17</li> <li>« Le nombre d'ordinateurs est suffisant pour permettre à tous les professionnels d'accéder à la gestion documentaire » p 17</li> <li>« Les ressources en compétences (effectif, formation), matériel (équipements) et documentation (accessible) sont disponibles dans les secteurs » p 17</li> <li>« Les compétences des professionnels disponibles dans l'établissement correspondent aux besoins » p 22</li> <li>« Les unités de soins disposent des équipements et matériels nécessaires à leur activité, notamment, dans le domaine informatique » p 22</li> <li>« Les compétences des professionnels disponibles dans l'établissement correspondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge » p 30</li> <li>« Les effectifs permettent d'assurer la prise en charge des patients, y compris le nuit, les week-ends et les jours fériés » p 30</li> <li>« L'établissement met à disposition ses ressources humaines (effectif et compétence), matérielles et documentaires) p 35</li> <li>« Le matériel informatique est disponible pour les professionnels » p 35</li> <li>« Les ressources humaines à disposition sont en nombre et en compétence pour les différentes activités de la PUI » p 39</li> <li>« Les locaux, le matériel et les équipements mis à disposition des professionnels sont fonctionnels et opérationnels » p 39</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les locaux ne sont pas toujours conformes et adaptés aux prises en charge » p 23</li> <li>« Des unités non fonctionnelles et vétustes ont été observées » p 23</li> </ul>
	Conditions d'emploi (formation, carrière,	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les professionnels en poste sont formés » p 17</li> </ul>	

	égalité, parcours professionnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels en poste sont formés à la bienveillance en institution, au respect des droits des patients (256 professionnels depuis 2012), à la prévention et prise en charge de la violence (OMEGA) » p 22</li> <li>• « Les professionnels en poste sont formés à la prise en charge des urgences vitales, la liste des professionnels à jour (AFGSU 2) est suivie par la formation, en lien avec la direction des soins » p 30</li> <li>• « Des séances de formations sont dispensées en interne aux professionnels du pôle de pédopsychiatrie animé par le chef de pôle sur « prévention au suicide des enfants et adolescents : troubles de l'attachement et outils de communication empathique » p 31</li> <li>• « Des formations au risque de chutes des personnes âgées sont organisées deux fois par an en interne dans l'établissement pour tous les professionnels de l'établissement et 24 soignants ont bénéficié des 40h de formation à l'éducation thérapeutique » p 31</li> <li>• « Il existe des formations et des sensibilisations au risque d'erreur médicamenteuse pour les médecins et les infirmiers » p 39</li> <li>• « La formation des professionnels au logiciel du circuit du médicament est assurée de manière régulière » p 39</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail (temps de trajet, problèmes de santé)		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif (groupe de résolutions de problèmes, débats sur le travail)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « La présidence de CME organise aussi régulièrement des soirées débat sur des thématiques ayant un impact sur la formation médicale continue ou des pièces de théâtres à thèmes pour les professionnels citons celle de 2018 sur la sexualité en psychiatrie » p 17</li> <li>• « Les cadres de proximité assurent l'implication des équipes dans les actions d'amélioration définies au sien de l'établissement » p 30</li> </ul>	

	Partenariat social (concertation, dialogue social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Dans chaque service, des réunions pluriprofessionnelles sont organisées » p 31</li> <li>« Des réunions de synthèse sont organisées deux fois par an pour les patients au long cours » p 31</li> <li>« L'équipe infirmière est informée des décisions liées aux prises en charge lors des staffs ou si une urgence se présente » p 31</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« La mobilisation des équipes pour la traduction et la mise en œuvre sur les secteurs d'activités de la politique institutionnelle n'est pas totalement opérationnelle. En effet, lors des visites de terrain, les experts visiteurs ont constaté que les équipes ne connaissent pas les objectifs en matière d'amélioration des droits des patients, ni les éventuelles mesures correctives à mettre en place pour les atteindre. » p 22</li> <li>« La mobilisation des équipes pour la traduction et la mise en œuvre sur les secteurs d'activités de la politique institutionnelle n'est pas opérationnelle » p 30</li> </ul>
	Soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance)		
	Soutien des collectifs (solidarités métier, travail en équipe, échanges sur les pratiques)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les référents thématiques et l'équipe qualité participent avec les équipes aux audits / évaluations internes notamment, les audits identité-vigilance, les audits hygiène des mains et ceux sur la traçabilité de l'IMC, audits chambre d'isolement » p 16</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les cadres de santé et les médecins ne mobilisent pas les équipes autour de la mise en œuvre d'actions correctives nécessaire au regard des pratiques, comme en témoigne les pratiques concernant le respect des droits des patients et l'organisation de la prise en charge des populations vulnérables » p 16</li> </ul>
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		24	5



### ANNEXE III : Analyse de la clinique chirurgicale des 7 Vallées

		Clinique chirurgicale des 7 Vallées	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail (physique, technique, organisationnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les ressources sont suffisantes en nombre et en qualification pour conduire le dispositif qualité et gestion des risques » p 13</li> <li>• « Les services sont correctement équipés, notamment en ordinateur pour accès à la gestion documentaire et à l'intranet » p 13</li> <li>• « Les ressources en compétences pour la maîtrise du risque infectieux sont adaptées à l'activité » p 16</li> <li>• « Les locaux sont propres, rangés et accueillants » p 16</li> <li>• « Les équipements de protection individuels sont disponibles et utilisés en cas de besoins » p 16</li> <li>• « Les ressources humaines sont suffisantes en nombre et qualification » p 19</li> <li>• « Le mobilier et matériel médical sont adaptés » p 19</li> <li>• « Les locaux sont adaptés en terme de respect de la dignité par des paravents amovibles permettant de préserver les patients des regards » p 19</li> <li>• « Les locaux sont propres et bien rangés en terme d'accueil » p 19</li> <li>• « Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont adaptées et ajustées à l'activité opératoire et à la structure » p 24</li> <li>• « Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) et documentation (Accessible et actualisée) sont également disponibles dans les secteurs » p 24</li> <li>• « Les ressources sont adaptées à la structure, y compris en termes de postes informatiques disponibles » p 27</li> <li>• « Les ressources définies en compétences infirmières sont adaptées à l'activité » p 31</li> <li>• « Les locaux et équipements permettent la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse et sont conformes aux exigences » p 31</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Vacance de certains acteurs » p 34</li> <li>• « Les ressources en compétences en nombre restreint » p 34</li> <li>• « Les locaux ne sont pas conformes à la réglementation » p 39</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les locaux tant interventionnels que SSPI sont conformes en équipements en matière de réglementation » p 35</li> <li>• « Les ressources en compétences sont en nombre compte tenu de l'évolution actuelle de l'activité » p 38</li> <li>• « Le matériel et les dispositifs médicaux stériles et implantables sont disponibles, vérifiés et tracés » p 39</li> </ul>	
	Conditions d'emploi (formation, carrière, égalité, parcours professionnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels sont formés au cours d'audits pratiques sur le terrain avec réajustement des pratiques immédiat notamment pour l'entretien des locaux » p 16</li> <li>• « Le personnel rencontré est formé aux précautions standard, à l'hygiène des mains et l'entretien des locaux » p 16</li> <li>• « Elles sont formées à la prise en charge médicamenteuse » p 31</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « La formation à la radio-protection des chirurgiens n'est pas exhaustive » p 35</li> <li>• « Les professionnels ne sont pas formés » p 39</li> <li>• « Les professionnels en charge du traitement des endoscopes n'ont pas bénéficié de formation depuis 2014 » p 39</li> </ul>
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail (temps de trajet, problèmes de santé)		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif (groupe de résolutions de problèmes, débats sur le travail)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les échanges avec les professionnels de terrain attestent de leur réelle implication au quotidien pour améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des patients » p 31</li> </ul>	
	Partenariat social (concertation, dialogue social)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les échanges avec les professionnels de terrain attestent de leur réelle implication au quotidien, pour améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des patients » p 13</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Etant donné que les pilotes des thématiques ne conduisent pas le dispositif qualité, ne connaissent pas les risques portés au compte qualité, ils ne peuvent pas sensibiliser les professionnels » p 13</li> </ul>
	Soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance)		
	Soutien des collectifs (solidarités métier, travail en équipe,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les travaux des groupes de travail certification » p 13</li> <li>• « Les professionnels de chirurgie ambulatoire et du bloc opératoire sont mobilisés par le pharmacien et la référente infirmière au travers de groupes de travail » p 31</li> </ul>	

	échanges sur les pratiques)		
Contenu du travail	Autonomie au travail : pouvoir d'agir sur des éléments de la tâche (rythme, procédure, choix des moyens, accès aux ressources, outils...) et de les combiner de manière variée et adaptée à la situation de sorte à procurer un sentiment de maîtrise.		
	Valeur du travail : le sens du travail ou sa valeur est d'abord perçu par autrui (client, bénéficiaire, hiérarchie, pair...) et renvoie au sentiment d'utilité.		
	Travail apprenant : il renvoie à la possibilité de mobiliser dans son exercice professionnel un ensemble de compétences (relationnelles, émotionnelles, physiques, cognitives...). Un travail apprenant rend le travail intéressant.		

	<p>Travail complet : réaliser une tâche complète non seulement au plan organisationnel (maîtrise d'un processus), mais aussi pouvoir évaluer les effets de mon activité en regard des résultats que j'en attends, et pouvoir réduire l'écart entre les deux. Et donc de « piloter » ma performance (sentiment de responsabilité).</p>		
Score		25	7

## Annexe IV : Analyse du CH de Cambrai

		Centre Hospitalier Cambrai	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail (physique, technique, organisationnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« L'établissement dispose des locaux et matériels pour assurer l'hygiène dans des bonnes conditions » p 12</li> <li>« Les moyens humains sont adaptés » p 13</li> <li>« L'établissement met à disposition des secteurs d'activité les ressources en compétences nécessaires, notamment celles du pharmacien hygiéniste et de l'équipe opérationnelle d'hygiène » p 13</li> <li>« Des équipements et matériels nécessaires à la prise en charge des patients dans leur parcours de soins sont disponibles et opérationnels dans les secteurs cliniques » p 18</li> <li>« Le CH de Cambrai dispose d'un plateau technique équipé » p 18</li> <li>« Les salles de soins sont disponibles et équipées et disposent d'un accès sécurisé » p 18</li> <li>« Le centre hospitalier de Cambrai dispose des ressources en compétences nécessaires pour répondre aux objectifs et à l'activité de ses différentes spécialités de prise en charge des populations accueillies » p 18</li> <li>« Un système de gestion documentaire informatique est mis en place » p 22</li> <li>« Les locaux sont neufs et conformes » p 27</li> <li>« Les effectifs sont suffisants dans les différents secteurs de la pharmacie et dans les secteurs de soins » p 27</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les effectifs médicaux, paramédicaux, médico-techniques et administratifs sont en grande partie suffisants et conformes aux besoins » p 18</li> <li>« Les compétences en pédiatre et médecin somaticien ne sont pas toujours disponibles » p 18</li> <li>« Les experts ont constaté des fuites d'eau de pluie apparentes au niveau de la fenêtre du toit des archives du secteur psychiatrie adulte » p 23</li> </ul>
	Conditions d'emploi (formation, carrière, égalité, parcours professionnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Des actions de formation sont menées sur les champs de l'hygiène des locaux » p 13</li> <li>« Les formations prévues dans le plan de formation par thématique sont effectives » p 18</li> <li>« Les nouveaux arrivants sont accompagnés par tutorat dans leur prise de poste et sont également intégrés aux formations professionnelles réalisées » p 18</li> <li>« Des formations professionnelles sont prévues sur des thématiques du parcours patient, notamment la formation sur l'éducation thérapeutique du patient, l'accueil des</li> </ul>	

		<p>patients, l'identitovigilance, les pratiques et le raisonnement cliniques, prise en charge de la douleur » p 18</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Des journées de formation sont organisées pour accompagner dans le déploiement du dossier informatisé et sensibiliser les personnels (médical et non médical) à la bonne tenue du dossier patient » p 22</li> <li>• « Les nouveaux arrivants sont intégrés aux formations professionnelles et bénéficient d'une période de tutorat dans leur prise de poste » p 22</li> <li>• « Les préparateurs formés » p 27</li> <li>• « Des formations professionnelles sont planifiées et réalisées sur le bon usage des médicaments et le sujet âgé » p 27</li> <li>• « Les équipements et matériels mis à disposition dans ces différents secteurs sont nouveaux et adaptés pour assurer une bonne prise en charge du médicament du patient » p 27</li> <li>• « L'entretien et la maintenance de ces locaux et équipements sont assurés » p 27</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail (temps de trajet, problèmes de santé)		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif (groupe de résolutions de problèmes, débats sur le travail)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Chaque pôle est mobilisé, en équipe pluridisciplinaire, autour du raisonnement clinique sur les pathologies prises en charge » p 17</li> <li>• « Les professionnels participent à la réalisation des actions d'amélioration définies au sein de leur secteur » p 18</li> <li>• « Les professionnels médicaux, soignants et technico-administratifs sont associés dans l'identification des risques et le choix des actions prioritaires retenus dans le plan d'action du processus dossier patient » p 22</li> </ul>	
	Partenariat social (concertation, dialogue social)		

	Soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance)		
	Soutien des collectifs (solidarités métier, travail en équipe, échanges sur les pratiques)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les pilotes, l'encadrement, le service qualité et les référents qualité des secteurs d'activité mobilisent les professionnels de terrain dans la mise en place des actions définies sur les risques identifiés » p 17</li> <li>• « Des réunions de concertations pluridisciplinaires sont mises en œuvre au sein des services » p 19</li> <li>• « La coordination entre les différents professionnels concourant à la prise en charge .... Est effective » p 19</li> <li>• « L'entraide est recherchée au sein des pôles » p 19</li> </ul>	
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		27	3

## Annexe V : Analyse de la Polyclinique de la Thiérache

		Polyclinique de la Thiérache	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail (physique, technique, organisationnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les ressources nécessaires en effectifs soignants et d'entretien des locaux sont disponibles » p 16</li> <li>« Les équipements nécessaires à la mise en œuvre des précautions complémentaires d'hygiène sont en place (signalétique, gants, protections dans la chambre, etc.). » p 17</li> <li>« Les services disposent des matériels de protection individuelle et les matériels de sécurité » p 17</li> <li>« Les ressources en matériel et documentation sont disponibles dans les différents secteurs de la polyclinique » p 26</li> <li>« Les effectifs permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés » p 26</li> <li>« Les matériels, locaux et équipements sont adaptés aux différentes prises en charge sur tous les sites » p 26</li> <li>« Du matériel et des équipements sont également disponibles » p 36</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les ressources documentaires ne sont pas toutes disponibles » p 16</li> <li>« Vétustes » p 21</li> <li>« La clinique n'organise pas la réponse à ses besoins en ressources humaines en nombre et en qualification. Il n'y a plus de responsable et cette fonction a été vacante plusieurs fois » p 36</li> <li>« Les ressources humaines nécessaires à la surveillance du patient ne sont pas toutes présentes en temps utile » p 42</li> <li>« Aucun personnel supplémentaire n'est pas ce cas mis à disposition » p 42</li> <li>« Les locaux et les circuits ne permettent pas de respecter les bonnes pratiques » p 42</li> <li>« bloc opératoire, qui est ancien » p 42</li> <li>« Trou dans les murs, depuis bouchés, qui ont permis l'intrusion de rongeurs durant l'été » p 43</li> <li>« Intrusion régulière en été, signalée en CME, d'insectes volants dans le bloc » p 43</li> <li>« Les locaux et les circuits ne permettent pas de respecter totalement les bonnes pratiques en matière de risque infectieux » p 47</li> <li>« La documentation n'est pas systématiquement accessible » p 48</li> </ul>



	Conditions d'emploi (formation, carrière, égalité, parcours professionnel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Une possibilité de formation par e-learning est offerte et favorisée » p 26</li> <li>« Les ressources en compétences formées sont disponibles dans les services cliniques, au bloc opératoire, à l'accueil et au niveau des consultations » p 31</li> <li>« Il existe un compagnonnage pour tout nouvel arrivant à l'administration et dans les services » p 31</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« La formation sur l'évolution des pratiques n'est pas mise en œuvre » p 26</li> <li>« Très peu de personnes ont pu suivre une formation sur les trois dernières années, par manque de possibilité de libérer du personnel » p 26</li> <li>« mais cette formation n'est pas organisée » p 26</li> <li>« Les aides soignantes n'ont pas toujours reçu une formation spécifique » p 41</li> <li>« Avant 2016, aucun médecin et seulement une partie des soignants avaient suivi une formation à la radioprotection des personnels et des patients »</li> </ul>
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail (temps de trajet, problèmes de santé)		<ul style="list-style-type: none"> <li>« De nombreux personnels sont rappelés à leur domicile pour pallier les absences » p 26</li> </ul>
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif (groupe de résolutions de problèmes, débats sur le travail)	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Réunions » p 13</li> <li>« Des EPP ont été mises en œuvre en 2016 avec une forte participation soignante pour la réalisation d'audits » p 13</li> </ul>	
	Partenariat social (concertation, dialogue social)		<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les actions de sensibilisation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuse sont manière incomplète » p 36</li> </ul>
	Soutien managérial (clarté des objectifs, reconnaissance)		
	Soutien des collectifs (solidarités métier, travail en équipe,	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Des échanges nombreux ont lieu au moment des transmissions » p 13</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« La continuité des soins est parfois difficile en raison des difficultés de communication entre els</li> </ul>

	échanges sur les pratiques)		<p>professionnels médicaux. Des chirurgiens et des anesthésistes ne communiquent pas ensemble et de ce fait il existe une répercussion sur la prise en charge des patients. Il a été constaté lors de l'investigation terrain des attitudes contradictoires pour la prise en charge d'un patient : demande d'arrêt d'un traitement antalgique par l'anesthésiste. L'infirmière exécute cette prescription et arrête la perfusion. Passage juste après du chirurgien du patient qui demande de remettre le traitement antalgique par voie veineuse. Le patient doit être repiqué » p 26</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>« Le personnel de nuit manifeste également des difficultés à joindre certains médecins ou à obtenir des réponses, voire des déplacements en cas de problème avec les patients » p 27</li> </ul>
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		13	20

## ANNEXE VI : Analyse du rapport de certification du Centre Hospitalier de Dunkerque

		Centre Hospitalier de Dunkerque	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « L'établissement s'est donné les moyens humains et les compétences pour mener à bien sa politique qualité » p 15</li> <li>• « Les équipements informatiques mis à disposition des professionnels sont en adéquation avec la menée à bien de la politique qualité » p 15</li> <li>• « Les ressources en matériels sont disponibles (gants, masques, tabliers, signalétique et supports de dispositifs pour isolement, matériel de nettoyage...). Les services disposent également de matériels de sécurité » p 19</li> <li>• « Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les services » p 22</li> <li>• « Les locaux et équipements sont adaptés aux activités de l'établissement » p 28</li> <li>• « Les ressources en compétences (effectifs, formation) et équipements (ordinateurs dans les unités de soins et au sein du SIM) sont adaptés et conformes aux buts poursuivis » p 31</li> <li>• « Les ressources en compétences sont en adéquation avec l'organisation de la prise en charge médicamenteuse tant en pharmaciens qu'en préparateurs en pharmacie » p 35</li> <li>• « Les ressources matérielles que ce soit à la pharmacie ou dans les unités de soins sont adaptées aux activités » p 35</li> <li>• « Le niveau d'équipements de la pharmacie est conforme aux exigences réglementaires comme indiqué dans le rapport d'inspection du 21 décembre 2013 » p 35</li> <li>• « Le service d'urgences dispose des ressources nécessaires à son activité » p 40</li> <li>• « Les effectifs médicaux et paramédicaux sont adaptés et organisés pour prendre en charge le flux de patients » p 40</li> <li>• « Les ressources en matériel sont en cohérence avec l'organisation » p 40</li> <li>• « L'architecture des locaux est facilitante pour les différents circuits de prise en charge » p 40</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• « L'effectif paramédical est en adéquation avec les besoins » p 43</li> <li>• « Les locaux et équipements sont adaptés à l'activité » p 43</li> <li>• « Les ressources en compétences (effectifs et formation) respectent les recommandations de la société française de cardiologie » p 47</li> <li>• « Les ressources matérielles sont adaptées à l'activité » p 47</li> <li>• « Les locaux sont adaptés à l'activité » p 51</li> </ul>	
	Conditions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels suivent les formations en hygiène adaptées au secteur et à leur activité » p 18</li> <li>• « La formation des professionnels est effective et repose sur un plan de formation » p 28</li> <li>• « Les équipes de soins sont également formées à la prise en charge médicamenteuse sur les différentes étapes en incluant la prévention des erreurs médicamenteuses et les médicaments à risque » p 35</li> <li>• « Les formations sont effectives sur les nouvelles techniques développées » p 43</li> <li>• « Les professionnels sont formés aux techniques de l'unité fonctionnelle de radiologie et cardiologie » p 47</li> <li>• « Les personnels sont formés à l'activité d'endoscopie dans tous les secteurs » p 51</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels participent aux audits réalisés par l'équipe d'hygiène et mettent en œuvre les actions correctrices identifiées » p 18</li> <li>• Les équipes « sont impliquées dans les groupes de travail et sont forces de proposition pour les plans d'actions » p 43</li> </ul>	
	Partenariat social		
	Soutien managérial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Cette organisation a permis aux professionnels de s'approprier les objectifs et les plans d'actions » p 35</li> </ul>	
	Soutien des collectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Cette déclinaison repose sur l'accompagnement des professionnels par l'équipe opérationnelle d'hygiène et les</li> </ul>	

		référents hygiène, ce qui favorise l'implication des professionnels » p 18	
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		28	0

## ANNEXE VII : Analyse du rapport de certification du Centre Hospitalier de la Bassée

		Centre Hospitalier de la Bassée	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les ressources humaines sont adaptées aux besoins de l'établissement » p 13</li> <li>• « Les équipements informatiques sont en nombre suffisant et permettent l'accès des professionnels à l'intranet » p 13</li> <li>• « Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité » p 17</li> <li>• « Les effectifs sont en adéquation avec les besoins des services » p 23</li> <li>• « Les locaux permettent aux professionnels d'accomplir leur mission dans de bonnes conditions » p 23</li> <li>• « Les postes informatiques sont en nombre suffisant » p 23</li> <li>• « Les ressources humaines sont adaptées aux besoins des secteurs d'activité » p 27</li> <li>• « Les ordinateurs fixés dans les couloirs des services sont en nombre suffisant » p 27</li> <li>• « Les compétences et les effectifs de la pharmacie permettent de répondre aux besoins des services » p 31</li> <li>• « Les professionnels ont à disposition dans des classeurs et sur l'intranet les documents utiles à la prise en charge médicamenteuse » p 31</li> </ul>	
	Conditions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels suivent régulièrement des formations sur les thématiques à risque » p 13</li> <li>• « Un médecin et deux cadres de santé ont également été formés à la méthodologie d'analyse des événements indésirables en CREX » p 13</li> <li>• « Le pharmacien, qui a suivi une formation externe à la mise en place des REMED, dispense des formations en interne sur les erreurs médicamenteuses » p 13</li> <li>• « Les personnels sont formés » p 17</li> <li>• « Les nouveaux arrivants sont accueillis lors d'une séance d'information, avec remise du livret d'accueil, formation sur les logiciels utilisés dans leur pratique » p 23</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels en place sont formés, notamment à la gestion des urgences vitales » p 23</li> <li>• « Les nouveaux arrivants sont formés lors de leur journée « doublée » par le personnel en place » p 27</li> <li>• « Les professionnels en poste sont formés à leur fonction »</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail		<ul style="list-style-type: none"> <li>• « ou en contactant par téléphone des soignants en repos » p 23</li> </ul>
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les professionnels de tous services participent à des instances et aux groupes de travail » p 13</li> <li>• « Les professionnels ont participé par l'intermédiaire des groupes de travail à l'élaboration du compte qualité » p 13</li> <li>• « Des professionnels de tous les services participent aux instances et groupes de travail de l'établissement » p 17</li> <li>• « Des actions correctives sont mises en œuvre, notamment suite aux analyses d'événements indésirables. Elles sont identifiées avec la participation des professionnels » p 17</li> <li>• « Les professionnels participent en grand nombre aux groupes de travail sur cette thématique » p 18</li> <li>• Les équipes se sont impliqués dans la réalisation d'audits, le recueil d'indicateurs (IQSS, EPP, ..), la déclaration et l'analyse des événements indésirables notamment lors de CREX portant sur l'identitovigilance et de REMED portant sur les erreurs médicamenteuses. Elles ont participé par l'intermédiaire des instances à l'élaboration du compte qualité de l'établissement » p 23</li> <li>• « Les équipes s'impliquent dans les évaluations et les actions d'amélioration : recueil d'indicateurs, audits, participation aux actions EPP, déclaration et analyse des erreurs médicamenteuses dans le cadre des REMED, traitement des plaintes et réclamations. Elles ont été sollicités pour l'élaboration du compte qualité » p 31</li> </ul>	
	Partenariat social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Transmissions inter-équipes » p 13</li> <li>• « Les professionnels sont associés aux démarches d'amélioration » p 17</li> <li>• « La communication avec les professionnels se fait par différents moyens à travers différents supports : réunions</li> </ul>	

		de service, réunions de synthèse pluriprofessionnelles hebdomadaires, transmissions journalières, mise en ligne des comptes rendus de réunions sur l'intranet de l'établissement » p 22 <ul style="list-style-type: none"> <li>• « en association avec les professionnels » p 27</li> </ul>	
	Soutien managérial		
	Soutien des collectifs		
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		29	1



## ANNEXE VIII : Analyse du rapport de certification du Groupe Hospitalier Loos Haubourdin

		Groupe Hospitalier Loos Haubourdin	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs » p 14</li> <li>• « La cellule qualité bénéficie des moyens matériels (locaux, informatiques) nécessaires à son bon fonctionnement » p 14</li> <li>• « Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activités » p 17</li> <li>• « Les effectifs sont en adéquation sur les différents secteurs d'activité participant au respect des droits des patients » p 17</li> <li>• « Concernant les locaux, ils sont conformes et adaptés à l'activité » p 17</li> <li>• « Les ressources en compétences, matériel et documentations sont disponibles dans les secteurs » p 22</li> <li>• « Le maintien des compétences est assuré » p 22</li> <li>• « Le matériel est adapté » p 22</li> <li>• « Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs » p 25</li> <li>• « Les ressources en matériel dans les unités permettent l'utilisation du logiciel de prise en soins des patients » p 25</li> <li>• « Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs » p 28</li> </ul>	
	Conditions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « ont bénéficié de formations spécifiques » p 14</li> <li>• « Des formations sont proposées aux professionnels en lien avec le processus » p 17</li> <li>• « Des journées annuelles de formations » p 17</li> <li>• « De nombreuses formations sont réalisées » p 22</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les infirmiers, aides soignants et autres professionnels référents désignés pour assurer le déploiement et le suivi du dossier patient informatisé ont également bénéficié de formation pour assurer leur mission » p 25</li> <li>• « Une journée d'intégration est faite pour les nouveaux arrivants » p 28</li> <li>• « Une formation spécifique est notamment prévue en novembre 2015 » p 28</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif		
	Partenariat social		
	Soutien managérial		
	Soutien des collectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Des « topos infos » (tous les jeudis de 14h à 14h45) sont l'occasion de communiquer sur la démarche, d'assurer la formation pratique des utilisateurs et de les informer des résultats des démarches en cours » p 15</li> </ul>	
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		19	

## ANNEXE IX : Analyse du rapport de certification de l'Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq

		Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Le personnel nécessaire à la réalisation de la prise en charge est en place et formé (métier de base) » p 13</li> <li>• « Les locaux sont spacieux et fonctionnels » p 13</li> <li>• « Le matériel et les équipements sont de pointe, d'acquisition récente, pour permettre une prise en charge de qualité avec sécurité » p 13</li> <li>• « Le matériel est adapté pour la prise en charge de patients infectés » p 18</li> <li>• « Le personnel a , à sa disposition, tous les équipements nécessaires (gants, lunettes, masques, tabliers, guéridons de soins et d'isolement) et cela en nombre suffisant » p 18</li> <li>• « Les effectifs du personnel sont disponibles en fonction des différents secteurs d'activités : maternité, chirurgie, médecine, oncologie » p 22</li> <li>• « Les compétences et les effectifs en professionnels sont disponibles dans chaque secteur d'activité » p 28</li> <li>• « Du matériel de « pointe » est mis à la disposition des professionnels » p 28</li> <li>• « Tous les secteurs d'activités sont équipés en postes informatiques » p 32</li> <li>• « Sur le plan des ressources humaines, les effectifs sont disponibles en nombre » p 32</li> <li>• « Les services disposent de moyens informatiques suffisants » p 36</li> <li>• « Le matériel à disposition des professionnels est adapté et sécurisé » p 36</li> <li>• « Les ressources humaines sont conformes aux besoins identifiés et ont été adaptées après analyse de dysfonctionnements ce qui a conduit à mettre en place un poste de régulation de stérilisation ou d'augmenter le nombre de brancardiers » p 39</li> <li>• « Les ressources matérielles sont adaptées à l'activité et la maintenance du matériel médical assurée en partie sur</li> </ul>	

		<p>place par un responsable technique et un biomédical et en partie externalisée » p 40</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les locaux sont conformes et adaptés avec en particulier une salle de déchoquage équipée. L'acquisition de matériel permet la réalisation de techniques innovantes d'angioplasties quantitatives et de recanalisation sur obstructions coronaires chroniques » p 44</li> <li>• « La dotation en endoscopes est adaptée à l'activité importante, en augmentation, représentant la moitié de l'activité ambulatoire » p 47</li> <li>• « Les blocs dédiés et la salle de désinfection sont conformes aux recommandations » p 47</li> <li>• « Le matériel est en nombre suffisant et couvre les pannes éventuelles » p 52</li> <li>• « Les locaux répondent à une organisation optimale du parcours patient » p 52</li> </ul>	
	Conditions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les dates de formation sont communiquées deux mois à l'avance pour permettre le remplacement des personnels, le suivi est assuré et tracé » p 18</li> <li>• « Des formations sont organisées au long cours sur différents sujets liés à cette thématique : intimité, maltraitance, confidentialité, informations des patients » p 22</li> <li>• « Pour les nouveaux arrivants, une réunion d'accueil est organisée, d'autres informations leurs sont données au niveau de leur service » p 22</li> <li>• « Un plan de formation est mis en œuvre. Des formations sont en cours sur le thème de l'éducation thérapeutique » p 28</li> <li>• « Les utilisateurs (médecins et paramédicaux) ont été formés à l'utilisation des différents modules composant le dossier patient » p 32</li> <li>• « Les nouveaux arrivants sont formés par leurs collègues de service » p 32</li> <li>• « L'équipe des préparateurs en pharmacie a suivi une formation spécifique de préparation des médicaments anticancéreux dans un isolateur et sous hotte à flux d'air laminaire verticale » p 36</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• « En 2013, 38 professionnels de santé et 115 en 2014 sont partis en formation sur des sujets relevant du circuit du médicament dont la PEC médicamenteuse de la personne âgée. » p 36</li> <li>• « Tous les personnels sont formés à l'outil informatique » p 36</li> <li>• « Les professionnels sont sensibilisés par des actions de formation, de communication, d'accompagnement, de tutorat » p 39</li> <li>• « L'ensemble du personnel de bloc et de SSPI a été formé » p 39</li> <li>• « Des formations internes sont régulièrement réalisées ; une formation externe de tout le personnel sur l'hygiène en endoscopie a été réalisée. » p 47</li> <li>• « Une attention particulière est portée au maintien des compétences : formation cell saver, utilisation du PH mètre, simulation d'urgences de néonatalogie et d'hémorragie post-partum, formation à l'hypnose » p 52</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les équipes de l'établissement ont été mobilisées dans l'élaboration de compte qualité soit en appartenant à une des différentes instances ou en participant aux groupes de travail sur la base du volontariat (appel à candidature) » p 13</li> <li>• « Les professionnels de terrain participent à l'élaboration des divers documents nécessaires à la prise en charge : procédures, protocoles, modes opératoires... et ce, de manière collégiale » p 13</li> <li>• Les professionnels « participent à l'évaluation et au traitement des événements indésirables, aux RMM et à l'analyse des causes » p 22</li> <li>• « Le personnel est impliqué dans la rédaction des protocoles et la déclaration d'événements indésirables ; l'analyse est structurée en équipe, en CREX, en RMM et le suivi des actions organisé » p 39</li> </ul>	

	Partenariat social	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Des réunions de service, des staffs quotidiens permettent la régulation pour la conformité des pratiques avec le cas échéant, la mise en œuvre d'actions correctives » p 22</li> </ul>	
	Soutien managérial		
	Soutien des collectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Ce travail a été réalisé en équipe » p 28</li> <li>« Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées, notamment en oncologie » p 28</li> <li>« La mobilisation des équipes se fait au plus près de celles-ci par l'intermédiaire des correspondants médicaux et soignants qui organisent des groupes de travail pour le déploiement des modules informatiques aux différents stades de prises en charge » p 32</li> <li>« La mobilisation des équipes repose sur une organisation de communication structurée : staff quotidien, réunions « obstétricaux et pédiatriques », réunion de service, groupe de travail, intégration des SF libérales » p 51</li> <li>« L'implication des professionnels est forte » p 51</li> </ul>	
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		42	

## ANNEXE X : Analyse du rapport de certification de l'EPSM Lille Métropole

		EPSM Lille Métropole	
		POSITIF	NEGATIF
Les conditions de travail	Environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les ressources matérielles sont largement disponibles dans les secteurs d'activité et adaptées aux objectifs à atteindre » p 17</li> <li>• « Les équipements et matériels nécessaires sont mis à disposition des équipes, les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et maintenance » p 22</li> <li>• « La documentation est facilement accessible aux professionnels des secteurs d'activité grâce à la base documentaire informatisée » p 22</li> <li>• « Le maintien des compétences est assuré tant pour le personnel médical que paramédical » p 27</li> <li>• Sur le terrain les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles » p 27</li> <li>• « Le maintien des compétences est assuré et organisé » p 31</li> <li>• « Les ressources documentaires sont accessibles et connues » p 31</li> <li>• « Les ressources en compétences sont disponibles au sein des pôles tant en matière de formation des agents qu'en matière d'expertise avec le réseau des référents en information médicale » p 35</li> <li>• « Les professionnels disposent de matériels opérationnels et accessibles dans toutes les structures de l'établissement » p 36</li> <li>• « Les ressources matérielles en place font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance » p 36</li> <li>• « Les locaux et équipements sont adaptés, notamment pour l'informatique (les unités sont toutes équipées de postes, mobiles si nécessaire) » p 40</li> <li>• « La documentation est accessible, actualisée et connue et les bases de connaissances sont actualisées » p 40</li> <li>• « Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) et les besoins en formation sont identifiés en fonction de l'activité et de la réglementation. » p 44</li> </ul>	

	Conditions d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « La formation des personnels participant à des activités innovantes est mise en œuvre, ainsi que le programme d'adaptation à l'emploi des nouveaux professionnels » p 22</li> <li>• « La formation des nouveaux professionnels est un axe fort sur le plan clinique, thérapeutique que sur la gestion des situations de violence » p 27</li> <li>• « Des outils sont mis à disposition et la formation des professionnels à la gestion du dossier patient est assurée » p 35</li> <li>• « Tout professionnel concerné est formé que ce soit dans le cadre de sa professionnalisation que de l'évolution du dossier informatisé » p 35</li> <li>• « Il existe des supports de formation adaptés à leur profil et à leur fonction. Ces supports sont connus, actualisés et accessibles via le réseau intranet » p 35-36</li> <li>• « Formation des internes tous les semestres » p 40</li> <li>• « Les professionnels en poste sont formés » p 44</li> </ul>	
	Conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail		
La capacité à s'exprimer et à agir	Participatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Les rencontres avec les pilotes et les professionnels de terrains lors des audits de processus ont permis de constater l'implication et la mobilisation des professionnels, tous métiers confondus, dans la démarche qualité/gestion des risques, comme par exemple dans l'élaboration du compte qualité » p 16-17</li> <li>• « L'ensemble du personnel est impliqué » p 17</li> <li>• « Les actions correctives sont identifiées par les responsables des pôles avec la participation des professionnels » p 35</li> <li>• « Les professionnels participent à la définition et la mise en œuvre d'actions correctives comme par exemple avec les référents CREX » p 39</li> <li>• « Les professionnels de la pharmacie participent à des démarches d'éducation thérapeutique et à des entretiens patients » p 39</li> </ul>	



	Partenariat social	<ul style="list-style-type: none"> <li>« La coordination des soins est effective dans les pôles avec 'un point quotidien » sur les situations critiques qui est fait entre chaque structure soit par appel téléphonique direct soit par audioconférence. » p 28</li> </ul>	
	Soutien managérial	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Les professionnels rencontrés connaissent les objectifs d'amélioration et les indicateurs de moyens et de résultats suivis dans leurs secteurs respectifs » p 21</li> <li>« Les professionnels se sont appropriés les objectifs définis en matière de prise en charge du patient » p 27</li> <li>« L'appropriation des objectifs était effective » p 31</li> </ul>	
	Soutien des collectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Des points réguliers sont faits en équipe pluridisciplinaire » p 17</li> <li>« réel travail en équipe, facilitant par la même la capacité collective d'analyse et d'action des professionnels »</li> <li>« L'établissement dispose d'une culture de travail en équipe lui permettant de réagir en cas d'imprévu et de s'adapter aux évolutions des pratiques » p 22</li> <li>« travail en équipe pluridisciplinaire » p 28</li> <li>« de réunions pluridisciplinaires hebdomadaires » p 28</li> <li>« Travail en équipe » p 31</li> <li>« Le travail en équipe est au centre des pratiques professionnelles » p 36</li> </ul>	
Contenu du travail	Autonomie au travail		
	Valeur du travail		
	Travail apprenant		
	Travail complet		
Score		34	

## **ANNEXE XI : Descriptif des indicateurs d'Hospidiag étudiés dans l'observation**

- L'indicateur A1 : Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité

« Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en médecine et de mettre en évidence ses concurrents. Cet indicateur est calculé par le « nombre de séjours de médecine réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité » sur le « nombre total des séjours de médecine pour des patients résidant dans la zone d'attractivité ». [55] L'évolution de cet indicateur permet d'observer les pertes ou les gains des parts de marchés dans la zone d'attractivité.

- L'indicateur A1 bis : Part de marché globale en médecine sur la région

« Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en médecine sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional. » [55] Cet indicateur est calculé par la fraction du « nombre de séjours de médecine réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la région » sur « le nombre total de séjours de médecine pour des patients résidant dans la région ». [55]

- L'indicateur A2 : Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité

« Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en chirurgie complète et de mettre en évidence ses concurrents. » [55] Cet indicateur est calculé par le « nombre de séjours de chirurgie HC réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité » sur le « nombre total de séjours de chirurgie HC pour des patients résidant dans la zone d'attractivité ».

- L'indicateur A2 bis : Part de marché en chirurgie (HC) sur la région

« Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en chirurgie complète sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional. » [55] Il est calculé par le « nombre de séjours en HC de l'établissement des patients résidant dans la région » sur le « nombre total de séjours de chirurgie HC des patients résidant dans la région ».

- L'indicateur A3 : Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité

« Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en obstétrique et de mettre en évidence ses concurrents. » [55] Il est calculé par le « nombre de séjours d'obstétrique réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité » sur le « nombre total de séjours d'obstétrique résidant dans la zone d'attractivité »

- L'indicateur A3 bis : Part de marché en obstétrique sur la région

« Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en obstétrique sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un

rayonnement régional ». [55] Il est calculé par la fraction suivante : « Nombre de séjours d'obstétrique réalisés dans l'établissement pour des patients résidant en région » sur le « nombre total de séjours d'obstétrique pour des patients résidant dans la région ».

- L'indicateur A4 : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité

« Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en chirurgie ambulatoire et de mettre en évidence ses concurrents ». [55] Il est calculé par la fraction : « Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire réalisés dans l'établissement pour des patients résidants dans la zone d'attractivité » sur le « nombre total de séjours de chirurgie ambulatoire pour des patients résidant dans la zone d'attractivité ».

- L'indicateur A4 bis : Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région

« Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en chirurgie en ambulatoire sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional ». [55] Il est calculé par la division suivante : « Nombre de séjours de chirurgie ambulatoire dans l'établissement pour des patients résidant dans la région » sur le « Nombre total de séjours chirurgicaux ambulatoires pour des patients résidant dans la région ».

- L'indicateur A5 : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (hors séances)

« Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en hospitalisation hors séances en cancérologie et de mettre en évidence ses concurrents ». [55] Il est calculé par une fraction : « Nombre de séjours de cancérologie hors séances réalisés par l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité » sur le « nombre total de séjours de cancérologie hors séances dans la zone d'attractivité de l'établissement étudié ».

- L'indicateur A5 bis : Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)

« Cet indicateur mesure la part de marché de l'établissement en hospitalisation cancérologique hors séances sur les patients de sa région et traduit ainsi la capacité de l'établissement à avoir un rayonnement régional ». [55] Il est calculé par la division suivante : « Nombre de séjours de cancérologie hors séances réalisées par l'établissement pour des patients résidant dans la région » sur le « nombre total de séjours de cancérologie hors séances pour les patients résidant dans la région ».

- L'indicateur A6 : Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité

« Cet indicateur permet d'appréhender la capacité de l'établissement à s'imposer sur sa zone d'attractivité en séances de chimiothérapie et de mettre en évidence ses concurrents ». [55] Cet indicateur est calculé par la division du « Nombre de séances de chimiothérapie réalisés par l'établissement pour des patients résidant dans la zone

d'attractivité » sur le « nombre total de séances de chimiothérapie dans la zone d'attractivité de l'établissement étudié ».



Claire RENARD

## **EN QUOI LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL PEUT IMPACTER L'ATTRACTIVITE EXTERNE D'UN ETABLISSEMENT ?**

Le but de ce mémoire est de valider ou réfuter les hypothèses suivantes : les patients pourraient difficilement appréhender la **qualité de vie au travail** des soignants et le nombre de **suicides** aurait une influence sur l'**attractivité** des établissements de santé. Afin de tester les hypothèses ci-dessus, nous allons effectuer deux observations. L'une en investiguant dix rapports de **certification** (cinq certifiés A et cinq notés D ou E) afin d'observer les différences entre ces rapports afin de rechercher un lien entre la qualité de vie au travail et le niveau de certification. L'autre est une observation des parts de marché des activités sur **Hospidiag** de deux établissements de santé ayant eu deux ou plusieurs **suicides** dans leur structure. D'après la revue de littérature de la Haute Autorité de Santé, il existe bien un lien inéluctable entre la **qualité de vie au travail** et la qualité des soins. Mais, les rapports de **certification** ne présentent pas la **qualité de vie au travail** des soignants. Donc, les patients ne peuvent pas appréhender la **qualité de vie au travail**. Il n'existe pas non plus de lien entre la **qualité de vie au travail** et l'**attractivité** des établissements de santé. Cela montre bien que les patients n'ont pas accès aux informations de la **qualité de vie au travail**. Pourtant, les patients aimeraient en savoir davantage sur la **qualité de leur prise en charge**. Il faudrait rendre public tous les indicateurs de chaque établissement afin de permettre au public d'appréhender au maximum la **qualité de vie au travail** des soignants.

**Mots clés : qualité de vie au travail, certification, attractivité, suicide, qualité de prise en charge, Hospidiag**

---

## **HOW CAN QUALITY OF LIFE AT WORK AFFECT THE EXTERNAL ATTRACTIVENESS OF A HEALTH CARE FACILITY ?**

The purpose of this brief is to validate or refute the following assumptions: patients could hardly understand the **quality of life at work** of caregivers and the number of **suicides** would influence the **attractiveness** of health facilities. In order to test the above hypotheses, we will make two observations. One by investigating ten **certification** reports (five A-certified and five rated D or E) to observe the differences between these reports in order to find a link between **quality of life at work** and level of certification. The other is an observation of the market share of **Hospidiag** activities of two health facilities that have had two or more **suicides** in their structure. According to the literature review of the High Health Authority, there is indeed an inescapable link between **quality of life at work** and **quality of care**. However, **certification** reports do not show the **quality of life at work** of caregivers. Therefore, patients cannot understand the **quality of life at work**. There is also no link between the **quality of life at work** and the **attractiveness** of health facilities. This shows that patients do not have access to quality of life information at work. However, patients would like to know more about the **quality of their care**. All indicators of each institution should be made public in order to enable the public to fully understand the **quality of life at work** of caregivers.

**Key-words : Quality of life at work, certification, attractiveness, suicide, quality of care, Hospidiag**