

LA QVT DANS LE SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL :

le cas d'un établissement réunionnais

Jean-Philippe TOUTUT

Consultant, Docteur en psychosociologie,
Université Toulouse Jean-Jaurès
j.toutut@free.fr / www.jp-toutut.com

Le secteur sanitaire social et médico-social (SSMS) privé à but non lucratif représente plus de 700 000 salariés, et près de 20 000 établissements, œuvrant principalement dans la prise en charge du handicap, des soins, et des personnes âgées. Depuis la parution de l'Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013, les professionnels de ce secteur montrent un intérêt croissant pour la Qualité de Vie au Travail. Les partenaires sociaux de la branche, UNIFED côté employeurs, 5 organisations représentatives côté syndical, ont négocié le 17 avril 2014 un accord « relatif à la Santé et à la Qualité de Vie au Travail » (toujours en attente d'agrément ministériel). Cet accord de branche, qui reprend les grandes lignes de l'ANI, affirme son engagement dans une politique « volontariste », qu'il qualifie « d'indispensable dans les entreprises de la branche » en matière de QVT. Il souligne aussi l'importance pour les professionnels « d'agir sur le contenu et l'organisation de leur travail », et de pouvoir faire « un bon travail », santé et efficience tirant bénéfice de la démarche. L'observation de la démarche dans un établissement de La Réunion (Le Foyer d'Hébergement/Service d'Aide à la Vie Sociale - FH-SAVS - à Sainte-Marie) nous amène à caractériser une forme spécifique « d'adhésion » du secteur médico-social à l'égard de la QVT. L'hypothèse qui sous-tend cet article est que la QVT ferait particulièrement sens dans ce secteur, parce qu'elle y trouve une culture favorable en termes de valeurs professionnelles et de pratiques organisationnelles.

En fin d'année 2014, l'Aract-Réunion (ARVISE) et UNIFAF, l'organisme paritaire collecteur agréé de la branche, ont lancé une Action Prioritaire Régionale de formation sur la Qualité de Vie au Travail, à destination des acteurs du secteur SSMS dans l'île de la Réunion. 40 directeurs, représentants du personnel ou délégués syndicaux des principales entreprises du secteur à La Réunion ont suivi un stage de formation à la QVT d'une durée de 3,5 jours, à la suite duquel un certain nombre d'entre eux a décidé de mettre en œuvre une démarche complète dans leurs établissements. UNIFAF, avec l'appui du FACT et de fonds régionaux, accompagne ce parcours.

L'APAJH (Association pour Adultes et Jeunes Handicapés) de la Réunion a participé depuis le début au mouvement, en formant plusieurs de ses dirigeants et représentants du personnel.

MOTS-CLÉS

secteur sanitaire et social, participation, culture organisationnelle, démarche collective.

— 1. LA QVT DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

1.1 Un changement de paradigme

Pour le secteur médico-social, des notions telles que « qualité », « vie » ou « travail » sont largement connotées, entre une histoire culturelle chargée de débats idéologiques sur l'accompagnement et les soins aux personnes vulnérables, un cumul récent de réglementations spécifiques, et des modes opératoires professionnels empreints de ces notions et constitutifs d'un référentiel de branche. La loi fondatrice du 2 janvier 2002 oriente le projet d'établissement dans une « démarche qualité », tandis que les procédures « d'évaluations externes » introduisent des recommandations censées recouvrir tout le champ d'amélioration de la vie de l'établissement. La « Qualité de Vie au Travail » vient ainsi s'inscrire dans un contexte normé, qui peut malencontreusement pousser un certain nombre de décideurs, administrateurs ou dirigeants du secteur, à l'aborder comme un simple complément aux démarches de projet en cours, voire comme un ensemble d'ajustements ponctuels « de confort ».

Or, suivant les termes et l'intention de l'ANI de juin 2013, le cadre nouveau de la QVT peut introduire selon nous un véritable changement de paradigme, en particulier sur deux plans : la place du dialogue social dans les transformations organisationnelles et la prise en compte du travail et de l'organisation dans la définition des pratiques professionnelles. La QVT est une opportunité offerte aux partenaires sociaux pour élargir leur vision du travail, au-delà des souffrances qu'il peut générer, et aller vers des relations plus constructives autour des enjeux du travail en dépassant les rapports de forces traditionnels. La relation au travail devient objet d'une recherche visant à « travailler-ensemble », comme il serait possible de le dire pour le « vivre-ensemble ».

Dans l'exemple présenté dans cet article, chacun des acteurs est d'abord porté à replacer la QVT dans son cadre habituel de perception de l'organisation et du travail. Ainsi dans le choix des méthodes, chacun espère faire apparaître des résultats qui confortent son point de vue et sa stratégie ; dans l'interprétation des résultats, chacun espère lire dans les données la confirmation de sa façon de voir. Bien entendu, si la démarche est bien menée, cela ne se passe pas exactement comme prévu, pour aucun des acteurs en place. C'est là que le groupe de pilotage de la QVT remplit sa fonction à proprement parler « transitionnelle » (R. Kaes, 2013) dans le changement : cadre d'échanges protégé par l'accord de méthode, instance de confrontation des représentations et des interprétations, creuset d'émergence de réalités nouvelles, où vont se « trouver-crée » des plans d'action et de transformation organisationnelle inédits.

1.2 Une démarche à inscrire dans une culture

Le secteur reste encore globalement peu familiarisé à l'analyse du travail. En règle générale, l'attention à la qualité de la relation à l'autre est à la fois un objectif plus clairement lisible que l'amélioration de la qualité de vie au travail et, en outre, elle apparaît détachée de cette dernière.

Dans ce secteur, la question des équilibres du système (vie dans le travail/hors travail, rapports homme/femme, gestion des horaires, etc.) est encore largement une affaire individuelle. Par ailleurs, la notion de « performance » reste relativement mise à distance, même si tout le monde cherche des gains de productivité, en partie parce que les gouvernants eux-mêmes gardent une fidélité à l'idéal associatif non-lucratif et solidaire. Les professionnels du secteur échangent sur leurs pratiques professionnelles et les référentiels sous-jacents sans toujours aller jusqu'à questionner les conditions opérationnelles de leur exercice. D'ailleurs, ces repères amènent à quelques « dissonances cognitives » : par exemple, la confusion entre la QVT et une forme « d'analyse des pratiques » institutionnelles est très largement répandue chez les professionnels que nous avons rencontrés. Pour autant, la QVT peut constituer une

opportunité pour le secteur social et médico-social, habitué à l'usage et à l'échange de la parole dans le cadre de la clinique institutionnelle, de mieux intégrer l'analyse du travail et de ses conditions organisationnelles dans les réflexions sur la qualité du service.

— 2. UNE DÉMARCHE QVT EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL

La démarche suivie par le FH-SAVS de l'APAJH à la Réunion est exemplaire, d'abord parce que pour le secteur médico-social, c'est la première démarche QVT totalement systémique inspirée de l'ANI et conclue par un accord d'entreprise. Sur le fond, le récit des étapes qui ont permis cette réalisation illustre les caractéristiques propres à ce secteur, s'appuyant sur ses conditions favorables et parvenant à gérer ses circonstances plus délicates.

2.1 Un ensemble de repères pour piloter l'action

À l'instar du cadre envisagé au niveau de la direction centrale de l'APAJH, la démarche de la QVT au FH/SAVS implique tous les acteurs concernés dans cet établissement de 45 salariés et, en premier lieu, la direction locale et les IRP. Au moment d'engager la démarche, les relations entre la direction (le directeur, secondé par un cadre chef de service et deux coordonateurs) et les représentants du personnel (2 DP) sont en mode apaisé et constructif. Le directeur et les deux IRP ont suivi la même formation initiale à la QVT initiée par l'OPCA et l'Aract, et ils adhèrent aux fondamentaux des principes comme aux méthodes de la démarche. Ces facteurs vont être évidemment très importants pour le lancement et la réussite de l'opération. La QVT ne se conçoit pas s'il n'y a pas de possibilité de dialogue réel entre les partenaires sociaux de l'organisation. En effet, ce qui est en jeu, c'est la construction et l'exploitation d'une définition partagée de l'organisation en tant qu'outil de travail commun.

Autour de la Direction et des IRP se construit un groupe de coordination de la démarche, qui va piloter de bout en bout l'opération. Ici, le COPIL ne va pas faire que coordonner le mouvement, il va prendre des positions, faire des recherches, négocier des consensus, s'engager activement sur le fond. La représentativité du COPIL est essentielle. Dans l'établissement, il comprend 9 membres : le directeur, le chef de service, les 2 IRP, 1 membre du CHSCT, 1 moniteur-éducateur, 1 stagiaire qualicien, et 2 coordonateurs issus des 2 services internes. Le consultant appuie cette animation à trois moments de la démarche : au démarrage, à la restitution du diagnostic et à la réunion conclusive.

Dès la première réunion, un travail de partage des représentations doit s'élaborer. Chacun des acteurs a son idée sur la QVT, en lien avec sa position et son rôle dans l'établissement, et il va s'agir d'abord de construire des repères partagés sur la définition de la QVT pour que des échanges véritables soient possibles. Puis, très vite les problématiques concrètes de l'établissement apparaissent. Les thèmes évoqués sont de nature très diverse : des actes de violence entre les personnels ont été signalés au cours de l'année précédente ; l'augmentation de la population suivie par les professionnels crée une charge de travail plus importante (supportable ou excessive ?) ; les bureaux du service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) deviennent insuffisants face aux besoins ; la surveillance de nuit n'offre pas toutes garanties de sécurité ; les horaires de travail ne sont pas toujours respectés faute de fiabilité des transports et d'adaptation aux besoins des personnels, etc.

L'établissement ne connaît pas de problème majeur, mais il semble qu'un certain nombre de dysfonctionnements — certains pourtant connus de longue date — n'aient pas pu être améliorés jusque-là. La QVT fournit l'opportunité de les aborder d'un autre regard, participatif, systémique et constructif. Des positions s'expriment : le directeur se montre sensible à l'ambiance ergonomique et sociale des équipes et veut privilégier la démocratie et l'écoute ; les IRP sont attentifs à l'entente dans les ser-

vices, à la clarification des règles de vie et de travail, et à un management intermédiaire respectueux des expressions du personnel ; le représentant du CHSCT fait remonter qu'il est nécessaire d'améliorer le sentiment de « bien-être au travail » qui peut être relié à l'aménagement des postes de travail.

2.2 Une progression structurée vers un « accord de méthode »

Puis, le COPIL QVT de l'établissement s'attèle à la construction de la démarche en « mode projet ». Les principales étapes sont décrites, les méthodes définies, le planning ébauché, les livrables cernés. Le rôle de l'accompagnement du consultant sera aussi défini. Plusieurs réunions sont nécessaires, avant que le groupe soit en mesure de rédiger une « feuille de route » qui satisfasse suffisamment tout le monde, et qui soit comprise et intégrée par chacun. Pour formaliser le point d'étape, et aussi pour engager chacun dans la démarche convenue, le COPIL décide de lui donner la lisibilité d'un « accord de méthode », signé formellement par la direction et les représentants du personnel, mais aussi par tous les membres du COPIL.

Progressivement, les participants comprennent qu'il ne s'agit pas seulement de participer à un projet mais de s'approprier une démarche de transformation. Les échanges sur la méthode permettent d'approfondir l'objectif poursuivi, la parole de chacun apporte une contribution à la perspective qui se dégage peu à peu. Tout se passe comme si les « rôles » (au sens de J. Stoezel, 1953) des acteurs dans le système (rôle de directeur, rôle de représentant du personnel) perdaient de leur formalisme, pour s'attacher à la recherche d'une convergence de vues, donnant à l'organisation une chance de se recréer.

2.3 Un diagnostic QVT « sur mesure »

L'étape suivante de la démarche consiste à dresser l'état des lieux en matière de QVT. Il s'agit de faire le point sur l'existant, en interrogeant les personnels et en analysant l'organisation, afin de déterminer les principales pistes d'investigation. Dans un premier temps, le COPIL travaille à déterminer le « champ » de la QVT, et à fixer les outils qui seront employés pour le diagnostic.

Parmi les thématiques d'ensemble de la QVT, certains aspects sont ici considérés comme peu porteurs : soit parce qu'ils ont déjà été travaillés récemment par l'institution, soit parce qu'ils ne semblent pas poser problème, soit encore parce qu'ils n'offrent pas d'intérêt apparent pour la structure. Ainsi, le COPIL prend le parti d'atténuer – sans les écarter totalement – les domaines concernant les discriminations internes, et les possibilités de progression professionnelle. Ces thèmes pourront être évoqués en groupe, mais ils ne vont pas constituer *a priori* des centres d'attention soutenue. L'opportunité offerte par l'ANI de mettre en place un « accord unique » n'est pas non plus retenue à ce niveau, l'échelon d'une telle négociation étant celui de la direction générale et de la déléguée syndicale d'association. Par contre, la définition partagée du travail, les relations professionnelles, les tensions au travail, feront l'objet d'une attention plus forte.

Dans le choix des méthodes, le COPIL décide de mettre en œuvre simultanément 3 outils diagnostiques : un questionnaire « ad hoc », une étude documentaire ciblée, et l'expression directe des salariés.

Une note d'information est rédigée et signée par les membres du COPIL ; en parallèle, l'information est largement reprise oralement par chacun des membres du COPIL. Le questionnaire est élaboré « sur mesure », à partir d'un document de base construit par le consultant ; il intègre des dimensions de la QVT retenues dans la liste de l'ANI, ainsi que certains aspects liés à la prévention des risques psychosociaux. L'étude documentaire est menée sous le regard de membres du COPIL, en fonction des axes

d'investigation définis (événements indésirables, absentéismes). Enfin, trois réunions de « discussion sur le travail » sont mises en place. Animées par un intervenant extérieur, elles permettent l'expression sur les améliorations des conditions, de l'organisation et de la qualité des services produits.

La responsabilité du COPIL dans cette étape majeure du processus est ici évidente. En effet, c'est lui qui définit à la fois le premier champ couvert par la démarche QVT et la méthode qui va être suivie pour faire ressortir les réalités et par suite les améliorations.

2.4 Une phase intense d'analyse et de co-construction

Une synthèse de diagnostic QVT est dégagée à partir des éléments recueillis par les trois investigations (questionnaire, documents, réunions d'expression). Effectué avec l'aide technique du consultant, garanti par son extériorité, le diagnostic QVT met en évidence :

- des aspects prioritaires et collectifs, liés à de fortes tensions. Par exemple, des divergences notoires apparaissent entre les professionnels dans la définition de la qualité du travail, entraînant des tensions autour des seuils d'exigence qu'ils se fixent dans la réalisation de leurs tâches. Il est aussi noté une forte évocation de stress émotionnels liés à l'accompagnement des personnes vulnérables qui peuvent se montrer violentes, exigeantes, et aussi touchantes ;
- des perspectives de fond moins urgentes ou diversement appréciées. Par exemple, l'existence d'une violence anormale entre les personnels est un phénomène identifié, mais mal évalué dans son expression et variable selon les services ;
- des motifs de satisfaction ponctuels ou partagés. Ainsi, en matière de discrimination entre les personnels, on ne relève dans l'établissement aucun fait ou expression de différence de traitement entre les hommes et les femmes, les couleurs ou les religions, les postes ou les grades.

Les membres du COPIL prennent note de ce qui se dégage du diagnostic QVT. Certains aspects sont clairement des propositions de transformations ou d'améliorations, d'autres sont plutôt des remarques ou des observations plus générales que le COPIL doit élaborer. Les données remontées du terrain sont vivement discutées, mais les membres du groupe acceptent les réalités qui s'en dégagent. Ainsi, par exemple, la question des horaires de travail annualisées n'est mentionnée que de façon incidente dans les réunions, alors qu'un membre du COPIL pensait que cette question allait faire polémique, et que le directeur la considérait comme déjà réglée dans des négociations antérieures. Plusieurs lectures et interprétations des résultats sont nécessaires pour que l'absence de mention de cette question dans le diagnostic ne soit considérée ni comme un « satisfecit » de l'équipe sur ce sujet (chose que le directeur aurait aimé entériner) ni comme une opposition non formulée (position soutenue au départ par un coordinateur).

Le travail du COPIL permet de mettre au jour une douzaine de points d'insatisfaction ou de facteurs susceptibles d'amélioration, d'inégale portée mais faisant l'objet d'un consensus :

- le problème des postes de travail de l'assistante sociale et de la psychologue, qui reçoivent les résidents dans des bureaux non isolés ;
- l'absence de lieux et de moments permettant à l'équipe de s'exprimer sur les tensions éprouvées dans le travail ;
- l'absence de modalités de régulation dans les services, n'autorisant pas une mise en parole des tensions interpersonnelles ou le règlement des carences observées dans les coordinations de travail ;
- la difficulté à adopter un support unique dans la transmission des informations de service entre les équipes de matin et soir et pour les surveillants de nuit, et la coexistence de plusieurs modalités parallèles, etc.

Plusieurs de ces points sont connus depuis longtemps dans l'institution, mais ils n'ont jamais été traités pour des raisons diverses : soit qu'ils ont été abordés séparément et du coup sans s'inscrire dans une vision globale d'amélioration institutionnelle, soit parce qu'ils ont été perçus comme recouvrant des enjeux stratégiques pour la direction ou pour le personnel et qu'il a été préféré de différer un conflit potentiel. La démarche QVT, de nature systémique, basée sur un principe de co-construction du diagnostic et du plan d'amélioration, prenant en compte les intérêts de chacun, crée un cadre où les paroles peuvent se délier et les problématiques se dévoiler pour se résoudre.

2.5 Vers « l'accord QVT d'entreprise » par le plan d'action

La dernière phase du travail du COPIL est particulièrement intense. Chaque point du diagnostic fait l'objet d'une analyse, d'une discussion et d'un classement consensuel. Trois directions se dégagent :

- le premier axe propose que l'établissement s'engage dans un processus visant une meilleure définition collective du travail et de son sens, conciliant travail attendu, travail formel, et travail réel, et améliorant le dialogue social ;
- le deuxième axe concerne l'aménagement des accès et des espaces de travail (axe comprenant des modifications ou des créations de postes de travail plus appropriés, la création d'un parking, l'équipement de certains postes, etc.) ;
- le troisième axe concerne l'amélioration du fonctionnement organisationnel (règles du service à clarifier ensemble, aménagement concerté des congés annuels, etc.).

À ce stade, les partenaires sociaux disposent d'éléments pouvant constituer la base d'un accord QVT d'entreprise : principes d'une action collective, engagement des partenaires sociaux, définition des axes d'amélioration des conditions de travail et de l'efficacité de l'organisation... Accord qui signerait le lancement d'un plan d'action interne, avec des modalités expérimentales de développement.

Cependant, le COPIL QVT du FH-SAVS, en accord avec les partenaires sociaux, veut aller plus loin. Ses membres manifestent le souhait de décliner plus clairement ensemble les axes d'amélioration, jusqu'à formaliser un plan d'action.

En réalité, tout se passe comme si la démarche QVT (lancement participatif, mise en place et expérience du dispositif technique, confrontation au diagnostic, dégagement d'un consensus sur les voies de progrès...) avait créé l'apprentissage nécessaire d'un nouveau dialogue social interne, au point que les partenaires aient souhaité poursuivre la dynamique engagée.

Pour autant, la négociation n'est pas sans résistance, ni simple à réaliser. Les représentants du personnel, dans leur rôle, s'attachent à souligner les aspects plus immédiats des suggestions d'action, tandis que la direction a tendance à défendre une conception plus large et « territorialisée » de l'établissement. Ainsi, l'adaptation des amplitudes de prise de congés annuels fait l'objet d'un débat acharné, même si il y a consensus sur le fait qu'une telle modification était de nature à avoir un impact positif sur la qualité des prestations apportées aux résidents et l'organisation des remplacements. Les personnels voudraient retarder de trois mois la prise des congés annuels, pour faciliter la vie familiale, les possibilités de vacance outre-mer, et la correspondance avec les circuits de transport public. La question du difficile accès routier à l'établissement (une seule route encombrée le matin) renvoie au programme communal d'aménagement des équipements routiers, et à la définition des circuits des trajets de bus municipaux. Les conditions de travail internes sont ici en prise directe avec l'aménagement du territoire. La négociation va opposer ceux qui souhaitent un rapide changement du planning horaire et ceux qui s'attellent à un objectif de long terme d'action auprès de la municipalité. Les partenaires finiront par s'entendre sur le lancement d'une action conjointe d'aménagement partiel des horaires

par fraction d'équipes (priviliégiant les parents et les travailleurs les plus éloignés) en parallèle à la rencontre du maire par le directeur et les IRP.

Le groupe s'emploie à une écriture précise, opérationnelle, planifiée, des actions retenues. La difficulté principale réside dans le caractère concret, systémique et qualitatif des mesures adoptées :

- Il ne s'agit pas seulement d'une déclaration d'intentions. Dans un souci de cohérence institutionnelle, le COPIL s'emploie à coordonner le plan d'action avec les autres projets en cours dans l'institution : projet d'établissement, projet associatif, projet institutionnel, recommandations de l'évaluation externe, etc.
- Il ne s'agit pas de mesures partielles, ou destinées à certaines catégories de personnels, comme les négociations précédentes les avaient permises : chacune des actions est étudiée sous l'angle de sa répercussion pour le fonctionnement général de l'institution, et les partenaires cherchent à éviter toute « fausse bonne solution » qui satisferait des intérêts immédiats ou locaux au détriment actuel ou futur d'autres postes de travail. Ainsi, la demande du veilleur de nuit d'une liaison téléphonique permanente, qui atténuerait considérablement le stress dont il témoigne, estimée trop contraignante pour les cadres de permanence, est finalement satisfaite avec la mise en place d'une ligne d'urgence directement reliée à la caserne des pompiers, proche de l'établissement.
- La notion « d'avancée dans les conditions de travail » n'est admise par les partenaires que si l'ensemble des paramètres du travail connaît une amélioration. Par exemple, des travaux d'isolation phonique du bureau de la psychologue du SAVS sont engagés, non seulement parce que la professionnelle travaillera dans de meilleures conditions, sera mieux identifiée et valorisée, mais aussi parce que les résidents faisant appel à son service seront plus à leur aise et plus enclins à s'exprimer librement en toute confidentialité.

CONCLUSION

Le parcours suivi par l'établissement nous amène à poser la question des circonstances qui ont permis son aboutissement. Nous voyons pour notre part 4 grands déterminants spécifiques :

1. Des facteurs conjoncturels favorables

Au sein du FH-SAVS, la démarche QVT a pu s'appuyer sur plusieurs aspects : une direction volontariste et visionnaire en la matière, un encadrement bien positionné, des partenaires sociaux formés à la QVT et attachés à un bon niveau de relation et de négociation, une posture syndicale ouverte, une ambiance sociale relativement calme, des outils et une évaluation externe qui fonctionne, des projets en cours suffisamment bien régulés. Autant dire que cette démarche a pris place au sein d'un établissement vivant une situation favorable du point de vue de sa stabilité organisationnelle, ce qui n'est pas si fréquent dans ce secteur. Il aurait été plus difficile de lancer et surtout de tenir une démarche QVT dans un contexte de tensions sociales graves ou d'hostilité réciproque des partenaires sociaux.

L'établissement, et du reste l'association gestionnaire tout entière, sont sensibles au rapprochement des préoccupations des parties prenantes et à la synthèse des intérêts. Le FH-SAVS a d'autant moins l'envie du conflit qu'un certain nombre des cadres actuels sont eux-mêmes issus du mouvement social et solidaire. Cela ne veut pas dire, bien sûr, que les conflits sont inexistants. Au contraire, lorsqu'ils éclatent, ils peuvent être bien plus violents que dans le secteur lucratif. En fait, la QVT s'adosse aux valeurs propres à l'ensemble des acteurs du secteur : bientraitance, égalité, éthique, bien-être et prévention des RPS, mais aussi qualité des soins, évaluation de la productivité, conformités réglementaires, respect des équilibres budgétaires.

2. Des habitudes de travail collaboratif

L'établissement est largement familiarisé avec la notion de « travail en commun ». Un certain nombre de facteurs agissent dans ce sens :

- au sein des services, des groupes professionnels intervenant en « pluri compétence », dans le cadre des projets personnalisés règlementaires dans ce secteur, ou avec des professionnels du territoire ;
- les rapprochements et regroupements favorisés depuis le décret du 6 avril 2006 par les pouvoirs publics ont amené la structure gestionnaire à raisonner en fonction des complémentarités de terrain, mutualisant ainsi des pratiques et des prestations entre FH et SAVS,
- il est aussi possible de souligner, parmi les facteurs favorables au travail collaboratif, le mouvement amenant cet établissement du secteur à « repousser les murs de l'organisation » et à co-agir avec des partenaires dans ce qu'on appelle les « coopérations » (J.-P. Toutut, 2015), les « logiques de parcours » et la « désinstitutionnalisation ».

Ces différents facteurs créent une disposition favorable à l'idée de la construction en commun, qui est omniprésente dans l'esprit et la lettre de la QVT. Le management comme les représentants du personnel sont invités à revisiter leurs positions traditionnelles et à favoriser à la fois l'expression sur le travail et l'engagement des acteurs dans la transformation organisationnelle.

Pour l'établissement, ceci ne présage en rien de la solidité ou de la fluidité des nouveaux rôles sociaux endossés par les partenaires. Mais du fait de ses habitudes de travail collaboratif, et du fait des récentes incitations règlementaires à la mise en place de programmes coordonnés intra et extra-muros, l'établissement se trouve dans une dynamique favorable à la mise en œuvre collective d'une action globale d'amélioration socio-organisationnelle.

3. Des savoirs professionnels qui donnent sens à la QVT

L'approche souple et contextualisée de la QVT proposée dans l'ANI, privilégiant l'appropriation de la démarche par l'établissement, à ce moment de son histoire, correspondent aux pratiques du secteur médico-social. La culture de l'établissement le « prédispose » en quelque sorte pour une démarche de progrès dans laquelle le sens ou l'aboutissement ne se trouve pas dans un standard de référence (contrairement aux démarches « qualité » ou « d'évaluation ») mais dans une construction collective et négociée. Plus encore, les savoirs développés dans une institution de type FH-SAVS sont pour une large part basés sur l'observation et la pratique de formes spécifiques de la relation d'aide. Le socle référentiel de ces savoirs est constitué d'au moins deux approches, la psychanalyse et la systémie. Dans ce contexte professionnel, ces références se traduisent par une conception portant l'écoute et le dialogue comme source d'amélioration du dispositif d'aide. Ainsi, lorsque les professionnels du FH-SAVS se trouvent confrontés à une approche du changement qui propose de repenser l'organisation par l'échange entre les acteurs, cette démarche prend appui dans les représentations culturelles préexistantes de l'entreprise, ce qui est de nature à faciliter l'adhésion à la QVT.

4. La QVT comme cadre conceptuel et méthodologique d'une « responsabilité sociale »

Dans son concept même, mais aussi dans la méthodologie qu'elle préconise, la démarche d'amélioration de la QVT entraîne l'élargissement du champ habituel de réflexion des acteurs du secteur. Cette démarche les incite, en effet, à mieux articuler le projet social de la structure avec le contenu

et l'organisation du travail des salariés. Plus encore, la QVT ouvre également à une « responsabilité sociale et éthique d'établissement ». Dans cette perspective, la conséquence logique du développement de la considération portée aux bénéficiaires, voulue par la loi de 2002 et le décret de 2005, c'est l'exigence des professionnels à bénéficier eux-mêmes d'une considération semblable de la part de leur système de travail, ce qui se traduit dans la QVT par la prise en compte de la définition du « bien travailler », au centre de la vie de l'entreprise.

Bibliographie

Kaes, R. (2013), *Crise rupture et dépassement*, 2^e édition, Dunod.

Stoezel, J. (1953), *La psychologie sociale*, rééd. Flammarion, 1993.

Toutut, J.-P. (2007), *Management éthique en pratique dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Séli Arslan Éditeur.

Toutut, J.-P. (2015), « Rapprochements institutionnels », in *Cahiers de l'ACTIF*, n° 474-475.