



Appel à projets de recherche de l'Institut de Recherche en Santé Publique AAP 2019 - Handicap et perte d'autonomie - Établissements, services et transformation de l'offre médico-social »

Rapport final

I. Renseignements administratifs

A. Identification du projet

Appel concerné	
Titre du projet	Validation d'un outil de mesure de la Qualité de Vie au Travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine
Coordonnateur du projet (organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	EMOS / BPH U1219 INSERM

Autres équipes participantes ¹ (organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	
Référence convention/décision	20II016-00
Période du projet (date début – date fin)	01/04/2020 - 31 /03/2022
Rédacteur de ce rapport : nom	Matthieu Sibé – Nora Arditi – Maëlys Abraham
téléphone	0676399549
adresse électronique	Nora.arditi@u-bordeaux.fr
Date de rédaction du rapport	

B. Le cas échéant, indiquer la liste des personnels recrutés dans le cadre du projet

Nom	Prénom	Niveau de recrutement / fonction	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
ARDITI	Nora	Sociologue ingénieure d'étude - Cheffe de projet	01/02/2019	24 mois	CDD
ABRAHAM	Maëlys	Sociologue ingénieure d'étude –	01/04/2019	16 mois	CDD

¹ En cas de projet multi-équipes

		Chargée de mission			
--	--	--------------------	--	--	--

C. Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet

Nom	Prénom	Fonction	% de son temps consacré au projet pendant la période décrite par le rapport
SIBE	Matthieu	MCF Sciences de Gestion	15%
SAILLOUR	Florence	PH Santé Publique	10%
KRET	Marion	Statisticienne	5%

D. Donner la répartition des/de la discipline mobilisé.s sur le projet

- Sociologie du travail et des organisations 35%
- Gestion / management 35%
- Psychométrie 30%

E. Donner brièvement une justification des dépenses réalisées au cours de la période décrite par le rapport

- Achat de matériel pour la passation des questionnaires (urnes, affiches, colis d'envoi)
- Impression des questionnaires papier
- Recrutement de personnel pour la mise en œuvre du projet (cheffe de projet, chargée de mission, assistante administrative et financière)
- Sous-traitance : atelier de dactylographie (saisie des questionnaires)
- Sous-traitance : prestations statistiques

F. Le cas échéant, indiquer les différents types d'aides complémentaires obtenues grâce à ce projet.

Financements obtenus auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sur le Fonds d'intervention régional en 2019 et 2020.

Mise à disposition équipe EMOS : temps chercheurs Université de Bordeaux et temps statisticienne.

II. Synthèse publiable du rapport final

Contexte et objectif du projet

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux constitue la toile de fond de ce projet de recherche, s'inscrivant ainsi dans l'un des axes principaux de la stratégie nationale de santé. Le projet se focalise sur la qualité de vie au travail (QVT) qui constitue un pré-requis pour que les professionnels délivrent des soins de qualité. L'instruction DGCS du 17 juillet 2018 décline cette stratégie nationale QVT dans le champ des établissements médico-sociaux. Faisant le constat de l'évolution défavorable de plusieurs indicateurs (augmentation de l'absentéisme par exemple) et du taux de sinistralité (accidents du travail et maladies professionnelles), la DGCS souhaite impulser une dynamique régionale favorable à la QVT, portée par les ARS en collaboration avec les différentes parties prenantes de la QVT.

Dans le contexte spécifique des EHPAD, la QVT constitue clairement un enjeu pour l'avenir des politiques de gestion des ressources humaines de ces établissements, en quête d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé.

Le projet QENA (**Qualité de vie au travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine**) a été entamé en 2019 avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine et de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) **dans le but de développer et valider un outil de mesure de la QVT des professionnels des EHPAD**. En effet, aucun outil de mesure de la qualité de vie au travail en EHPAD n'a été développé et validé en France. Une revue de littérature portant sur cette thématique réalisée en 2017 a mis en évidence que s'il existe bien des outils de mesure de la qualité de vie au travail dans d'autres pays, des questionnaires sur les contextes organisationnels dans le champ hospitalier, ou des questionnaires portant sur les conséquences des contextes de travail sur la santé des professionnels en EHPAD, aucun d'entre eux n'étudie l'ensemble des dimensions définissant la QVT dans ce type d'établissements (seules certaines dimensions sont abordées et/ou les outils ne s'adressent pas aux salariés des EHPAD).

Ce projet de recherche a mobilisé une équipe d'experts académiques en sociologie des organisations, management des ressources humaines, psychologie sociale et d'experts professionnels des EHPAD de la région Nouvelle Aquitaine (Directeur, IDEC, Psychologue, Aidesoignant...), toutes fédérations confondues. Avec l'appui de méthodologistes en santé publique, psychométrie et statistique, ce groupe pluriel d'experts est parvenu à un consensus sur les dimensions et items de la QVT à investiguer spécifiquement dans le cadre du travail en EHPAD, au moyen d'un questionnaire.

Afin de l'expérimenter, le questionnaire a été diffusé auprès d'une quarantaine d'EHPAD néo-aquitains et des analyses psychométriques ont été réalisées à l'issue des passations, aboutissant à un outil de mesure validé de la QVT en EHPAD.

Méthodologie du projet

La méthodologie globale du projet est la suivante :

Phase n°1 : Co-construction de l'outil de mesure de la QVT en EHPAD

Lors de cette étape préliminaire, il s'agissait de construire le contenu d'un questionnaire QVT adapté au contexte des EHPAD, sur la base d'une recherche bibliographique sur les modèles conceptuels de la QVT en EHPAD et les outils proches déjà existants, avec l'aide d'un groupe d'experts constitué d'enseignant-chercheurs et de professionnels d'EHPAD. Cette étape participe à l'appréciation de la validité d'apparence de l'outil.

- 1- **Revue de la littérature** sur la Qualité de Vie au Travail et ses spécificités en EHPAD.
- 2- **Constitution d'une bibliothèque de dimensions** de la QVT en EHPAD sur la base du recensement des outils et questionnaires existants sur la QVT, sur des construits s'en rapprochant ou bien développés dans le contexte des EHPAD.

- 3- **Choix des dimensions** du questionnaire par un groupe de travail à travers la méthode du groupe nominal d'experts.
- 4- **Rédaction de la V0**

Phase n°2 : Validation psychométrique de l'outil de mesure de la QVT en EHPAD

Cette étape a consisté à opérationnaliser le construit en respectant la procédure classique de validation psychométrique de l'outil créé.

- 1- **Pré-test** du questionnaire sur quelques professionnels d'EHPAD ne participant pas au projet (*validité d'apparence*). A l'issue du pré-test, la version V1 du questionnaire a été rédigée.
- 2- **Phase exploratoire** de développement de l'outil : **première mesure** de qualité de vie au travail auprès des EHPAD participant au projet (*validité de contenu, cohérence et homogénéité, applicabilité, validité discriminante*).
- 3- **Mesure de reproductibilité** : mesure intermédiaire uniquement sur un échantillon restreint de répondants 15 jours après la première mesure (*reproductibilité*).
- 4- **Analyses statistiques et adaptation du questionnaire** (épuration des items, redimensionnement du questionnaire) avec le groupe d'experts à partir des résultats des analyses statistiques de la phase exploratoire de la validation. A l'issue de cette étape, la version V2 du questionnaire est rédigée.
- 5- **Phase confirmatoire : deuxième mesure** de la QVT auprès des EHPAD participant au projet (*validité de contenu, validité de construit, analyse de sensibilité*).
- 6- **Analyses statistiques et adaptation du questionnaire** (redimensionnement du questionnaire) à partir des résultats des analyses statistiques de la phase confirmatoire de la validation. A l'issue de cette étape, la version V3 définitive du questionnaire est rédigée.

Résultats

Version définitive et validation psychométrique du questionnaire

La version définitive du questionnaire correspond à la version 3 rédigée à la suite des analyses factorielles et psychométriques faites sur la version 2. Le questionnaire se compose de 69 items, répartis autour sur les 14 dimensions suivantes :

- | | |
|--|---|
| 1- Conditions de travail (3 items) | 8- Autonomie (5 items) |
| 2- Conditions d'emploi (5 items) | 9- Circulation de l'information (6 items) |
| 3- Équilibre vie professionnelle- vie personnelle (5 items) | 10- Prise en compte de la parole (5 items) |
| 4- Missions (6 items) | 11- Relations avec l'encadrement (4 items) |
| 5- Rythme de travail (7 items) | 12- Relations avec les collègues (4 items) |
| 6- Exigences liées au travail (3 items) | 13- Rapport au travail (7 items) |
| 7- Travail relationnel (4 items) | 14- Rapport à l'établissement (5 items) |

Les analyses psychométriques réalisées sur la version définitive ont permis d'affirmer que l'outil construit est fiable et valide.

- La fiabilité représente la capacité d'un outil à donner les mêmes résultats, quelles que soient les conditions d'application de cet outil (et en l'absence de variations objectives dans le contexte étudié).
- La validité représente quant à elle la capacité d'un outil à mesurer ce qu'il prétend mesurer (dans le cas de ce projet : la QVT).

Au-delà de sa validité (les items sont tous liés au concept de QVT) et de sa fiabilité (les items sont liés entre eux ; l'outil global et ses dimensions apportent des informations convergentes et chaque item apporte de l'information à l'ensemble), ont également été testés son acceptabilité (à travers le faible taux de données manquantes) et la cohérence de sa structure dimensionnelle (le concept global de QVT se compose dans cet outil de 14 dimensions).

Principaux résultats des tests

- Taux de données manquantes : aucun item n'a un pourcentage de données manquantes supérieurs à 5%

- Variabilité des réponses : Aucun item ne présente un pourcentage de réponse de la valeur la plus haute ou la plus basse supérieur à 70%.
- Validité informative : Coefficient de corrélation inter-ajusté >0,3.
- Consistance interne : Coefficient de Cronbach global = 0,97 ; Coefficient de Spearman > 0,8 ; Rhô de Jöreskog = 0,98 (> 0,7).

Dimensions	Coefficients de Cronbach	Dimensions	Coefficients de Cronbach
Les conditions de travail (3 items)	0.76	L'autonomie (5 items)	0.88
Les conditions d'emploi (5 items)	0.75	La circulation de l'information (6 items)	0.88
L'équilibre vie professionnelle –vie personnelle (5 items)	0.84	La prise en compte de la parole (5 items)	0.89
Les missions (6 items)	0.87	Les relations avec l'encadrement (4 items)	0.92
Le rythme de travail (7 items)	0.89	Les relations avec les collègues (4 items)	0.91
Les exigences liées au métier (3 items)	0.80	Le rapport au travail (7 items)	0.86
Le travail relationnel (4 items)	0.75	Le rapport à l'établissement (5 items)	0.90

Coefficients de Cronbach par dimension

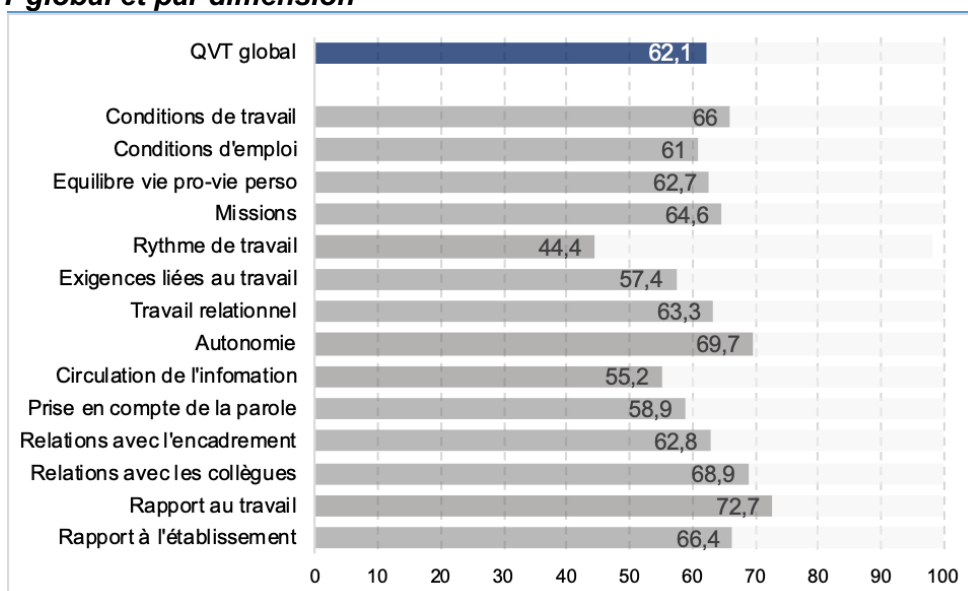
Résultats de l'enquête par questionnaire

42 établissements ont participé au projet et ont diffusé le questionnaire à leurs salariés. Le panel d'EHPAD participants représentait la diversité des établissements de Nouvelle-Aquitaine (en termes de taille, de statut et d'implantation géographique).

1109 questionnaires ont été remplis par les salariés des établissements participants au projet (508 questionnaires au format papier et 601 questionnaires numériques) lors de la diffusion du questionnaire en 2020. Cela correspond à un taux de retour de 48% (49% pour les questionnaires en version papier et 47% pour les questionnaires en version numérique).

Le questionnaire validé a permis d'établir un score QVT global et un score pour chaque dimension de la QVT sur l'ensemble de l'échantillon et pour chaque établissement participant.

Sores QVT global et par dimension



Les atouts et les difficultés identifiés sur la QVT en EHPAD

Les réponses au questionnaire ont mis en évidence des résultats globalement positifs de la perception de la qualité de vie au travail des salariés des EHPAD. La plupart des items du questionnaire ont une majorité de réponses positives, et le score QVT global est de 62,1 sur 100.

Des points forts non négligeables ressortent notamment de cette étude : en tout premier lieu, les items portant sur le sens accordé au travail ont reçu des réponses très positives, montrant que les professionnels témoignent de valeurs et d'un attachement fort à leur profession. L'autonomie et les relations d'entraide et de solidarité sont par ailleurs apparus comme de véritables piliers pour les professionnels confrontés à des exigences fortes et exerçant des métiers peu reconnus socialement.

La principale difficulté identifiée concerne le « Rythme de travail ». C'est en effet la dimension qui présente le moins bon score (44,4 sur 100), et l'ensemble des items de cette dimension obtiennent des réponses parmi les plus négatives (entre 45% et 68% de réponses négatives). Ces résultats font écho aux éléments de la littérature concernant le manque de moyens humains, lié aux contraintes budgétaires, qui limite les possibilités de recrutement ; et à l'évolution des profils des résidents plus dépendants qui nécessitent des prises en soin plus lourdes et plus chronophages. Les professionnels perçoivent une intensification du travail et un morcellement des tâches, au détriment de la relation humaine et sociale, de la qualité ("*empêchée*") et considèrent ainsi que les effectifs et les temps dédiés à leurs tâches sont insuffisants au regard de leur charge de travail.

Les différences de perception de la QVT en EHPAD en fonction des caractéristiques des répondants et des établissements

Des croisements entre les scores et les caractéristiques des répondants ou des établissements ont mis en évidence les différences significatives suivantes :

- Une meilleure perception de la QVT chez les professionnels de l'administration, de la direction et de l'encadrement, avec un score QVT global de 74,4 sur 100, contre 58,9 sur 100 chez les soignants, et 62,6 sur 100 chez les professionnels techniques et d'hébergement.
- Les professionnels travaillant à temps partiel ont un score QVT global moyen significativement plus haut que les professionnels à temps complet (plus de 7 points d'écart entre ces deux catégories de professionnels)
- Les professionnels en CDD ou en contrats à durée déterminée comme les CUI ou les intérimaires déclarent une meilleure QVT, avec un score QVT global de près de 4 points supérieurs à ceux des professionnels avec des contrats à durée indéterminée ;
- Les professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté ont une meilleure perception de la QVT par rapport à ceux qui ont plus de 5 ans d'ancienneté.
- La perception de la QVT est meilleure dans les petits établissements (moins de 45 places), où le score QVT global est de 68,8, tandis qu'il est de plus de 10 points inférieur dans les établissements de grande taille (100 places ou plus). Les établissements de taille moyenne (entre 45 et 99 places) occupent une place intermédiaire dans le classement avec un score de 63,7.
- Les professionnels exerçant dans des établissements privés non lucratifs déclarent une meilleure perception de la QVT, avec un score QVT global de 66, soit 7,5 points de plus que les professionnels en établissements publics et 2,5 points de plus que ceux du privé lucratif.

Apports du projet

Le projet a abouti à la validation d'un outil de mesure de la QVT en EHPAD, comblant ainsi un manque constaté.

Chaque établissement ayant participé au projet a pu identifier ses principales difficultés et cibler des problématiques, mais aussi mettre en évidence ses points forts à travers des synthèses individuelles et générales transmises à l'issue des collectes du questionnaire.

Au moyen de l'outil QENA, tout établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pourra potentiellement obtenir des scores fiables concernant la QVT (de manière globale et par dimension) en diffusant le questionnaire validé à ses salariés.

Les bénéfices issus d'un déploiement plus général d'un tel outil seraient multiples (aussi bien pour les établissements que les instances de pilotage) : diagnostic QVT, support à la réflexion et à l'identification de leviers d'action, partages entre établissements grâce à un outil commun, évaluation à *posteriori* de l'efficacité des actions QVT mises en œuvre, etc.

III. Renseignements scientifiques : description générale des travaux menés au cours du projet

ELEMENTS DE CONTEXTE ET PRESENTATION DU PROJET

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux constitue la toile de fond de ce projet de recherche, s'inscrivant ainsi dans l'un des axes principaux de la stratégie nationale de santé. Le projet se focalise sur la qualité de vie au travail (QVT) qui constitue un pré-requis pour que les professionnels délivrent des soins de qualité. L'instruction DGCS du 17 juillet 2018 décline cette stratégie nationale QVT dans le champ des établissements médico-sociaux. Faisant le constat de l'évolution défavorable de plusieurs indicateurs (augmentation de l'absentéisme par exemple) et du taux de sinistralité (accidents du travail et maladies professionnelles), la DGCS souhaite impulser une dynamique régionale favorable à la QVT, portée par les ARS en collaboration avec les différentes parties prenantes de la QVT.

Dans le contexte spécifique des EHPAD, la QVT constitue clairement un enjeu pour l'avenir des politiques de gestion des ressources humaines de ces établissements, en quête d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé (DREES, 2018²).

A la date de démarrage du projet, les rares études portant sur les professionnels des EHPAD s'intéressent en priorité aux conséquences négatives des conditions de travail sur les salariés du secteur soin (conséquences sur la santé, épuisement professionnel, stress, etc.), s'inscrivant dans le seul paradigme de la prévention des risques psycho-sociaux et de la souffrance au travail. Aborder les conditions de travail sous l'angle de la QVT présente l'intérêt de susciter une vision complémentaire sur le travail et sur les dimensions positives de l'épanouissement professionnel. La notion de QVT permettrait ainsi de proposer un management qualitatif des ressources humaines, de penser les marges de manœuvre sur les questions du travail et par conséquent d'en attendre des retombées tant sur le bien-être des professionnels que sur la qualité des soins rendus aux résidents.

Le projet QENA (**Q**ualité de vie au travail des professionnels des **EHPAD** en **Nouvelle-Aquitaine**) a été entamé en 2019 avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le but de développer et valider un outil de mesure de la QVT des professionnels des EHPAD. En effet, aucun outil de mesure de la qualité de vie au travail en EHPAD n'a été développé et validé en France à notre connaissance. Une revue de littérature portant sur cette thématique réalisée en 2017 a mis en évidence que s'il existe bien des outils de mesure de la qualité de vie au travail dans d'autres pays³, des questionnaires sur les contextes organisationnels dans le champ hospitalier^{4,5}, ou des questionnaires portant sur les

² DREES. (2018), *Le personnel et les difficultés de-recrutement dans les Ehpads*. Etudes et Résultats n° 1067, Juin 2018, 6 p.

³ Dupuis G., Martel J.-P., Voirol C., Bibeau L., Herbet Bonneville N. (2009) *La qualité de vie au travail. Bilan des connaissances. L'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©)*. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales- CLIPP, Montréal: Université du Québec.

⁴ Saillour Glénisson F., Domecq S., Kret M., Sibé M., Dumond J.-P., Philippe M. (2016), *Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards* », BMC Health Services Research, BMC Health Services Research, BioMed Central, 2016, pp.491-505

⁵ Sibé M., Kret M., Domecq S., Saillour-Glenisson F. (2012), *Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©*, JGEM,2012/7 vol. 30, pp 100-118

conséquences des contextes de travail sur la santé des professionnels en EHPAD⁶⁷, aucun d'entre eux n'étudie l'ensemble des dimensions définissant la QVT dans ce type d'établissements (seules certaines dimensions sont abordées et/ou les outils ne s'adressent pas aux salariés des EHPAD).

Ce projet de recherche a mobilisé une équipe d'experts académiques en sociologie des organisations, management des ressources humaines, psychologie sociale (EHESP, Université Aix-Marseille, Université Pau pays de l'Adour, Université de Bordeaux) et d'experts professionnels des EHPAD de la région Nouvelle Aquitaine (Directeur, IDEC, Psychologue, Aide-soignant...), toutes fédérations confondues. Avec l'appui de méthodologistes en santé publique, psychométrie et statistique, ce groupe pluriel d'experts est parvenu à un consensus sur les dimensions et items de la QVT à investiguer spécifiquement dans le cadre du travail en EHPAD, au moyen d'un questionnaire.

Afin de l'expérimenter, le questionnaire a été diffusé auprès d'une quarantaine d'EHPAD néo-aquitains et des analyses psychométriques ont été réalisées à l'issue des passations, aboutissant à un outil de mesure validé de la QVT en EHPAD.

L'expérimentation de la diffusion du questionnaire au format numérique lors de la seconde phase de collecte du questionnaire auprès d'une partie des établissements permet enfin d'entamer la réflexion quant à la généralisation de l'outil.

Ce rapport détaille l'objectif et méthodologie générale du projet QENA, la manière dont le projet a été déployé opérationnellement, la technique de co-construction du questionnaire et sa validation psychométrique et la présentation des résultats de la recherche.

OBJECTIF ET METHODOLOGIE GENERALE DU PROJET

I- Objectif général

L'objectif principal de ce projet de recherche est de développer et valider un outil de mesure de la Qualité de Vie au Travail (QVT) en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), à partir d'un échantillon d'EHPAD de la Région Nouvelle-Aquitaine.

II- Méthodologie générale

La méthodologie globale du projet est la suivante :

- I- Réalisation d'une revue de la littérature sur la Qualité de Vie au Travail en EHPAD
- II- Constitution d'une bibliothèque d'items et de dimensions de la QVT en EHPAD
- III- Choix des dimensions du questionnaire par un groupe de travail : le groupe d'experts
- IV- Rédaction d'une V0
- V- Pré-test de la V0 auprès de professionnels d'EHPAD et rédaction de la V1 du questionnaire
- VI- Analyses psychométriques sur la V1 et rédaction de la V2
- VII- Analyse de la structure dimensionnelle et rédaction de la V3
- VIII- Analyses psychométriques de validation de la V3

Phase n°1 : Co-construction de l'outil de mesure de la QVT en EHPAD

Lors de cette étape préliminaire, il s'agissait de construire le contenu d'un questionnaire QVT adapté au contexte des EHPAD, sur la base d'une recherche bibliographique sur les modèles conceptuels de la QVT en EHPAD et les outils proches déjà existants, avec l'aide d'un groupe

⁶ Huguenotte, V, Marie Andela, et Didier Truchot (2016), *Développement d'un questionnaire exigences-ressources contextualisé pour une appréhension du burnout des professionnels en EHPAD*, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 24-31.

⁷ Vinot, Alan. 2013. «Analyse des facteurs de stress du professionnel en secteur médico-social, le cas des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.» *Projet de communication, XXIV° Congrès AGRH*. Paris.

d'experts constitué d'enseignant-chercheurs et de professionnels d'EHPAD. Cette étape participe à l'appréciation de la validité d'apparence de l'outil.

A l'issue de cette phase, la première version du questionnaire (V0) a été conçue.

Phase n°2 : Validation de l'outil de mesure de la QVT en EHPAD

Cette étape consiste à opérationnaliser le construit en respectant la procédure classique de validation psychométrique de l'outil créé.

- 7- **Pré-test** du questionnaire sur quelques professionnels d'EHPAD ne participant pas au projet (*validité d'apparence*). A l'issue du pré-test, la version V1 du questionnaire a été rédigée.
- 8- **Phase exploratoire** de développement de l'outil : **première mesure** de qualité de vie au travail auprès des EHPAD participant au projet (*validité de contenu, cohérence et homogénéité, applicabilité, validité discriminante*).
- 9- **Mesure de reproductibilité** : mesure intermédiaire uniquement sur un échantillon restreint de répondants 15 jours après la première mesure (*reproductibilité*).
- 10- **Analyses statistiques et adaptation du questionnaire** (épuration des items, redimensionnement du questionnaire) avec le groupe d'experts à partir des résultats des analyses statistiques de la phase exploratoire de la validation. A l'issue de cette étape, la version V2 du questionnaire est rédigée.
- 11- **Phase confirmatoire** : **deuxième mesure** de la QVT auprès des EHPAD participant au projet (*validité de contenu, validité de construit, analyse de sensibilité*).
- 12- **Analyses statistiques et adaptation du questionnaire** (redimensionnement du questionnaire) à partir des résultats des analyses statistiques de la phase confirmatoire de la validation. A l'issue de cette étape, la version V3 définitive du questionnaire est rédigée.

ETAPES ET DEROULEMENT DU PROJET

I- Revue de littérature

Objectif

Une revue de littérature a été réalisée en amont de la mise en place des groupes de travail afin de définir :

- La Qualité de Vie au Travail.
- Les spécificités de la QVT en EHPAD.

Méthodologie

La stratégie de recherche a consisté à associer un mot-clé principal : EHPAD ou « nursing home » à différents mots-clés suivants (« Conditions de travail » ou « working conditions » ; « Qualité de vie au travail » ou « quality of work life » ; « Contexte organisationnel » ou « organizational context » ; « Culture organisationnelle » ou « organizational culture ») sur des bases de données francophones (BDSP ; CAIRN ; SUDOC ; Thèses.fr ; DUMAS ; Europresse ; EMPremium) et anglophones (SCOPUS ; PubMed ; EBSCO). Une recherche complémentaire a été menée afin de recenser les documents de littérature grise portant sur le sujet (recherche avancée sur Google ; sites institutionnels : INRS, ANAP, DARES, HAS, ANESM, ARACT, DRESS + mot-clé EHPAD).

Résultats

Choix d'une définition de la QVT

En France, la Qualité de Vie au Travail ne fait pas l'objet d'une définition précise et semble encore aujourd'hui entourée d'une certaine confusion. Les chercheurs se sont peu attachés à définir la Qualité de Vie au Travail, et les contours de ce concept ont surtout été élaborés par des institutions telles que l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail) ou la HAS (Haute Autorité à la Santé).

Pour appréhender la notion de QVT, nous nous sommes ainsi basés sur le texte de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) signé en 2013⁸, qui fait référence aujourd'hui, et qui définit la QVT comme « un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ».

Selon ce texte, « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte ».

La définition de l'ANI a été modélisée par l'ANACT, qui propose 3 grandes composantes de la QVT :

Composante 1 : Les conditions de travail et d'emploi (environnement de travail ; conditions d'emploi ; conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail...)

Composante 2 : La capacité à s'exprimer et à agir (travail participatif ; partenariat social ; soutien managérial ; soutien des collectifs...)

Composante 3 : Le contenu du travail (autonomie au travail ; valeur du travail ; travail apprenant ; travail complet ...).

Les enseignements de la revue de littérature sur la QVT en EHPAD

Sur les conditions de travail et d'emploi

Une des spécificités du travail en EHPAD est la **prise en charge en continu** des résidents. Celle-ci implique plusieurs conséquences.

Elle implique tout d'abord des spécificités **sur les conditions d'emploi** : des horaires atypiques, décalés, changeants, et donc un enjeu fort sur le plan de l'articulation des temps personnels et professionnels.

Sur le plan organisationnel : la prise en charge en continu des résidents est un enjeu pour les managers sur la gestion des absences avec la mise en place de stratégies pour répondre à la continuité de la prise en charge.

Cette question de la gestion des absences a par ailleurs des conséquences pour les salariés : les absences impliquent des changements dans l'organisation des emplois du temps et met parfois en difficulté les salariés sur le plan professionnel (surcharge de travail et fatigue ; qualité de prise en charge perçue comme insuffisante) et extra-professionnel (gestion de la vie familiale).

La prise en charge en continu joue aussi **sur l'environnement de travail** : les salariés sont confrontés à **une charge de travail** conséquente. Pour les équipes de soin, le travail en EHPAD est un travail très routinier, très répétitif mais aussi très rythmé avec des cadences soutenues et des pressions temporelles importantes

Enfin, le travail en EHPAD implique **une charge mentale ou cognitive importante** (il faut travailler vite et garder en tête ce qu'il y a à faire, les tâches à venir, etc.).

La spécificité du travail en EHPAD est aussi liée au **profil des résidents**.

En effet, les profils des résidents évoluent notamment vers des profils de personnes accueillies de plus en plus âgées et dépendantes, ce qui a pour conséquence une **pénibilité physique** renforcée dans ces métiers.

Cette spécificité soulève aussi la question des **risques** : risques de violence verbale et physique présents sur ces établissements, notamment liées aux évolutions des pathologies des publics accueillis (personnes souffrant d'addiction ou ayant des troubles psychiatriques).

Enfin une des spécificités relevées est celle du **type de prise en charge et la prise en soin**.

Dans les EHPAD, les relations entre soignants et soignés sont des relations au long-courant (sur des durées de plusieurs mois voire plusieurs années). La prise en charge ne va généralement pas vers une amélioration de l'état de santé mais plutôt vers une dégradation. Par ailleurs,

⁸ Accord national interprofessionnel (ANI) sur la Qualité de vie au travail du 19 juin 2013. Accessible en ligne : <http://www.aractidf.org/qualite-de-vie-au-travail/ressources/accord-national-interprofessionnel-qvt>.

l'accompagnement de fin de vie fait partie intégrante de la prise en soin des résidents, l'issue de la prise en soin du résident est généralement le décès du résident.

Cette prise en charge et prise en soin particulière a de multiples conséquences. Les soignants s'impliquent dans les relations longues, et créent souvent des liens affectifs avec les résidents. Ce caractère relationnel est un aspect de **valorisation** du métier mais a également pour effet **une charge émotionnelle** importante liée à la compassion pour la personne âgée. Cette charge émotionnelle peut déborder en dehors travail et affecter la vie personnelle.

L'accompagnement de fin de vie et les décès ont également pour conséquence une charge émotionnelle voire une **charge traumatique** liées à l'implication émotionnelle du professionnel.

L'enjeu est de trouver la juste distance avec, en quelque sorte, un dilemme du professionnel entre une implication relationnelle forte, perçue comme valorisante dans la profession mais aussi perçue comme nécessaire pour faire du bon travail ; et la nécessité de se mettre à distance, de se détacher. Mais ce détachement peut conduire les salariés à se percevoir comme quelqu'un de peu authentique, qui peut pousser au désinvestissement professionnel et qui ne permet pas de s'épanouir professionnellement.

Le type de prise en charge/soin joue donc sur les exigences du métier (charge physique, mentale, émotionnelle) mais aussi sur les ressources des professionnels, car elle est un élément important de valorisation du métier.

Sur le contenu du travail

Le travail en EHPAD est un travail qui laisse une **grande autonomie** aux professionnels. Ces derniers sont autonomes pour organiser leur travail, avec une définition des tâches de manière informelle au sein des collectifs de travail. C'est cette autonomie qui leur permet de répondre objectifs et aux caractéristiques du travail en EHPAD : la personnalisation de la prise en charge et la réponse aux urgences et aux imprévus à mener en parallèles des tâches quotidiennes.

Le travail en EHPAD est aussi un **travail collectif** avec une organisation en équipe et une équipe de soin pluridisciplinaire. Malgré leur grande autonomie, les salariés des EHPAD sont contraints par l'**interdépendance** des tâches de chaque membre de l'équipe, qui est nécessaire à la stabilité de l'organisation du travail.

L'interdépendance de chaque salarié peut être source de tensions entre professionnels. Mais à l'inverse les bonnes relations entre collègues peuvent représenter une véritable ressource face aux exigences du métier.

Le travail en EHPAD est perçu comme un travail **utile**. Les professionnels ont le sentiment d'avoir une utilité sociale en remplissant un rôle indispensable à la société. La **valorisation du métier** est liée à cette utilité sociale mais aussi liée au fait d'exercer un métier difficile. Le contenu du travail pourrait être considéré comme un facteur de dépréciation (faisant référence au modèle du *dirty work* : des tâches difficiles voire ingrates), mais ce contenu peut finalement être valorisé, à travers des mécanismes de retournement du stigmat, car c'est un travail que peu de personnes pourraient faire.

Le travail en EHPAD est un **travail très rythmé**. Les professionnels sont souvent confrontés à des pressions temporelles fortes, ce qui crée parfois **des conflits éthiques ou conflits de valeurs** : les professionnels se retrouvent en contradictions avec leurs valeurs professionnelles. Le rythme soutenu peut empêcher les professionnels de prendre le temps avec les résidents, et leur donner le sentiment de ne pas faire leur travail correctement (on parle aussi de qualité empêchée). Les professionnels peuvent aller jusqu'à parler de risque de maltraitance lié à ces pressions temporelles fortes. Ce manque de temps pour faire correctement son travail peut donc avoir des conséquences sur le sens accordé au travail et sur les **valeurs professionnelles**.

Sur les capacités à s'exprimer et à agir

Face à des conditions de travail difficiles, la **solidarité et le soutien entre collègues** sont des éléments très importants. La solidarité est revendiquée comme un des fondements de la profession. Elle s'explique en partie par le partage de problématiques communes, et se joue notamment à travers l'appui aux collègues en difficultés. Le **soutien managérial** est aussi très important et se joue sur des aspects d'écoute, d'appui aux professionnels mais aussi de gestion des conflits. La

reconnaissance du travail réalisé de la part de la hiérarchie est aussi un des déterminants majeurs de la qualité des conditions de travail.

Impacts sur les attitudes des professionnels et la performance des établissements

La QVT a potentiellement des impacts sur :

- Les attitudes au travail : satisfaction, intention de rester, implication engagement des professionnels ;
- Les risques psychosociaux ; burnout et stress des salariés ;
- La performance sociale des établissements, mesurée à travers des indicateurs comme le taux d'absentéisme ou le taux de rotation des personnels.

II- Recensement des outils et questionnaires existants et construction de la bibliothèque d'items et de dimensions

Objectif

En amont du travail avec le groupe d'experts, les outils et questionnaires existants sur la QVT, sur des construits s'en rapprochant ou bien développés dans le contexte des EHPAD ont été recensés afin de créer une « bibliothèque » de dimensions et de sous-dimensions de la QVT à soumettre au groupe de travail.

Méthodologie

Les questionnaires issus de la revue de littérature sur la QVT⁹, les échelles attitudinales¹⁰, les outils validés proposant de mesurer les contextes organisationnels¹¹, les risques¹² et les contraintes liées au travail¹³ dans le contexte français, les outils de mesure de la Qualité de Vie au Travail¹⁴ ainsi que les outils institutionnels¹⁵ ont été recensés.

A travers une enquête flash diffusée auprès des établissements adhérents des fédérations, l'équipe QENA a en outre complété ce corpus par des questionnaires utilisés par les établissements.

-
- ⁹ - A Measurement Scale for Evaluating Quality of Work Life, Sultan O. Almarshad, 2015, Academic Journals Inc
- Defining Quality of Nursing Work Life, Beth A. Brooks Mary Ann Anderson, 2005, NURSING ECONOMIC/November-December 2005/Vol. 23/No. 6
- The Work-Related Quality of Life scale for healthcare workers , Van Laar D., Edwards J.A. & Easton S, 200,) Journal of Advanced Nursing 60(3)
- Quality of Work Life: Scale Development and Validation, Devappa Renuka Swam & al., International Journal of Caring Sciences May-August 2015 Volume 8 Issue 2
- Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index, Aiken, Linda H.; Patrician, Patricia A., Nursing Research: May-June 2000 - Volume 49 - Issue 3 - p 146-153
- ¹⁰ - SAPHORA JOB, CCECQA
- INTO, Pezet-Langevin V, Rolland JP. Caractéristiques des situations de travail, burnout, et attitude de retrait. Rev Européenne de Psychologie Appliquée 1999; 3:239-48
- MBI, Maslach et Jackson (MBI) (1986) - traduction française Dion et tessier (1994)
- Implication organisationnelle, MEYER J.P., ALLEN N.J. et SMITH C.A. (1993), "Commitment to organizations and occupations : extension and test of a three-component conceptualization", Journal of Applied Psychology, vol.78
- ¹¹ Questionnaire COMET (Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©, Sibé, M., Domecq, S., Kret, M. & Saillour-Glenisson, F. (2012), Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 30(7)
- ¹² - Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux, Dupret, Émilie, et al, Santé Publique, vol. vol. 24, no. 3, 2012, pp. 189-207
- Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer) DGT-DARES, Enquête SUMER 2016-2017, Auto-questionnaire
- ¹³ Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers: The NWI-EO questionnaire, Vincent Bonnetterre & al., International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 557-567
- ¹⁴ Rapport sur la qualité de vie au travail - Bilan des connaissances : L'inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©), Dupuis, Gilles & Martel, J.-P & Voirol, Christian & Bibeau, L & Hébert-Bonneville, N. (, Rapport du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales - CLIPP (2010)
- ¹⁵ - Baromètre QVT, ARACT Ile de France
- Boussole QVT, HAS : La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins , La boussole Qualité de vie au travail, un outil pour fixer le cap, HAS, Septembre 2017
- INRS, Outil Faire le point RPS, Evaluation des risques psychosociaux dans les petites entreprises

Ce recensement a permis de créer une bibliothèque de dimensions et d'items pour la construction du questionnaire QENA.

Résultats

A partir de cette recherche d'outils existants et de la revue de littérature, nous avons pu établir un découpage de la QVT en EHPAD en 59 dimensions. Ces dernières ont été classées selon les trois axes de la QVT définis par l'ANI.

Le tableau ci-dessous répertorie l'ensemble des dimensions retenues en amont des groupes de travail :

CONDITIONS DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI		CAPACITE D'EXPRESSION ET D'ACTION		CONTENU DU TRAVAIL	
1# Conditions d'emploi	Rémunération Formation Carrière / Parcours professionnel Égalité professionnelle/ Discrimination Sécurité de l'emploi Avantages sociaux	5# Participation à la prise de décision	Participation aux décisions relatives à l'établissement de manière générale Participation aux décisions relatives à son propre travail Dialogue social	8# Charges liées au travail	Quantité de travail Interruption des tâches Pressions temporelles Charge physique Charge mentale Charge émotionnelle
2# Condition du travail	Conditions de travail (général) Environnement physique de travail Conditions matérielles de sécurité Moyens (général) Moyens matériels et technologiques Moyens humains Équilibre vie privée - vie pro Organisation du travail (général) Définition des rôles et des missions Temps de travail Équité organisationnelle Gestion des absences	6# Qualité des relations avec le management	Soutien N+1 Entente N+1 Soutien de la direction Gestion des conflits Reconnaissance et respect de la part du N+1 Reconnaissance et respect de la part de la direction	9# Relations résidents / familles	Travail relationnel avec les résidents et les familles Reconnaissance et respect de la part des résidents et des familles Qualité des relations avec les résidents et les familles
				10# Autonomie	Autonomie décisionnelle Autonomie organisationnelle
3# Information/Communication	Circulation de l'information Informations stratégiques et vie de l'établissement Information droits et devoirs Clarté de l'information Qualité de l'information	7# Qualité des relations entre collègues	Soutien des collègues Entente entre collègues Échanges entre professionnels Cohésion et coopération entre professionnels	11# Qualité du travail	Travail apprenant / développement des compétences Utilisation des compétences Intérêt du travail Travail riche Travail efficace Travail de qualité
4# Image de l'organisation	Image externe de l'organisation Sentiment d'appartenance			#12 Rapport au travail	Représentations du métier Utilité sociale Sens au travail Conformité du travail aux valeurs professionnelles

Les composantes et les dimensions de la QVT de la bibliothèque créée pour le projet QENA

III- Cotation des experts et sélection des dimensions

Objectif

L'objectif de cette étape était de formaliser un consensus après d'un groupe d'experts afin de sélectionner les dimensions les plus pertinentes pour la création d'un outil de mesure de la QVT des professionnels en EHPAD.

Méthodologie

Un groupe experts a été constitué pour le projet. Il regroupait des universitaires et des professionnels de terrain, sélectionnés pour leur connaissance du sujet ou leur légitimité à exprimer un avis dans le cadre du processus de hiérarchisation et de choix des dimensions.

Le groupe d'experts était constitué des personnes suivantes :

Académiques

Paula Cristofalo, MCF Sociologie
Emmanuelle Gagnou, MCF Sciences de Gestion
Jean-Pierre Neveu, PU Sciences de Gestion
Khaled Saboune, MCF Sciences de Gestion
Matthieu Sibé, MCF Sciences de Gestion

Professionnel-le-s d'EHPAD

Céline Fourreau, Directrice d'établissement
Sandrine Malgat, IDEC
Stéphane Mespoulède, IDEC
Séverine Olivier, AS
Olivier Simon, Directeur adjoint d'établissement
Marie Thomes, Psychomotricienne
Anne-Julie Vaillant, Psychologue

Afin d'aboutir à un consensus dans la sélection des dimensions présentes dans le questionnaire QENA, la méthode du groupe nominal a été mise en place au sein du groupe d'experts.

Cette méthode a été introduite dans le champ de la santé publique au début des années 1970 comme un processus pilote destiné à préparer des enquêtes. Elle a été initialement préconisée pour des problèmes nécessitant la genèse ou la hiérarchisation d'informations. La procédure, très structurée, favorise l'expression individuelle et limite les effets pervers de dynamique de groupe. Elle permet d'intégrer les données empiriques disponibles ainsi que le jugement et l'expérience et l'expertise d'un panel de participants.

Elle conduit à un vote, qui permet une hiérarchisation et une priorisation des réponses du groupe.

Résultats

La re-catégorisation et la sélection de dimensions

La problématique de départ était de hiérarchiser et de sélectionner les dimensions les plus pertinentes pour la création d'un outil de mesure de la QVT en EHPAD.

Le groupe a procédé de la manière suivante afin de hiérarchiser les dimensions et d'en sélectionner (selon la méthodologie du groupe nominal) :

- 1- Lecture des dimensions recensées et de leurs définitions
- 2- Discussions autour des dimensions, modifications/ajouts/suppressions/fusions de dimensions, modification/précision des définitions
- 3- Vote individuel, écrit et anonyme : cotation de 1 à 4 de chaque dimension d'une composante en fonction de l'intérêt et de la pertinence pour la mesure de la QVT dans le contexte des EHPAD
- 4- Score moyen pour chaque dimension : discussions collectives autour des scores obtenus
- 5- Validation collective du classement
- 6- Élimination de certaines dimensions

Les hiérarchisations issues des moyennes obtenues par chaque dimension ont servi de support aux discussions de groupe. Elles ont mis en lumière des dimensions paraissant moins centrales, qui ont été éliminées. Des regroupements de dimensions, recouvrant des notions proches, ont également été effectués afin de réduire à une vingtaine le nombre de dimensions finalement sélectionnées.

A l'issue des cotations et des débats, 23 dimensions ont finalement été sélectionnées. Les dimensions barrées sur le tableau ci-dessous ont été supprimées, celles en italiques ont été déplacées ou regroupées.

CONDITIONS DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI			CAPACITE D'EXPRESSION ET D'ACTION			CONTENU DU TRAVAIL		
		Note			Note			Note
1# Conditions d'emploi	Rémunération et Avantages sociaux	3,3	5# Participation à la prise de décision	Décisions relatives à son propre travail et à l'accompagnement des résidents	3,9	8# Charges liées au travail	Pressions temporelles	3,4
	Accueil lors de la prise de poste	3,3		Décisions relatives à l'accompagnement des résidents	3,7		Charge mentale, physique, émotionnelle	3,4
	Sécurité de l'emploi	3,1		Décisions relatives à l'établissement	2,9		Charge physique	3,3
	Formation	3		Qualité du dialogue social	2,7		Charge émotionnelle	3
	Carrière / Parcours professionnel	2,3					Interruption des tâches	2,8
	Avantages sociaux	2,1					Quantité de travail	2,7
	Egalité professionnelle/ Discrimination	1,5						
2# Condition du travail	Moyens humains et Gestion des absences	3,9	6# Qualité des relations avec le management	Soutien global de l'encadrement, Reconnaissance et respect global de l'encadrement	3,7	9# Relations résidents / familles	Qualité des relations avec les résidents et Qualité des relations avec les familles	3,6
	Temps de travail et Équilibre vie privée - vie pro, Sécurité de l'emploi et Proximité géographique	3,9		Reconnaissance et respect global de l'encadrement	3,2		Qualité des relations avec les familles	3,3
	Environnement physique de travail	3,6		Gestion des conflits	3		Travail relationnel avec les résidents/ familles	1,8
	Équité organisationnelle	3,3		Soutien et entente cadre/responsable de proximité	2,8		Reconnaissance et respect de la part des résidents/familles	1,8
	Gestion des absences	3,2		Reconnaissance et respect de la part du N+1	2,8	10# Autonomie	Autonomie décisionnelle	2,6
	Moyens matériels et technologiques	3,2		Soutien et entente de la direction	2,3		Autonomie organisationnelle	2,2
	Conditions matérielles de sécurité	3		Reconnaissance et respect de la part de la direction	2,3		Dimension générale de l'autonomie	
	Temps de travail			Sentiment d'appartenance			Définition des rôles et des missions	2,8
3# Information/ Communication	Informations sur le quotidien de l'établissement et Informations stratégiques	3,6	7# Qualité des relations entre collègues	Soutien matériel	3,8	11# Qualité du travail	Travail apprenant	3,4
	Informations stratégiques	3,1		Soutien moral	3,7		Travail de qualité et complet	3,3
	Information droits et devoirs	2,8		Environnement relationnel	3,2		Intérêt du travail et travail apprenant	3,1
				Soutien des collègues			Utilisation des compétences	2,9
				Échanges et communication au sein de l'équipe				
								3,7

Synthèse du groupe nominal : moyenne des cotations, ajouts, suppressions et regroupements des dimensions par le groupe d'experts

IV- Rédaction V0

Objectif

Rédiger le questionnaire.

Méthodologie

A partir des 23 dimensions sélectionnées par le groupe de travail, des items ont été rédigés, en s'appuyant sur des exemples d'items de questionnaires existants.

Des règles de rédaction ont été préétablies :

- Les formulations des items se font à la première personne du singulier (« Je »)

Exemple : « Je reçois suffisamment de soutien de la part de mon supérieur » (formulation personnelle)
≠ « Dans mon établissement, les supérieurs hiérarchiques soutiennent suffisamment les équipes »
(formulation impersonnelle, généraliste sur l'établissement)

- Les formulations sont systématiquement tournées dans un sens positif, car le QVT aborde le travail dans sa dimension positive

Exemple sur la forme : « Je reçois suffisamment de soutien de la part de mon supérieur » (forme positive) ≠ « Je ne reçois pas suffisamment de soutien de la part de mon supérieur » (forme négative)
Exemple sur le fond : « J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail (aspect positif) » ≠ « J'ai une charge de travail trop importante » (aspect négatif)

Concernant les modalités de réponses, nous avons opté pour une échelle sémantique d'accord de 4 modalités (« *tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord, pas du tout d'accord* »), qui paraissait être le format le plus adapté au regard de la formulation des items et de la procédure de validation.

Le questionnaire ainsi rédigé a été transmis aux experts afin de prendre en compte leurs remarques et commentaires avant le lancement du pré-test.

V- Pré-test de la V0 et rédaction de la V1

Objectif

Le pré-test permet tout d'abord de mesurer le temps de passation du questionnaire. Il a par ailleurs pour objectif de vérifier la lisibilité et la bonne compréhension des items, de s'assurer qu'il n'y a pas d'ambiguïtés, et que les questions s'adressent bien à tous les salariés, quels que soient leur profession, leur statut, ou leurs missions sur les établissements.

Méthodologie

Le pré-test de la V0 a été réalisé le 17 juillet 2019 dans un établissement ne faisant pas partie de l'échantillon des EHPAD participants au projet : l'EHPAD public Gérard Minvielle, situé à Tartas, dans les Landes (40).

Dix professionnels, aux profils suivants ont pré-testé le questionnaire :

- 1- Psychologue, fonction encadrement
- 2- Cuisinier, fonction hébergement
- 3- Aide-soignante, fonction soin
- 4- Infirmière, fonction soin
- 5- Assistante RH, fonction administration
- 6- Infirmière coordinatrice, fonction soin
- 7- Agent de service hospitalier, fonction hébergement
- 8- Agent de service hospitalier, fonction hébergement
- 9- Agent de service hospitalier, fonction hébergement
- 10- Ergothérapeute, fonction soin

Résultats

La durée de passation a été estimée à environ 15 minutes (entre 12 et 22 minutes selon les personnes).

De manière générale, les participants ont formulé des commentaires positifs :

- Le questionnaire ne paraît pas trop long, les professionnels rencontrés estiment que le questionnaire peut facilement être rempli au cours d'une journée de travail.
- Il n'y a pas de redondance perçue sur les items.
- Le questionnaire balaye bien tous les aspects de la QVT.
- Les formulations sont globalement bien comprises et ne présentent pas d'ambiguïté. Quelques ajustements sur les formulations des items ont été effectués à l'issue de ce pré-test afin de lever toute ambiguïté.

Le questionnaire V1 a ainsi pu être finalisé : il se composait de 15 dimensions, 111 questions sur la QVT, une question générale sur la perception de la qualité de vie au travail et 8 questions de profil.

VI- Collecte des questionnaires auprès des professionnels des EHPAD

Objectif

Collecter les questionnaires auprès d'un échantillon d'EHPAD de la Nouvelle-Aquitaine, qui serviront aux analyses psychométriques de validation de l'outil.

Méthodologie

L'appel à participation et l'échantillon d'établissements

L'appel à participation pour l'inclusion des établissements dans le projet s'est principalement appuyé sur les fédérations (FHF, Synerpa, Fehap et FNADEPA).

La passation des questionnaires au format papier pour la V1 et la V2

Dans chaque établissement, un référent a été identifié. Il était en charge de la coordination de l'enquête sur l'établissement. Son rôle consistait en particulier à :

- Lister l'ensemble des professionnels à inclure (population cible) ;
- Informer le personnel du projet ;
- Transmettre le questionnaire à chaque professionnel inclus ;
- Répondre aux questions du personnel ;
- Inciter et relancer les professionnels à répondre au questionnaire.
- Transmettre à l'équipe projet QENA de recherche les questionnaires remplis.

Un rendez-vous a été planifié (en septembre ou en octobre 2019) avec chaque référent afin d'organiser la passation du questionnaire.

Un « kit de passation » a été fourni à chaque référent lors de ce rendez-vous. Il comprenait un guide pour la passation, des affiches de communication, les questionnaires à remplir, les enveloppes de recueil, une boîte de collecte, un présentoir, et un colissimo pour le retour des questionnaires remplis.

Les différentes modalités de communication et de diffusion (exemple : transmission lors de réunions, dépôt du questionnaire dans les casiers de professionnels, questionnaire joint à la fiche de paie, transmission directe à chaque professionnel, etc.) ont été présentées aux référents. Les modalités les plus pertinentes au regard de la structuration et de l'organisation interne de l'établissement ont été déterminées lors de l'entretien avec le référent de l'établissement.

Le planning de passation était également déterminé au moment de cet entretien. La durée de passation était généralement de 15 jours. Sur les établissements employant beaucoup de salariés, le délai de passation a pu être prolongé à 3 semaines.

La passation s'est déroulée entre septembre 2019 et novembre 2019 pour la première collecte et entre septembre 2020 et novembre 2020 pour la deuxième collecte.

Une relance effectuée à mi-parcours par téléphone ou par mail (une semaine à dix jours après le début de la passation) a permis de faire le point avec les référents, d'allonger si besoin de quelques jours ou d'une semaine supplémentaire le délai de passation, voire de réajuster les stratégies de communication autour du projet et de diffusion du questionnaire.

La passation numérique de la V2

Pour le deuxième temps de collecte des questionnaires, en 2020, le questionnaire QENA a été adapté afin d'être accessible aux établissements et aux salariés en ligne, via n'importe quel outil numérique connecté à internet (ordinateur, tablette ou smartphone) grâce à la plateforme numérique VOCAZA.

En effet, il est apparu pertinent de tester ce type de campagne numérique dans la perspective d'une possible généralisation de l'outil à l'ensemble des EHPAD, et de l'utilisation en routine du questionnaire dans les établissements. La passation numérique a donc été proposée aux référents et mise en place dans les EHPAD volontaires. 26 établissements ont choisi le format numérique et 16 établissements ont préféré rester sur du format papier pour la seconde phase de passation. A noter qu'à l'échelle de chaque établissement, un seul mode de passation devait être choisi (pas de passation mixte numérique / papier).

La plateforme de saisie du questionnaire était ouverte à tous les établissements participants du 1^{er} octobre 2020 jusqu'au 15 novembre 2020.

La solution de diffusion de questionnaires au format numérique au travers d'une campagne d'emailing (solution de diffusion la plus efficace) n'a pas pu être envisagée. En effet, au moment de l'enquête, une campagne e-mailing n'était envisageable sur aucun des établissements de notre échantillon, en raison de l'absence de mails professionnels pour la plupart des salariés des EHPAD.

Tout comme pour la passation papier, un « kit de passation » a été ainsi fourni aux référents des établissements, composé d'affiches de communication et de cartons d'identifiants à destination des salariés. Ces cartons contenaient :

- Un message invitant tous les salariés éligibles à répondre au questionnaire ;
- L'URL du questionnaire (projetqena.fr) ;
- Un identifiant unique, individuel, aléatoire et anonyme. Cet identifiant est nécessaire à chaque répondant pour accéder au questionnaire en ligne.

L'utilisation d'un identifiant permettant aux salariés d'accéder au questionnaire QENA a permis de s'assurer que seuls les salariés de l'établissement répondent au questionnaire, et qu'ils répondent chacun une fois maximum.

Le référent QENA devait, en plus de distribuer un carton d'identifiant à chaque salarié de l'établissement, s'assurer que la passation numérique était techniquement possible par l'accessibilité et la disponibilité d'ordinateurs (fixes ou portables) et/ou de tablettes numériques permettant le remplissage du questionnaire QENA dans le respect de l'anonymat du répondant.

La saisie des questionnaires papiers

Les questionnaires des deux passations ainsi que questionnaires recueillis pour les tests de reproductibilité ont été saisis par l'atelier de dactylocodage de l'université de Bordeaux.

Résultats

A l'issue de la campagne de communication et d'appel à participation, 43 établissements ont été inclus dans le projet en 2019, soit environ 2300 salariés. Au moment des sollicitations, une attention particulière a été portée aux caractéristiques des EHPAD, afin d'obtenir un panel couvrant la diversité des profils d'établissements (en termes de taille, de statut et d'implantation géographique).

Entre les deux temps de collecte, l'échantillon des EHPAD participants s'est légèrement modifié. Ces modifications sont liées à l'abandon de 8 établissements (3 en raison d'un changement de direction, 4 en raison d'un décès parmi le personnel, 1 en raison d'un manque de temps lié au contexte épidémique) et à la volonté d'un groupe privé d'inclure l'ensemble de ses établissements dans le projet (7 établissements supplémentaires).

Le nombre d'établissements est donc resté quasiment identique sur les deux temps de collecte du questionnaire, mais avec des variations dans les établissements participants.

La répartition de l'échantillon des EHPAD inclus dans projet est sensiblement la même que celle des établissements de la Nouvelle-Aquitaine en termes de taille et de statut.

Le changement d'établissements entre les deux temps de collecte a légèrement déséquilibré cette répartition du point de vue des statuts (sur-représentation des EHPAD privés à but lucratif) du fait de l'inclusion de l'ensemble des établissements d'un groupe privé lors deuxième temps de collecte.

Taille	EHPAD NOUVELLE AQUITAINE		EHPAD ECHANTILLON 1		EHPAD ECHANTILLON 2	
	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%
EHPAD moins de 45 places	100	11,99%	7	16,28%	7	16,67%
EHPAD de 45 à 59 places	105	12,59%	6	13,95%	5	11,90%
EHPAD de 60 à 99 places	480	57,55%	20	46,51%	20	47,62%
EHPAD de 100 à 199 places	149	17,87%	10	23,26%	10	23,81%
Total	834	100,00%	43	100,00%	42	100,00%

Statut	EHPAD NOUVELLE AQUITAINE		EHPAD ECHANTILLON 1		EHPAD ECHANTILLON 2	
	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%
Public	371	44,48%	18	41,86%	14	33,33%
Privé lucratif	248	29,74%	13	30,23%	19	45,24%
Privé non lucratif	215	25,78%	12	27,91%	9	21,43%
Total	834	100,00%	43	100,00%	42	100,00%

Au sein de l'échantillon d'établissement participants, certains départements sont surreprésentés (Gironde) et d'autres sous-représentés (Pyrénées-Atlantiques et Vienne) par rapport à la répartition des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine. Cependant, la procédure de validation du questionnaire ne demandant pas une représentativité de l'échantillon par rapport à la population mère, il n'a pas été nécessaire de redresser l'échantillon.

Néanmoins, chaque département de la Nouvelle-Aquitaine est présent dans l'échantillon à travers la participation d'au moins un établissement au projet.

Département	EHPAD NOUVELLE AQUITAINE		EHPAD ECHANTILLON 1		EHPAD ECHANTILLON 2	
	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%
Charente (16)	60	7,19%	3	6,98%	3	7,14%
Charente-Maritime (17)	107	12,83%	4	9,30%	6	14,29%
Corrèze (19)	42	5,04%	1	2,33%	1	2,38%
Creuse (23)	28	3,36%	1	2,33%	1	2,38%
Dordogne (24)	65	7,79%	3	6,98%	3	7,14%
Gironde (33)	156	18,71%	17	39,53%	13	30,95%
Landes (40)	58	6,95%	3	6,98%	1	2,38%
Lot-et-Garonne (47)	49	5,88%	3	6,98%	3	7,14%
Pyrénées-Atlantiques (64)	101	12,11%	3	6,98%	3	7,14%
Deux-Sèvres (79)	61	7,31%	2	4,65%	2	4,76%
Vienne (86)	70	8,39%	1	2,33%	1	2,38%
Haute-Vienne (87)	37	4,44%	2	4,65%	2	4,76%
Total	834	100,00%	43	100,00%	42	100,00%



Localisation des établissements inclus dans le projet QENA

Nous avons également identifié la répartition d'EHPAD ruraux et urbains dans notre échantillon : deux tiers des établissements se situent dans un environnement urbain et un tiers d'établissements dans un environnement rural¹⁶.

¹⁶ Une commune est ici considérée comme rurale lorsque sa population est inférieure à 2000 habitants ; et urbaine lorsque sa population est supérieure à 2000 habitants

	EHPAD ECHANTILLON 1		EHPAD ECHANTILLON 2	
Implantation géographique	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%
Commune rurale (< 2000 habitants)	15	34,88%	14	33,33%
Commune urbaine (>2000 habitants)	28	65,12%	28	66,66%
Total	43	100,00%	42	100,00%

Au total, 1475 questionnaires ont été retournés remplis lors de la première campagne de collecte des questionnaires V1, soit un taux de retour moyen de 62%.

Concernant la double passation, visant à mesurer la reproductibilité de l'outil, trois établissements de l'échantillon, comptant au total environ 200 salariés, y ont participé. Dans ces établissements, les taux de réponse lors de la première et de la deuxième passation sont respectivement de 67%, soit 137 retours, et de 56%, soit 114 retours. La « déperdition » entre les deux temps de passation se comprend par la moindre motivation des salariés à remplir un questionnaire identique à deux reprises et à quelques semaines seulement d'intervalle.

Pour la seconde campagne, 1096 questionnaires ont été remplis par les salariés des établissements participants au projet (509 questionnaires au format papier et 587 questionnaires numériques). Cela correspond à un taux de retour de 48% (49% pour les questionnaires en version papier et 47% pour les questionnaires en version numérique).

Ce taux de retour est plus faible que celui de la première collecte. Cette diminution entre les deux phases de collecte est classique dans les procédures de validation de questionnaire et s'explique par la plus grande difficulté à mobiliser référents et salariés sur les deux temps successifs, pour un même projet. Par ailleurs, la crise sanitaire du COVID-19 a fortement mobilisé les équipes sur les établissements durant le deuxième trimestre 2020. Ce contexte est à prendre en compte dans la lecture du taux de retour de la seconde passation. En effet, salariés et direction se sont trouvés fortement sollicités sur cette gestion de crise extrêmement chronophage et anxiogène, laissant moins de possibilité d'investissement et d'implication dans le projet lors de la passation de 2020.

A l'issue des deux passations du questionnaire, chaque établissement a reçu ses propres résultats, ainsi qu'une synthèse des résultats à l'échelle de l'échantillon global.

Difficultés rencontrées

Une seconde collecte dans un contexte singulier

La seconde phase de collecte du questionnaire était initialement prévue sur les mois de mai et juin 2020. Le contexte sanitaire de l'épidémie du COVID-19 et ses conséquences (premier confinement strict en France, impacts importants dans les EHPAD) ont rendu cette organisation impossible.

En mai 2020, nous avons repris contact avec l'ensemble des référents des établissements afin de faire un point de situation et de déterminer conjointement des suites à donner au projet (maintien de leur participation, impact de la crise sanitaire dans leur établissement, programmation du deuxième temps de collecte, choix de l'option numérique ou de l'option papier pour la passation 2). Le recueil des événements intervenus entre les deux temps de passations à travers les cahiers d'indicateurs a mis en évidence des problématiques récurrentes dans les établissements :

- Des réorganisations liées à la mise en place des mesures barrières et à l'absence de certains professionnels ;
- Une augmentation de la charge de travail (mesures barrières, nouvelles tâches type animation liées à l'absence de certains professionnels) mais aussi de la charge mentale (vigilance) ;
- Un impact psychologique du contexte sur les salariés et sur les résidents (stress, anxiété, sentiment d'insécurité) ;
- Une fatigue accrue.

Cependant, les référents ont à l'unanimité répondu favorablement à la poursuite de leur engagement dans le projet, malgré les tensions existantes sur le plan organisationnel et psychologique au sein de leur établissement, la collecte a finalement été planifiée entre septembre et novembre 2020.

Un seul établissement s'est finalement retiré du projet en raison de ses difficultés liées au contexte sanitaire en novembre 2020.

Notons que parmi les changements répertoriés dans les mêmes cahiers d'indicateurs, des éléments positifs émanant du contexte ont également été renseignés. Il s'agit de l'implication des personnels, de la capacité d'adaptation, de l'esprit de solidarité et de la cohésion d'équipe notamment. Ces éléments sont de manière générale perçus comme de aspects positifs du travail en EHPAD, mais il semblerait qu'ils aient revêtu un caractère encore plus saillant dans cette phase de crise.

S'il ne biaise en aucun cas la procédure de validation de l'outil de mesure de la QVT, ce contexte très particulier de la collecte réalisée en 2020 devra être pris en compte lors de l'analyse des résultats.

Des freins à la mise en œuvre d'un questionnaire numérique en EHPAD

Pour le second temps de collecte du questionnaire, nous avons proposé aux établissements de l'échantillon deux options : conserver le format papier pour le questionnaire et donc rester sur un protocole identique à celui du premier temps ; ou opter pour une passation du questionnaire au format numérique. L'ensemble des référents a donc été sollicité en amont de ce deuxième temps de collecte et a pu choisir entre ces deux options.

Les réponses et arguments des 16 établissements ayant souhaité rester sur la passation papier ont été consignés. Les principaux freins à la mise en place du numérique ont ainsi pu être identifiés et peuvent être catégorisés en deux types : les freins matériels et les freins à l'usage.

Des freins matériels

La mise en place d'un questionnaire QVT doit garantir une possibilité d'accès au questionnaire à tous les salariés. Le manque d'équipements informatiques (ordinateurs fixes ou portables, tablettes numériques) disponibles dans les établissements pour tous les corps de métier (et pas seulement les salariés soignants ou administratifs) a ainsi pu être identifié comme un frein à la passation numérique dans une partie des établissements.

Par ailleurs, comme nous l'avons préalablement souligné, les professionnels d'EHPAD n'ont à ce jour que très rarement des adresses mails professionnelles, ce qui ne permet pas la mise en place d'une diffusion de l'enquête par campagne mail.

Des freins à l'usage du numérique

Pour les établissements ayant souhaité conserver le format papier, l'autre argument avancé au-delà du manque d'équipement reposait sur des freins individuels et « psycho-cognitifs ». Les référents évoquent ainsi une faible maîtrise des outils informatiques chez certains salariés, ou un sentiment d'incompétence voire parfois une méfiance et des craintes vis-à-vis de ces technologies. Dans les milieux ruraux et auprès salariés les plus âgés plus particulièrement, les référents constatent parfois un véritable éloignement vis-à-vis du numérique.

VII- Analyses psychométriques

Objectif

Valider sur le plan psychométrique l'outil de mesure de la qualité de vie au travail en EHPAD.

Méthodologie

Analyses psychométriques : procédure standard de validation psychométrique

- 1- Première mesure : validité de contenu, cohérence et homogénéité, applicabilité, validité discriminante.

Tests effectués :

- Pourcentages de données manquantes

- Variabilité
 - Coefficient de corrélation (matrice de corrélation de Spearman)
 - Corrélation inter-items ajusté
 - Analyse en composante principale
 - Paramètres de discrimination : Item Information Curves
- 2- Mesure intermédiaire : reproductibilité.
Test effectué :
- Kappa de Cohen
- 3- Deuxième mesure : structuration dimensionnelle, validité de contenu, validité de construit, analyse de sensibilité.
Test effectués :
- Analyses factorielles EFA et CFA
 - Pourcentage de données manquantes
 - Variabilité
 - Consistance interne : coefficient de Cronbach ; corrélation de Spearman, Rhô de Jöreskog
 - Validité informative : coefficient inter-item ajusté
 - Validité externe : comparaison du score total et des scores par dimension par catégorie de répondants : test de Mann-Whitney bilatéral

Le travail du groupe d'experts

Sur la base de ces analyses psychométriques, le groupe de travail a effectué des sélections et des reformulations d'items pour aboutir à la version 2 du questionnaire.

Résultats

Les analyses psychométriques sur la V1

Les analyses réalisées sur le questionnaire V1 ont permis de mesurer les qualités psychométriques de l'outil.

Les différents tests effectués ont mis en évidence :

- Le questionnaire présente une bonne acceptabilité :
 - Le faible taux de données manquantes (aucun item n'a un pourcentage de données manquantes supérieurs à 5%) indique que le questionnaire est bien compris, lisible et que les questions sont adaptées à sa cible ;
 - La variabilité des réponses : aucun item ne présente un pourcentage de réponse de la valeur la plus haute ou la plus basse supérieur à 70%.
- La fiabilité de l'outil : le questionnaire mesure bien un seul et même concept à travers les relations que chaque item entretient avec les autres. L'analyse en composante principale donne une valeur propre (part de l'information des composantes par rapport au total de l'information) de la 1ere composante très forte en rapport aux autres composantes, ce qui valide l'hypothèse d'unidimensionnalité ; un seul item présentait un coefficient de corrélation inter-item ajusté <0.3.
- Les items sont pour la plupart reproductible (Kappa de Cohen >0,6)
- La plupart des items ont une bonne qualité informative (modèle GRM, IIC).

Les analyses ont par ailleurs permis d'identifier les items pouvant problème (faible variabilité des réponses, apport d'information insuffisant, redondance des items, faible reproductibilité).

42 items ont ainsi été supprimés par le groupe d'experts, faisant passer le questionnaire de 111 à 69 questions sur la QVT.

La structuration dimensionnelle du questionnaire

Le but de cette étape était de déterminer comment se structure le questionnaire en dimensions, (ou facteurs) sur la base des tests d'analyse factorielle.

L'analyse factorielle exploratoire a permis, à travers différentes méthodes, de proposer un découpage du questionnaire en un certain nombre de facteurs (ou dimensions) en fonction des corrélations et de la force des liens entre les items.

Les analyses factorielles confirmatoires ont consisté quant à elle à évaluer la qualité de ce découpage au regard de plusieurs tests.

Le nombre de dimensions proposé par les différentes approches est donc variable, allant de 6 pour l'approche PARALLELE à 12 pour la version V2 du questionnaire ou 13 pour l'approche MAP.

L'analyse factorielle confirmatoire évalue ces différentes approches à travers 8 critères.

Les critères principaux d'évaluation sont :

- Le RMSEA ou erreur quadratique moyenne de l'approximation, dont le seuil doit être ≤ 0.06 pour être satisfaisant.
- Le SRMR ou racine du carré moyen d'erreur standardisée (seuil ≤ 0.08)
- Le CFI ou index d'ajustement comparatif (seuil ≥ 0.95)

D'autres critères sont également présentés :

- Le TLI : Tucker–Lewis index (seuil ≥ 0.95)
- Le RNI : Relative Noncentrality Index (seuil ≥ 0.95)
- Le RFI : Relative Fit Index (seuil ≥ 0.95)
- L'IFI : Incremental fit index (seuil ≥ 0.95)
- Le GFI: Goodness of Fit Index (seuil ≥ 0.95)

Les critères d'évaluations sont présentés dans le tableau ci-dessous pour les différentes approches.

	RMSEA	CFI	TLI	RNI	RFI	IFI	SRMR	GFI
V2 (n=12)	0.062	0.988	0.988	0.988	0.980	0.980	0.063	0.983
Valeur propres (n=10)	0.082	0.979	0.978	0.979	0.971	0.979	0.071	0.975
Proportion (n=9)	0.085	0.977	0.976	0.977	0.969	0.977	0.072	0.973
MAP (n=13)	0.065	0.987	0.986	0.987	0.979	0.987	0.064	0.982
PARALLELE (n=6)	0.101	0.968	0.967	0.968	0.960	0.968	0.080	0.965

Analyses factorielles confirmatoires pour chaque approche

Ces explorations statistiques ont dévoilé que le questionnaire V2 était relativement bien structuré puisqu'il a obtenu les meilleurs résultats aux tests des analyses factorielles confirmatoires, en comparaison aux autres structurations proposées par l'analyse factorielle exploratoire. Une autre version et un autre découpage proposé par l'analyse exploratoire (la version MAP) a également obtenu de très bons résultats aux différents tests. Une troisième version du questionnaire a été rédigée en se basant sur un mix de la structuration de la V2 et de la version MAP.

La construction de la version définitive

La réflexion autour des résultats de l'analyse factorielle a abouti à la proposition d'une nouvelle version du questionnaire (V3) prenant en compte un des découpages dimensionnels proposé lors de l'analyse factorielle exploratoire (la version MAP, ayant également obtenu de bons résultats aux tests lors de l'analyse confirmatoire), mais qui garde le positionnement de certains items de la version 2. Ces choix ont été faits par l'équipe projet pour plusieurs raisons :

- Le nouveau découpage par dimension se rapproche fortement de la première structure du questionnaire (V1) avec des dimensions plus spécifiques et qui propose notamment de distinguer les conditions de travail et les conditions d'emploi, et de distinguer également le relationnel avec les résidents des charges liées au travail. Cette proposition apparaît adaptée tant pour la bonne compréhension et la meilleure lisibilité du questionnaire lors de la passation, que d'un point de vue analytique, lorsqu'il s'agira de scorer chacune des dimensions.

- Cependant, le placement de certains items dans la version MAP paraissait peu cohérent d'un point de vue de la validité faciale (par exemple, la question de la rémunération semble mieux placée à la lecture du questionnaire dans une dimension sur les conditions d'emploi que dans la dimension portant sur l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle).

La structure dimensionnelle de la V3, version définitive du questionnaire est la suivante :

Dimension 1 : Conditions de travail

Dimension 2 : Conditions d'emploi

Dimension 3 : Équilibre vie professionnelle- vie personnelle

Dimension 4 : Missions

Dimension 5 : Rythme de travail

Dimension 6 : Exigences liées au travail

Dimension 7 : Travail relationnel

Dimension 8 : Autonomie

Dimension 9 : Circulation de l'information

Dimension 10 : Prise en compte de la parole

Dimension 11 : Relations avec l'encadrement

Dimension 12 : Relations avec les collègues

Dimension 13 : Rapport au travail

Dimension 14 : Rapport à l'établissement

Dans cette version, le nombre de dimensions retenues est donc de 14. L'analyse factorielle confirmatoire a été effectuée sur la base des mêmes critères que ceux testés auprès des autres modèles. Les résultats obtenus sont présentés sur le tableau ci-dessous, au côté des résultats obtenus par la version 2 et le modèle MAP.

	RMSEA	CFI	TLI	RNI	RFI	IFI	SRMR	GFI
V2 (n=12)	0.062	0.988	0.988	0.988	0.980	0.988	0.063	0.983
MAP (n=13)	0.065	0.987	0.986	0.987	0.979	0.987	0.064	0.982
V3 (n=14)	0.057	0.990	0.989	0.990	0.982	0.990	0.060	0.985

Analyses factorielles confirmatoires pour l'approche MAP, la V2 et la V3

La comparaison avec les versions V2 et MAP montre que cette nouvelle version donne de meilleurs indicateurs. Cette version V3 a donc été retenue.

Les analyses psychométriques de validation sur la version définitive

Les analyses psychométriques réalisées sur cette dernière version ont permis d'affirmer que l'outil construit est fiable et valide.

- La fiabilité représente la capacité d'un outil à donner les mêmes résultats, quelles que soient les conditions d'application de cet outil (et en l'absence de variations objectives dans le contexte étudié).
- La validité représente quant à elle la capacité d'un outil à mesurer ce qu'il prétend mesurer (dans le cas de ce projet : la QVT).

Au-delà de sa validité (les items sont tous liés au concept de QVT) et de sa fiabilité (les items sont liés entre eux ; l'outil global et ses dimensions apportent des informations convergentes et chaque item apporte de l'information à l'ensemble), ont également été testés son acceptabilité (à travers le faible taux de données manquantes) et la cohérence de sa structure dimensionnelle (le concept global de QVT se compose dans cet outil de 14 dimensions).

Principaux résultats des tests :

- Taux de données manquantes : aucun item n'a un pourcentage de données manquantes supérieurs à 5%

- Variabilité des réponses : Aucun item ne présente un pourcentage de réponse de la valeur la plus haute ou la plus basse supérieur à 70%.
- Validité informative : coefficient de corrélation inter-ajusté >0,3.
- Consistance interne : Coefficient de Cronbach global = 0,97 ; Coefficient de Spearman > 0,8 ; Rhô de Jöreskog = 0,98 (> 0,7).

Dimensions	Coefficients de Cronbach	Dimensions	Coefficients de Cronbach
Les conditions de travail (3 items)	0.76	L'autonomie (5 items)	0.88
Les conditions d'emploi (5 items)	0.75	La circulation de l'information (6 items)	0.88
L'équilibre vie professionnelle –vie personnelle (5 items)	0.84	La prise en compte de la parole (5 items)	0.89
Les missions (6 items)	0.87	Les relations avec l'encadrement (4 items)	0.92
Le rythme de travail (7 items)	0.89	Les relations avec les collègues (4 items)	0.91
Les exigences liées au métier (3 items)	0.80	Le rapport au travail (7 items)	0.86
Le travail relationnel (4 items)	0.75	Le rapport à l'établissement (5 items)	0.90

Coefficients de Cronbach par dimension

PRESENTATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

I- Version définitive et validée du questionnaire

La version définitive du questionnaire correspond à la version 3 rédigée à la suite des analyses factorielles et psychométriques faites sur la version 2. Le questionnaire se compose de 69 items, répartis dans 14 dimensions :

- 1- Conditions de travail (3 items)
- 2- Conditions d'emploi (5 items)
- 3- Équilibre vie professionnelle- vie personnelle (5 items)
- 4- Missions (6 items)
- 5- Rythme de travail (7 items)
- 6- Exigences liées au travail (3 items)
- 7- Travail relationnel (4 items)
- 8- Autonomie. (5 items)
- 9- Circulation de l'information (6 items)
- 10- Prise en compte de la parole (5 items)
- 11- Relations avec l'encadrement (4 items)
- 12- Relations avec les collègues (4 items)
- 13- Rapport au travail (7 items)
- 14- Rapport à l'établissement (5 items)

Lors de la passation, il était complété d'un item général sur la qualité de vie au travail (item 70) et de 8 questions de profils.

Ces 9 dernières questions ne font pas partie de la validation. Ce sont des questions supplémentaires, à annexer ou non à la base de l'outil de 69 items. Les questions de profils peuvent ainsi être modifiées en fonction des besoins d'une enquête ou d'un projet, sans porter atteinte à la validité du score QVT.

L'outil validé permettant de scorer la QVT en EHPAD se présente donc comme suit :

Consigne de remplissage

Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Une seule réponse par question est admise. En cas de plusieurs réponses pour une même question, l'information ne sera pas traitée.

Exemple :

1	2	3	4
---	---	---	---

Merci d'indiquer pour chacune des situations suivantes dans quelle mesure celles-ci correspondent à votre quotidien en entourant le chiffre correspondant le mieux à votre opinion :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1	2	3	4

Merci de bien prendre soin de **répondre à toutes les questions** pour que votre questionnaire soit valide.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Mes conditions de travail				
<i>Je considère que...</i>				
1. J'ai un environnement de travail adapté à mes besoins professionnels (agencement des locaux, organisation du poste de travail...)	1	2	3	4
2. Je dispose d'équipements (moyens matériels, fournitures, outils informatiques...) adaptés à mes tâches	1	2	3	4
3. Les précautions standards de sécurité sont bien respectées dans mon établissement	1	2	3	4
Mes conditions d'emploi				
<i>Je considère que...</i>				
4. Les possibilités d'évolution professionnelle (promotions et responsabilités) sont accordées de manière équitable entre les salariés	1	2	3	4
5. Je suis serein-e concernant le maintien de mon emploi au sein de l'établissement dans les prochains mois	1	2	3	4
6. Je suis soutenu-e par mon établissement pour participer à des formations	1	2	3	4
7. Je bénéficie de formations utiles dans mon travail	1	2	3	4
8. Je perçois une rémunération (salaire et avantages sociaux) juste pour le travail que je fournis	1	2	3	4
Mon équilibre vie professionnelle - vie personnelle				
<i>Je considère que...</i>				
9. Mon établissement se préoccupe de mon équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle	1	2	3	4
10. Je suis informé-e de mon planning suffisamment à l'avance pour m'organiser dans ma vie personnelle	1	2	3	4
11. Je bénéficie de flexibilité concernant mon planning en cas de nécessité personnelle	1	2	3	4

	Pas du tout d' accord	Plutôt pas d' accord	Plutôt d' accord	Tout à fait d' accord
12. Mes souhaits concernant mes jours de congés sont respectés	1	2	3	4
13. Je peux profiter de mes jours de repos sans être sollicité-e par mon établissement	1	2	3	4
Mes missions				
<i>Je considère que...</i>				
14. Mes missions et mes tâches professionnelles sont clairement définies	1	2	3	4
15. La répartition entre mes différentes activités (tâches administratives, accompagnement ou activités liées à mon métier...) est équilibrée	1	2	3	4
16. Les missions qui me sont confiées sont compatibles entre elles	1	2	3	4
17. Les tâches de travail sont réparties de manière équitable avec mes collègues	1	2	3	4
18. Dans mon service, l'attribution des tâches de chacun est respectée	1	2	3	4
19. Je sais à qui m'adresser au sein de mon établissement en cas de difficultés dans mon travail	1	2	3	4
Mon rythme de travail				
<i>Je considère que...</i>				
20. J'ai suffisamment de temps pour accomplir correctement l'ensemble de mes tâches professionnelles	1	2	3	4
21. Je bénéficie de moments de calme après des pics d'activité au cours de ma journée de travail	1	2	3	4
22. J'ai le temps nécessaire pour échanger avec les résident-e-s	1	2	3	4
23. J'ai le temps nécessaire pour échanger avec les familles des résident-e-s	1	2	3	4
24. Les effectifs de personnel sont adaptés à la charge de travail de l'établissement	1	2	3	4
25. L'établissement apporte une réponse adaptée pour réorganiser le travail en cas d'absence de personnel dans mon service	1	2	3	4
26. Je peux me consacrer pleinement à ce que je fais sans avoir à prendre en charge des imprévus en permanence	1	2	3	4
Les exigences liées à mon métier				
<i>Je considère que...</i>				
27. J'ai une charge physique liée à mon travail (efforts, poids à soulever, gestes répétitifs, positions inconfortables...) acceptable	1	2	3	4
28. J'ai une charge mentale liée à mon travail (vigilance, attention, concentration...) acceptable	1	2	3	4
29. J'ai une charge émotionnelle liée à mon travail (situations émouvantes, déstabilisantes, comportements agressifs...) acceptable	1	2	3	4

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

Le travail relationnel				
<i>Je considère que...</i>				
30 Je passe régulièrement de bons moments avec les résident-e-s	1	2	3	4
31. De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les familles	1	2	3	4
32. Je suis convenablement préparé-e face à la souffrance et/ou au décès des résident-e-s	1	2	3	4
33. Je suis convenablement préparé-e pour réagir de manière adaptée face aux comportements agressifs de certaines familles	1	2	3	4
L'autonomie dans mon travail				
<i>Je considère que...</i>				
34. J'ai de l'autonomie dans mon travail au quotidien	1	2	3	4
35. J'ai la possibilité d'organiser moi-même l'ordre de mes tâches	1	2	3	4
36. Je dispose de marges de manœuvre sur la manière de réaliser mon travail	1	2	3	4
37. Je peux définir le temps que je consacre à une tâche déterminée	1	2	3	4
38. Je peux prendre seul-e des décisions concernant mon propre travail quand c'est nécessaire	1	2	3	4
La circulation de l'information				
<i>Je considère que...</i>				
39. Je reçois une information satisfaisante concernant la vie quotidienne de l'établissement (travaux, évènements, nouveaux-elles résident-e-s...)	1	2	3	4
40. Je suis informé-e suffisamment à l'avance des changements dans l'établissement qui me concernent	1	2	3	4
41. Les moyens de communication (panneau d'affichage, courriers, mails) concernant la vie de l'établissement sont adaptés à mes besoins	1	2	3	4
42. Les informations circulent correctement entre les différents services de mon établissement	1	2	3	4
43. Les informations transmises par les différents membres de l'encadrement (responsables de proximité, direction) sont cohérentes entre elles	1	2	3	4
44. Les différents services de l'établissement travaillent en collaboration plutôt qu'en concurrence	1	2	3	4
La prise en compte de ma parole				
<i>Je considère que...</i>				
45. Je peux participer aux décisions qui concernent la réalisation de mon travail	1	2	3	4
46. Mon avis est pris en compte par l'encadrement dans les choix relatifs à mon propre travail	1	2	3	4
47. Je peux exprimer mon désaccord avec l'encadrement concernant mon travail	1	2	3	4

	Pas du tout d' accord	Plutôt pas d' accord	Plutôt d' accord	Tout à fait d' accord
48. J'ai suffisamment de temps d'échange (réunion, groupe de travail...) avec mes collègues pour m'exprimer sur nos façons de faire notre travail	1	2	3	4
49. J'ai suffisamment de temps d'échange (réunion, groupe de travail, entretien...) avec l'encadrement pour m'exprimer sur mon travail	1	2	3	4
Mes relations avec l'encadrement (direction et responsable de proximité)				
Je considère que...				
50. J'ai une relation de confiance avec l'encadrement	1	2	3	4
51. Je suis respecté-e par l'encadrement dans l'exercice de mon travail	1	2	3	4
52. Je reçois la reconnaissance de l'encadrement pour le travail que j'accomplis	1	2	3	4
53. Je reçois le soutien de l'encadrement en cas de difficultés dans mon travail	1	2	3	4
Mes relations avec mes collègues				
Je considère que...				
54. J'ai une relation de confiance avec les collègues de mon service	1	2	3	4
55. Je peux compter sur le soutien de mes collègues en cas de difficultés (conflit avec une famille, retard dans mon travail...)	1	2	3	4
56. Je partage les mêmes valeurs professionnelles que mes collègues	1	2	3	4
57. Je suis écouté-e par mes collègues quand je m'exprime en équipe	1	2	3	4
Mon rapport à mon travail				
Je considère que...				
58. J'accomplis un travail de qualité	1	2	3	4
59. J'ai les moyens de faire du bon travail	1	2	3	4
60. Mon travail est enrichissant	1	2	3	4
61. Mon travail me fait progresser professionnellement	1	2	3	4
62. Mon travail a une véritable utilité	1	2	3	4
63. Je peux réaliser mon travail en conformité avec mes valeurs	1	2	3	4
64. J'aime mon métier	1	2	3	4
Mon rapport à mon établissement				
Je considère que...				
65. Les professionnel-le-s qui travaillent dans mon établissement sont compétent-e-s	1	2	3	4
66. Je suis fier-e de travailler dans mon établissement	1	2	3	4
67. Je pourrais recommander sans hésiter à un-e ami-e de postuler à un emploi dans mon établissement	1	2	3	4
68. Je me rends avec plaisir au travail	1	2	3	4
69. Je me reconnais dans les valeurs portées par mon établissement	1	2	3	4

Les 9 questions supplémentaires, ne faisant pas partie de la validation et proposées lors de la diffusion du questionnaire (question 70 générale sur la QVT et questions de profil) se présentaient de la manière suivante :

	Pas du tout d' accord	Plutôt pas d' accord	Plutôt d' accord	Tout à fait d' accord
De manière générale, je considère que...				
70. J'ai une bonne qualité de vie au travail	1	2	3	4

VOTRE PROFIL

Merci de nous fournir quelques informations vous concernant. Ces informations resteront strictement confidentielles et anonymes.

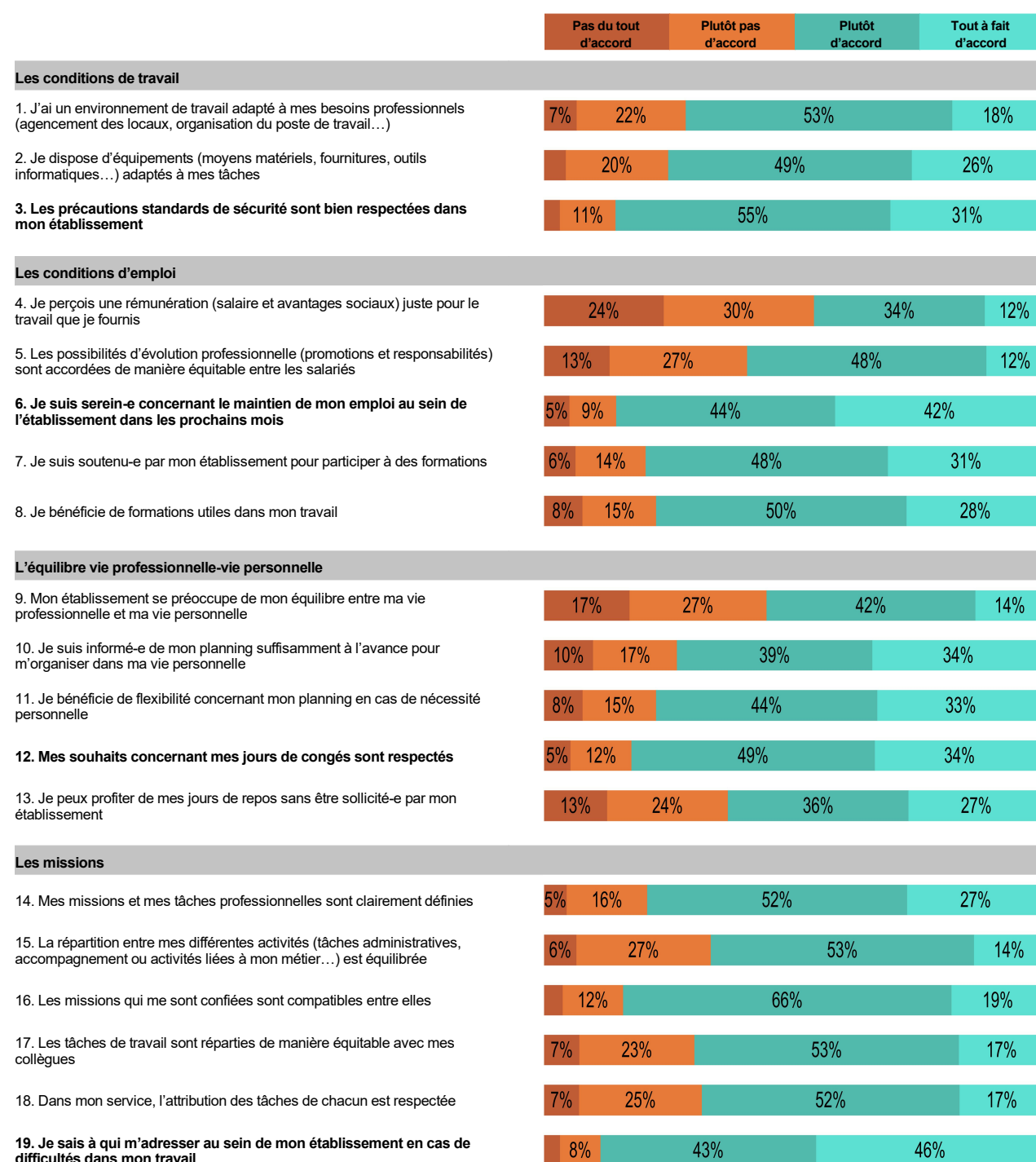
71. Genre	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
72. Tranche d'âge	<input type="checkbox"/> Moins de 35 ans <input type="checkbox"/> Entre 35 et 49 ans <input type="checkbox"/> 50 ans et plus
73. Type de fonction exercée dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Administration et direction (<i>directeur et adjoint de direction, administration</i>) <input type="checkbox"/> Encadrement de proximité (<i>cadre de santé, IDEC, médecin coordonnateur, maîtresse de maison/gouvernante, psychologue</i>) <input type="checkbox"/> Soins (AS, AMP, IDE, ASHQ faisant fonction, professionnels paramédicaux) <input type="checkbox"/> Hébergement (<i>ASH, hôtellerie, aide hôtelier, cuisine, animateur</i>) <input type="checkbox"/> Fonction technique (<i>service technique et d'entretien, lingerie</i>)
74. Temps de travail actuel	<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel
75. Type de contrat actuel	<input type="checkbox"/> CDD / CUI <input type="checkbox"/> CDI / Titulaire <input type="checkbox"/> Intérimaire
76. Horaires actuels	<input type="checkbox"/> De jour <input type="checkbox"/> De nuit <input type="checkbox"/> Les deux
77. Ancienneté dans le métier	<input type="checkbox"/> Moins d'1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans
78. Ancienneté dans l'établissement	<input type="checkbox"/> Moins d'1 an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans

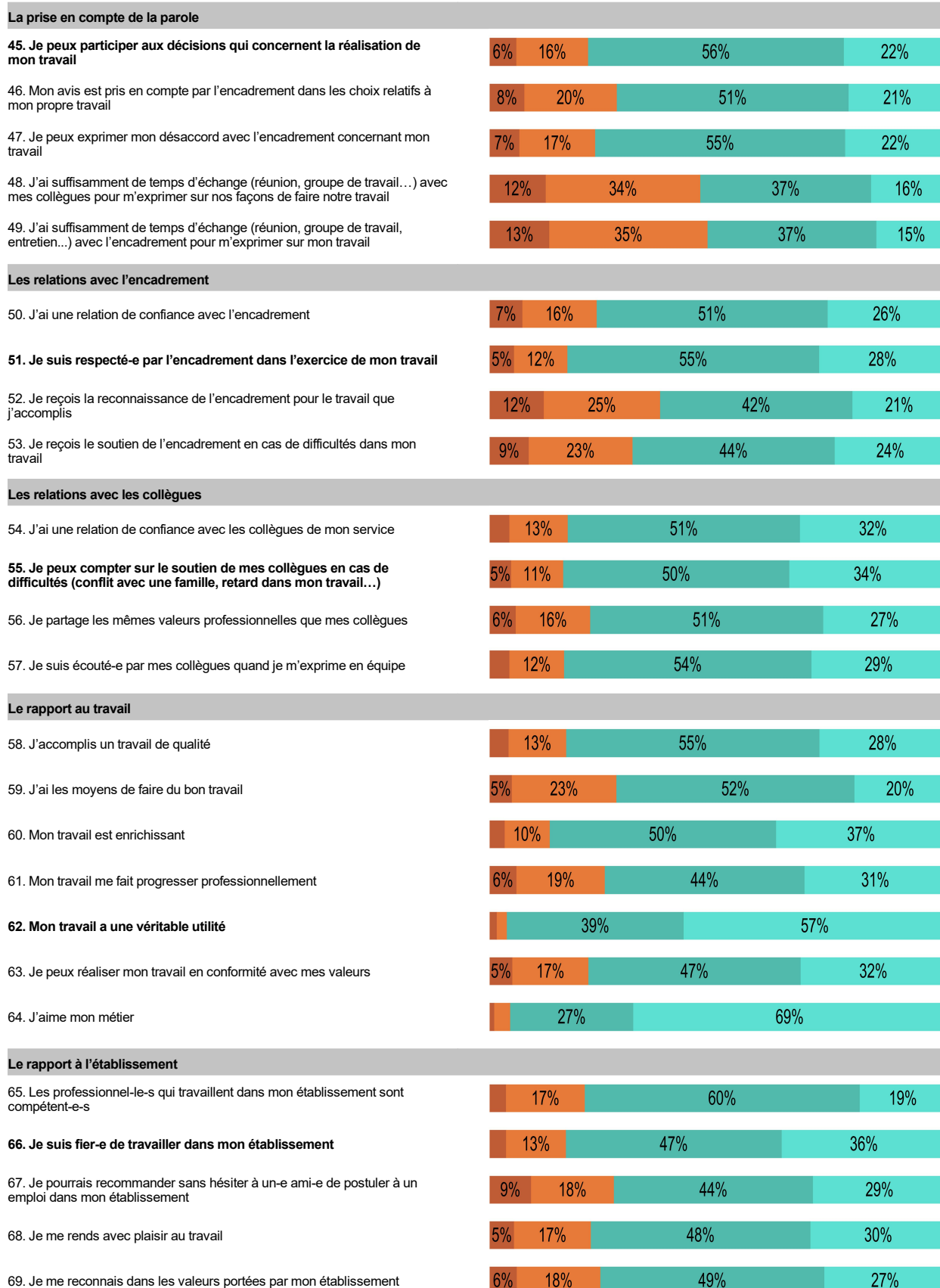
II- Résultats du questionnaire (collecte 2020)

Les résultats détaillés par question

Un diagramme en barre horizontale représente les pourcentages de réponses par modalité rapporté au nombre total de professionnel-le-s ayant répondu à l'item.

Pour faciliter la lecture, les pourcentages inférieurs à 5% ne sont pas affichés dans les diagrammes. L'item ayant le pourcentage le plus élevé de sa dimension sur les modalités « Plutôt d'accord » + « Tout à fait d'accord » est indiqué en gras.





Le rythme de travail

20. J'ai suffisamment de temps pour accomplir correctement l'ensemble de mes tâches professionnelles	20%	34%	36%	10%
21. Je bénéficie de moments de calme après des pics d'activité au cours de ma journée de travail	14%	31%	42%	12%
22. J'ai le temps nécessaire pour échanger avec les résident-e-s	20%	34%	35%	10%
23. J'ai le temps nécessaire pour échanger avec les familles des résident-e-s	20%	36%	35%	9%
24. Les effectifs de personnel sont adaptés à la charge de travail de l'établissement	33%	35%	25%	6%
25. L'établissement apporte une réponse adaptée pour réorganiser le travail en cas d'absence de personnel dans mon service	18%	30%	42%	10%
26. Je peux me consacrer pleinement à ce que je fais sans avoir à prendre en charge des imprévus en permanence	21%	41%	33%	5%

Les exigences liées au travail

27. J'ai une charge physique liée à mon travail (efforts, poids à soulever, gestes répétitifs, positions inconfortables...) acceptable	10%	23%	48%	19%
28. J'ai une charge mentale liée à mon travail (vigilance, attention, concentration...) acceptable	9%	25%	51%	15%
29. J'ai une charge émotionnelle liée à mon travail (situations émouvantes, déstabilisantes, comportements agressifs...) acceptable	10%	25%	52%	14%

Le travail relationnel

30. Je passe régulièrement de bons moments avec les résident-e-s	5%	16%	54%	26%
31. De manière générale, j'ai de bonnes relations avec les familles	6%	62%	29%	
32. Je suis convenablement préparé-e face à la souffrance et/ou au décès des résident-e-s	7%	18%	50%	25%
33. Je suis convenablement préparé-e pour réagir de manière adaptée face aux comportements agressifs de certaines familles	12%	34%	41%	12%

L'autonomie

34. J'ai de l'autonomie dans mon travail au quotidien	7%	48%	44%	
35. J'ai la possibilité d'organiser moi-même l'ordre de mes tâches	10%	45%	42%	
36. Je dispose de marges de manœuvre sur la manière de réaliser mon travail	5%	18%	47%	30%
37. Je peux définir le temps que je consacre à une tâche déterminée	7%	23%	43%	27%
38. Je peux prendre seul-e des décisions concernant mon propre travail quand c'est nécessaire	7%	18%	45%	30%

La circulation de l'information

39. Je reçois une information satisfaisante concernant la vie quotidienne de l'établissement (travaux, événements, nouveaux-elles résident-e-s...)	9%	24%	50%	17%
40. Je suis informé-e suffisamment à l'avance des changements dans l'établissement qui me concernent	9%	30%	45%	15%
41. Les moyens de communication (panneau d'affichage, courriers, mails) concernant la vie de l'établissement sont adaptés à mes besoins	7%	18%	54%	21%
42. Les informations circulent correctement entre les différents services de mon établissement	16%	42%	34%	9%
43. Les informations transmises par les différents membres de l'encadrement (responsables de proximité, direction) sont cohérentes entre elles	11%	29%	46%	13%
44. Les différents services de l'établissement travaillent en collaboration plutôt qu'en concurrence	10%	25%	49%	16%

Le score QVT global et les scores par dimensions

Calcul des scores

Le score QVT global est calculé à partir de la formule suivante :
 $100 \times (\text{score QVT global actuel} / \text{score QVT global maximum})$.

Le calcul du score QVT global actuel est réalisé de la manière suivante :

Pour chaque question : un score est attribué aux différentes modalités de réponses : 0 pour 'Pas du tout d'accord', 1 pour 'Plutôt pas d'accord', 2 pour 'Plutôt d'accord', et 3 pour 'Tout à fait d'accord'. Pour les réponses manquantes, le score de 1.5 est attribué.

Le score QVT global actuel est obtenu en faisant la moyenne des scores obtenus par les répondants (somme des scores aux items pour l'ensemble des répondants / nombre de répondants).

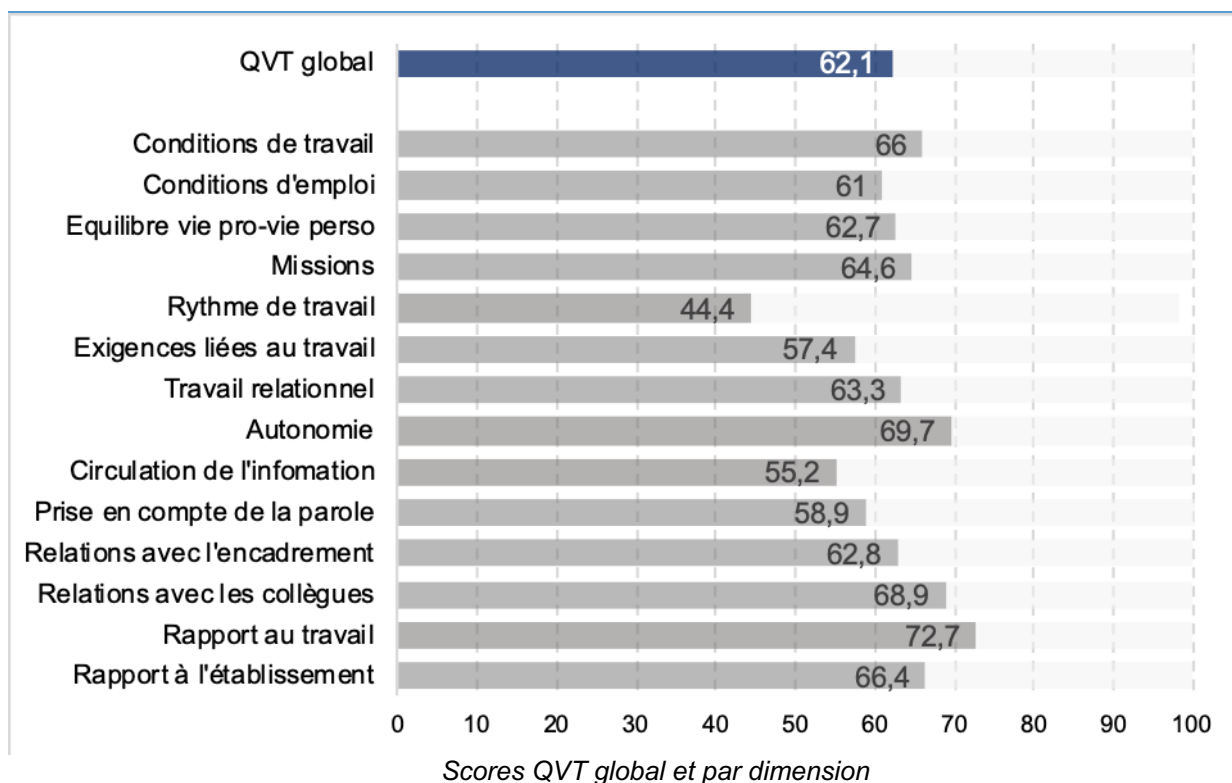
Le calcul du score global maximum :

C'est le score obtenu théoriquement si tous les répondants répondaient « tout à fait d'accord » à tous les items du questionnaire (soit 3×69).

Le score QVT est calculé en faisant le rapport du score QVT global actuel sur score QVT global maximum. Il est enfin multiplié par 100 pour le ramener sur une échelle de 0 à 100.

Le score par dimension est obtenu sur la même base de calcul. Au lieu de prendre en compte l'ensemble des items du questionnaire, on réalise les calculs seulement pour les items d'une dimension.

Le score QVT global sur l'échantillon est de 62,1 sur 100.
Les scores par dimensions vont quant à eux de 44,4 à 72,7.



Des pressions temporelles fortes

Le « Rythme de travail » est la dimension qui obtient le moins bon score (44,4 sur 100), et l'ensemble des items de cette dimension obtiennent des réponses parmi les plus négatives (entre 45% et 68% de réponses négatives). Les deux items qui obtiennent le plus de réponses négatives sur la dimension et sur l'ensemble du questionnaire sont :

- L'item 24 : « Les effectifs de personnel sont adaptés à la charge de travail de l'établissement », avec 68% des participants qui ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec cette affirmation ;

- L'item 26 « Je peux me consacrer pleinement à ce que je fais sans avoir à prendre en charge des imprévus en permanence » avec 62% de réponses négatives.

Par ailleurs, 54 % des professionnels affirment ne pas avoir suffisamment de temps pour accomplir correctement l'ensemble de ses tâches professionnelles (item 20).

Enfin, au-delà de la dimension « Rythme de travail », on note que d'autres items du questionnaire également liés au manque de temps se détachent négativement : ne pas avoir suffisamment de temps d'échange avec l'encadrement (pour 48% des participants) ou avec ses collègues (pour 46% des participants).

Ces résultats font écho aux éléments de la littérature concernant le manque de moyens humains lié aux contraintes budgétaires qui limitent les possibilités de recrutement ; et à l'évolution des profils des résidents plus dépendants qui nécessitent des prises en soin plus lourdes et plus chronophages. Les professionnels perçoivent une intensification du travail et un morcellement des tâches, au détriment de la relation humaine et sociale, de la qualité ("*empêchée*") et considèrent ainsi que les effectifs et les temps dédiés à leurs tâches sont insuffisants au regard de leur charge de travail.

Les prescriptions temporelles fortes perçues sont en outre liées au contenu même du travail.

Le travail en EHPAD est avant tout contraint par des impératifs temporels forts à respecter tout au long de la journée. Ces impératifs (toilettes, repas, coucher) obligent les professionnels à un exercice d'équilibriste permanent entre ce qui devrait être fait et ce qui peut effectivement l'être en fonction des aléas et des imprévus du quotidien.

Le temps est également contraint par une chaîne invisible qui lie le professionnel à ses collègues et l'oblige à avancer afin de ne pas déstabiliser l'organisation du travail toute entière.

Enfin, l'interruption fréquente des tâches, perturbant le travail, augmente la perception de cadences élevées.

La circulation de l'information : des perceptions mitigées

Un EHPAD est un environnement dans lequel les employés interagissent quotidiennement. Pour autant, les professionnels semblent mitigés quant à la qualité de la communication et de la circulation de l'information. La dimension 9 sur « La circulation de l'information » obtient ainsi le deuxième moins bon score dans le questionnaire QENA (52,5 sur 100).

La circulation des informations entre les différents services semble faire le plus défaut : 48% des réponses négatives à l'item 42 « Les informations circulent correctement entre les différents services de mon établissement », suivi de l'item 43 « Les informations transmises par les différents membres de l'encadrement (responsables de proximité, direction) sont cohérentes entre elles » qui obtient 40% de réponses négatives.

Il faut cependant noter que certains items de cette dimension ne sont pas nécessairement perçus négativement : c'est le cas des items portant sur les moyens de communication utilisés concernant la vie de l'établissement (seulement 25% de réponses négatives pour l'item 41 et 33% de réponses négatives pour l'item 39).

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées quant à cette perception négative de certains aspects de la circulation de l'information. Tout d'abord, sur le terrain, au quotidien, les managers (infirmière coordinatrice, médecin coordonnateur, direction) sont peu présents, et les échanges et le travail en commun entre les différents professionnels, notamment entre les soignants et les autres types de professionnels (médecins, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, médecins, etc.), demeurent limités. Cette limitation des échanges entre certains professionnels pourrait expliquer le score obtenu par la dimension « Circulation de l'information ».

Les pressions temporelles limitent également les temps d'échange avec les collègues, ces temps n'étant pas considérés comme productifs. En faisant le lien avec les questions de la dimension « La prise en compte de ma parole », on remarque que les items 48 et 49 sur les temps d'échanges avec les collègues et l'encadrement font partie des items les plus mal perçus (respectivement 46% de réponses négatives sur les temps d'échange avec les collègues et 48% de réponses négatives en ce qui concerne les temps d'échange avec l'encadrement).

La perception négative de certains items de cette dimension pourrait également être liée à la relation non assumée de management de la part de certain-e-s infirmier-ères envers les aides-soignant-e-s. Sur les établissements, on constate parfois que la relation d'autorité est instable et

fragile, et qu'elle peut dépendre des anciennetés et des expériences, plutôt que de la place hiérarchique des uns et des autres.

Un travail exigeant qui manque de reconnaissance salariale

Lorsque l'on regarde plus en détail les items les moins bien perçus, en dehors des dimensions du « Rythme de travail » et de la « Circulation de l'information », d'autres constats peuvent être dressés.

On retrouve d'abord, comme soulevé précédemment, des items liés au temps, et notamment au manque de temps pour échanger entre collègue et avec l'encadrement.

On remarque par ailleurs que, si le travail en EHPAD est décrit dans la littérature comme un travail exigeant, avec des charges physiques, mentales et psychologiques non négligeables, les professionnels estiment que ces exigences sont « acceptables », elles font partie intégrante de leur métier. Ainsi, 67% des professionnels ayant répondu au questionnaire estiment que la charge physique est acceptable (item 27) et 66% estiment également que les charges mentales et émotionnelles sont acceptables (items 28 et 29).

C'est face aux comportements agressifs de certaines familles que les professionnels témoignent le plus de difficultés, puisque 46% des professionnels ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec l'affirmation selon laquelle ils sont suffisamment préparés face à cette agressivité (item 33).

Enfin, un des items qui obtient le plus de réponses négatives concerne la rémunération. Malgré la « valorisation interne » (valorisation personnelle, des collègues et de la hiérarchie) liée en particulier au sentiment des professionnels d'exercer un métier difficile et indispensable au bon fonctionnement de la société, les niveaux de rémunérations perçus comme insuffisants peuvent conduire à dévaloriser socialement ces métiers.

Un travail qui fait sens

En dépit des conditions de travail difficiles et des exigences fortes, les salariés des EHPAD témoignent d'une perception positive de travail, liée au sentiment de remplir un rôle indispensable à la société et d'exercer un métier humainement riche et porteur de sens.

Ainsi, la dimension du « Rapport au travail » est celle qui a obtenu le meilleur score avec 72,7 points sur 100. On note ainsi que 96% des participants aiment leur métier et le trouvent utile ; et 87% le trouvent enrichissant.

Plusieurs études ont déjà montré que les salariés des EHPAD ont une vision très positive de leur métier, qui tient en particulier au fait que le travail en EHPAD est perçu comme utile et important : prendre soin au-delà de soigner, apporter du bien-être, soulager les personnes fragiles, donne du sens. La dignité de l'activité professionnelle est mise en avant à travers la richesse des rapports humains et le travail émotionnel qui s'y attache. Ces perceptions positives créent un attachement des professionnels à leur métier.

L'autonomie et l'auto-organisation : une réponse adaptée aux exigences du métier

Le deuxième score le plus élevé est celui de la dimension de l'autonomie dans le travail, avec un score de 69,7 sur 100.

Les résultats montrent ainsi que la grande majorité des professionnels estiment qu'ils ont l'autonomie au quotidien (92% de réponses positives) qu'ils peuvent organiser eux-mêmes leurs tâches et l'ordre dans lequel ils les font (87% de réponses positives), qu'ils ont des marges de manœuvre dans la manière de réaliser leur travail.

L'autonomie est en effet au cœur de l'organisation du travail en EHPAD. Les équipes s'auto-organisent entre elles, et les professionnels disposent, dans leur quotidien, d'une grande autonomie vis-à-vis de leurs managers (infirmière coordinatrice, médecin coordonnateur, direction).

Les marges de manœuvre et la flexibilité dans la réalisation concrète de leurs missions permettent aux salariés de répondre aux objectifs et aux caractéristiques du travail en EHPAD : la personnalisation de la prise en charge et la réponse aux urgences et aux imprévus à mener en parallèle des tâches quotidiennes.

La contrainte externe qui pèse sur les soignants n'est ainsi pas incarnée par les managers, mais plutôt par les prescriptions horaires à respecter et par leur nécessaire enchaînement. On remarque d'ailleurs dans cette dimension que 30% des répondants estiment ne pas pouvoir définir le temps

qu'ils consacrent à une tâche déterminée. Ce résultat fait écho au score bas de la dimension « Rythme de travail », évoqué précédemment.

Les relations entre collègues : véritable ressource pour les professionnels des EHPAD

Avec un score de 68,9, la dimension de ma « Relation avec les collègues » obtient le troisième meilleur score.

Les relations entre les collègues sont avant tout marquées par le soutien et l'entraide comme en témoignent les réponses à l'item 55 : « Je peux compter sur le soutien de mes collègues en cas de difficultés » avec 84% de réponses positives. Enfin, l'écoute de la part des collègues (item 57) est perçue à 83% de manière positive.

La qualité des relations entre collègues est une ressource indispensable pour répondre au mieux aux contraintes organisationnelles et aux exigences du métier, et pour préserver la qualité de vie au travail. Dans le contexte de l'EHPAD, le soutien social revêt un rôle particulièrement important car il permet à la fois d'apporter de la flexibilité dans l'organisation du travail pour s'adapter aux imprévus, d'échanger des tâches en fonction des envies et affinités, mais aussi de gérer la pression psychologique induite par les cadences et les relations avec les résidents. La solidarité passe également par l'auto-organisation des équipes dans le partage des tâches et l'appui aux collègues en difficultés. L'entraide est au cœur des stratégies des soignants pour rendre les conditions de travail moins difficiles.

Des relations de qualité entre collègues facilitent également la transmission des informations, favorisent le soutien entre professionnels et garantissent la collaboration. En outre, un climat de confiance est nécessaire à l'échange autour des cas concrets et notamment des situations difficiles.

Croisement des scores QVT en fonction des caractéristiques des établissements et des profils des répondants

L'ensemble des croisements détaillés sont proposés en annexe.

Une meilleure perception de la QVT chez les professionnels de l'administration, de la direction et de l'encadrement

Les croisements des scores par métier montrent que les soignants obtiennent systématiquement les plus mauvais scores en comparaison aux professionnels non soignants des EHPAD, en particulier les professionnels administratifs et d'encadrement qui obtiennent, quant à eux, les meilleurs scores.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces écarts dans les résultats. En premier lieu la nature des activités et des missions confiées à ces professionnels est nettement différente, les soignants étant plus souvent en contact direct avec le résident et les familles, avec des charges physiques et émotionnelles plus élevées, et un rythme de travail davantage contraint. A l'inverse, les administratifs et les encadrants sont moins souvent sur le terrain et les résidents sont moins directement dépendants de leurs activités au quotidien, ce qui leur donne davantage d'autonomie et de souplesse dans leur travail.

Par ailleurs leur statut hiérarchique respectif et leur place dans les différents processus de décision et d'organisation du travail peuvent également expliquer les écarts observés, en particulier sur les dimensions liées à l'autonomie, l'équilibre vie professionnelle vie personnelle, à la prise en compte de la parole et aux relations avec l'encadrement.

Des conditions d'emploi qui influencent favorablement la QVT

Salariés en CDD ou autres contrats à durée déterminée, professionnels avec un contrat à temps partiel, et professionnels ayant peu d'ancienneté jugent plus favorablement leur QVT, aussi bien au niveau global qu'au niveau de la plupart des dimensions étudiées.

Quelles sont les hypothèses que nous pouvons formuler afin d'expliquer ces écarts ? Ces professionnels pourraient par exemple avoir un seuil de tolérance plus élevé aux contraintes et aux exigences du métier en EHPAD, étant de fait plus éloignés du travail de par leurs conditions d'emploi ou leur ancienneté. De la même manière, en étant moins fréquemment sur le terrain ou depuis moins longtemps que les autres salariés, ils pourraient également avoir des exigences professionnelles moins élevées que leurs collègues à temps plein ou plus expérimentés. Ces derniers peuvent accorder plus d'importance à des problématiques du quotidien, davantage

susceptibles de leur peser par rapport à leurs collègues moins présents sur l'établissement. Enfin, les professionnels à temps complet, en CDI ou ayant plus de 5 ans d'ancienneté, étant davantage immergés dans le travail, pourraient également ressentir une certaine forme d'usure professionnelle, moins prégnante dans des emplois à durée déterminée ou à temps partiel, ou chez les plus jeunes salariés.

On peut également faire l'hypothèse que les professionnels les plus éloignés du travail comme les salariés en CDD ou à temps partiel parviennent davantage à modérer leur implication professionnelle et à un meilleur équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

De petits établissements favorisent une meilleure QVT

La taille de l'établissement dans lequel les professionnels exercent a également un impact sur la perception de la qualité de vie au travail. Ainsi, plus l'établissement est petit, meilleurs sont les scores. On peut alors faire l'hypothèse que moins de résidents dans l'établissement permet aux professionnels de mettre en place une plus grande proximité avec eux et avec leurs familles, et ainsi améliorer la qualité des relations et la confiance entre les uns et les autres. Un petit établissement à « taille humaine » peut également être synonyme d'une meilleure entente entre les différents professionnels de l'EHPAD qui travaillent ensemble dans davantage d'écoute, et une ambiance plus familiale grâce à des espaces partagés et moins cloisonnés.

Des établissements publics obtenant les moins bons scores

De meilleurs scores QVT ont été observés dans les établissements privés non lucratifs, tandis que les moins bons scores ont été obtenus par les établissements publics.

On peut mettre ce résultat en relation avec la taille des établissements privés non lucratifs, qui sont plus souvent de moins de 45 lits (petits établissements). A l'inverse, les établissements publics sont plus souvent parmi les établissements de grande taille. Or nous l'avons vu, la taille de l'établissement a un impact sur la perception de la QVT.

Nous pouvons également faire l'hypothèse d'une plus grande souplesse dans le management des établissements privés non lucratifs, guidés par des valeurs d'intérêt collectif similaires au secteur public, mais bénéficiant *a contrario* de davantage de possibilités dans la manière de mettre en œuvre leurs actions.

Une perception de la QVT légèrement meilleure en 2020 par rapport à 2019

Une comparaison des scores QVT a été réalisée entre les résultats de la phase 1 (passation de septembre-novembre 2019) et les résultats de la phase 2 (passation septembre-novembre 2020). Cette comparaison a été réalisée sur le même échantillon d'établissements, présents dans l'étude à la fois en 2019 et en 2020, soit 35 établissements sur les 42 établissements participants de 2020. Au niveau du score QVT global, on observe que le score de la phase 2 est légèrement supérieur au score de la phase 1 puisqu'il est de 62,7 en 2020 contre 60,9 en 2019.

Grâce aux scores calculés par dimension, on remarque que les différences de scores entre phase 1 et phase 2 concernent essentiellement trois dimensions de la QVT : le « Travail relationnel » avec environ 8 points d'écart, les « Relations avec les collègues » avec 5 points d'écart, et les « Conditions d'emploi » avec 4 points d'écart. A l'exception de ces trois dimensions, les différences de scores sur les autres aspects de la QVT sont moins marquées mais elles restent pour la majorité au bénéfice de la phase 2, et statistiquement significatives. On note trois dimensions dont les scores sont très légèrement inférieurs en phase 2 par rapport à la phase 1, mais ces différences ne sont quant à elles pas significatives.

Ces résultats sont à mettre en perspective avec les effets de la crise du Covid sur les collectifs de travail en EHPAD et sur les relations avec les résidents et les familles. Alors que la situation sanitaire a créé de nouvelles contraintes et de nouvelles exigences à l'encontre des professionnels des EHPAD, elle a également renforcé la solidarité du personnel, davantage amené à travailler main dans la main, à mieux communiquer et à s'adapter à des restrictions externes et communes à tous. Ces nouvelles difficultés ont également renforcé la qualité des relations entre les professionnels et les résidents et leur famille, en augmentant la reconnaissance de ces derniers envers le travail et les efforts déployés par les salariés dont le travail, bouleversé en temps de Covid, a été particulièrement valorisé. La compréhension des familles, la solidarité et l'entraide apportées pendant cette période exceptionnelle a également resserré les liens déjà existants entre tous les acteurs du soin et les résidents et leur famille. C'est ce soutien social, fort et multiple, qui

a permis aux professionnels des EHPAD de garder une perception globalement positive de leur QVT malgré un contexte difficile.

Neutralité du format de passation (papier/numérique)

Des tests statistiques ont été réalisés sur l'échantillon afin de vérifier si le mode de passation (papier ou numérique) avait eu un impact significatif sur les scores de la perception de la QVT des participants. Ils ont révélé l'absence d'impact significatif du format de passation sur ces scores, ce qui indique que le mode de passation est resté neutre et n'a pas influencé les résultats de l'enquête.

CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES

Un outil validé

Le projet QENA a permis de co-construire et de valider un outil fiable et pertinent qui mesure la qualité de vie au travail en EHPAD.

Cet outil est un questionnaire de 69 items qui s'adresse à tous les salariés des établissements, quels que soient leur profession, leur statut ou leur temps de travail. Il permet de recueillir les perceptions individuelles des professionnels et de les compiler afin d'obtenir des scores QVT à l'échelle des établissements. Ces scores peuvent être établis pour la QVT « globale » ou pour chacune des 14 dimensions de la QVT, identifiées dans le cadre du projet.

Le projet de recherche, mené auprès d'une quarantaine d'établissement, a donc permis de fournir des scores (global et par dimension) pour chaque établissement ayant participé au projet mais aussi à l'échelle de l'échantillon général.

Les atouts et les difficultés identifiés sur la QVT en EHPAD

Outre l'outil de mesure de la QVT en EHPAD, ce projet a mis en évidence des résultats globalement positifs de la perception de la qualité de vie au travail des salariés de ces établissements. La plupart des items du questionnaire ont une majorité de réponses positives, et le score QVT global est au-dessus de la moyenne puisqu'il est de 62,1 sur 100.

Il a également été possible, grâce à cet outil, d'identifier les freins et les leviers de la QVT en EHPAD. Les principales difficultés mises en évidence sont le manque de temps et les pressions temporelles des salariés. Les difficultés de communication, la confrontation à l'agressivité de certaines familles, et les rémunérations sont également des points de blocages identifiés à travers le questionnaire QENA.

Des points forts non négligeables ressortent également de cette étude : en tout premier lieu, le sens accordé au travail et l'amour du métier sont des éléments qui montrent que les professionnels témoignent de valeurs et d'un attachement fort à leur profession. L'autonomie et les relations d'entraide et de solidarité sont par ailleurs de véritables piliers pour les professionnels confrontés à des exigences fortes et peu reconnus socialement.

La capacité des professionnels à activer les ressources identifiées a de surcroît été mise en exergue par la période de crise sanitaire traversée par les établissements et leurs professionnels en cours de projet. Ainsi, la solidarité entre collègues a été d'autant plus forte sur l'année 2020 : elle nous a été exprimée à travers les réponses aux questionnaires, mais également à travers les discours des référents des établissements, avec lesquels nous avons échangé régulièrement tout au long du projet. Ce soutien social, nécessaire pour faire face aux contraintes de temps et aux charges émotionnelles et psychologiques, a été d'autant présent pour répondre aux urgences, contraintes et difficultés inhérentes à la crise du COVID-19.

Chaque établissement ayant participé au projet, a pu en outre identifier plus précisément où se situent ses principales difficultés et cibler des problématiques, mais aussi mettre en évidence ses points forts au moyen de synthèses individuelles et générales transmises à l'issue des collectes du questionnaire.

Pistes et recommandations pour un déploiement de l'outil

Au moyen de l'outil QENA, tout établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes peut donc potentiellement obtenir ses scores (QVT global et par dimension) en diffusant le questionnaire validé à ses salariés.

Cependant, la diffusion de l'outil doit être encadrée par un protocole de passation rigoureux et par un référent dans l'établissement, chargé de mener la collecte en respectant certaines règles (identifier précisément la population ciblée par le questionnaire, communiquer sur les enjeux et inciter à la participation, s'assurer que chaque professionnel ciblé a bien la possibilité de participer tout en vérifiant que chacun ne participe qu'une seule fois à l'enquête, calculer et analyser les résultats, etc.).

Sans ces éléments, le taux de participation pourrait être trop faible et les résultats pourraient être biaisés méthodologiquement, et donc caduques. Il est ainsi indispensable en amont de l'utilisation de l'outil QENA de respecter certains critères pour assurer la fiabilité des résultats et des scores.

Plusieurs scénarios peuvent être envisagés pour le développement de l'utilisation de l'outil au sein des établissements :

- Un déploiement de l'outil au sein d'établissements ciblés. Les établissements pourraient être identifiés par les organismes de régulation ou par les directions des établissements elles-mêmes souhaitant comprendre où se situent leurs difficultés ou mettre en évidence des évolutions dans le temps (suite à des actions mises en place, des changements intervenus par exemple)
- L'outil pourrait également être utilisé de manière plus généralisée, à l'échelle d'une région ou à l'échelle nationale, comme un indicateur global de la santé des établissements sur le plan de la QVT.

Quelle que soit l'option envisagée, ces généralisations ne pourront être menées qu'à travers une diffusion de l'outil au format numérique. Pour cela, une plateforme internet dédiée pourrait être construite afin de permettre une automatisation et une mise en routine de la conduite de ce questionnaire. Dans ce sens, le développement d'adresses électroniques professionnelles individuelles dans les EHPAD et l'équipement informatique des établissements (ordinateurs fixes ou portables, tablettes numériques, développement du WiFi sécurisé) sont des évolutions souhaitables pour le déploiement et la généralisation de ce type d'outil dans les années à venir.

Les bénéfices issus de la généralisation d'un tel outil seraient multiples (aussi bien pour les établissements et les instances de pilotage) : diagnostic QVT, support à la réflexion et à l'identification de leviers d'action, partages entre établissements grâce à un outil commun, évaluation à *posteriori* de l'efficacité des actions QVT mises en œuvre, etc.

BIBLIOGRAPHIE

- A.S.T. LOR'N / CIST (2011). «Etude des conditions de travail des salariés en EHPAD et long séjour.»
- ANACT (2015). «10 questions sur la qualité de vie au travail.» Repères et Outils, HAS et ANACT.
- ARACT Nouvelle Aquitaine, "L'absentéisme en établissement médico-social", 2017, https://www.anact.fr/file/7896/download?token=XMsF_um8
- Billaud, S., & Xing, J. (2016). «On n'est pas si mauvaises!» Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité. *SociologieS*.
- Bonnemain, A., Vidal-Gomel, C., & Bourmaud, G (2011). «Conflits de temporalités et conflits éthiques : perspectives de recherche et pistes d'intervention pour le traitement des risques psychosociaux en EHPAD.» *L'ergonomie à la croisée des risques. 46ème Congrès international, Société d'Ergonomie de Langue Français*. Paris.
- Brossard, B. (2015). «La sociologie anglophone des institutions pour peronnes âgées".» *Retraite et société*, 33-55.
- Calvet, B., Charles, J. M., & Clément, J. P. (2017). Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 17 (98), 125-135.
- Carra, C. (2016). «Violences dans le secteur sanitaire et médico-social. Ce que les professionnels disent de ce qu'ils vivent.» *Le sociographe* , 146.
- Charazac, P. (2011). Réflexions sur la fonction soignante en Ehpads. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 11(65), 194-197.
- Cour des comptes (2017), *La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre.
- Chou, S.-C., Boldyandy D. P., & Lee A. H. (2002). «Measuring job satisfaction in residential aged care .» *International Journal for Quality in Health Care*, 49-54.
- Decoster, A., Fort A., Leroyer A., Camus A. & Chabrotel B. (2011). «Conditions de travail et santé des salariés travaillant auprès des personnes âgées.» *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 13-23.
- Deutschman, M. T. (2005). «An ethnographic study of nursing home culture to define organizational realities of culture change .» *Journal of Health and Human Services Administration*, 246-281.
- Devigne, M. (2010). «Produire de la bienveillance.» *Gérontologie et société* , 206.
- Di Fiore, A., Ceschel, F., Nurgalieva L., Marchese, M. & Casati F. (2017). «Design considerations to support nursing homes' communities.» *Proceedings of the 8th International Conference on Communities and Technologies*. Troyes. 64-67.
- Dujarier, M.-A. (2002). «Comprendre l'inacceptable : le cas de la maltraitance en gériatrie.» *Revue internationale de psychosociologie*, 248.
- Dupuis, G., Martel, J.-P., Voirol, C., Bibeau, L., & Herbet Bonneville, N. (2009). *La qualité de vie au travail. Bilan des connaissances. L'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©)*. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales- CLIPP, Montréal: Université du Québec.
- Dussuet, A., Nirello, L., & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'IRES*, (1), 185-211.
- DREES. (2018), *Le personnel et les difficultés de-recrutement dans les Ehpads*. Etudes et Résultats n° 1067, Juin 2018, 6 p.

- Éloi, M., & Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, (1), 21-40.
- Elsman, E. B. M., van Rens, G. H. M. B., van Nispen, R. M. A. (2018). Psychometric properties of a new intake questionnaire for visually impaired young adults: The Participation and Activity Inventory for Young Adults (PAI-YA), *PlosOne*, August 7.
- Garcia, F., Hélène, D., Ravache, A. E., Bitot, T., Chaumon, E., Milanini-Magny, G., & Estryn-Behar, M. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 8 (8-1).
- Gollac, M., & Volkoff, S. (2007). *Les conditions de travail*. Paris: La Découverte.
- Hogan T.P., (2007) *Psychological Testing : a practical introduction (2e éd.)*, Hoboken, New-Jersey, Wiley.
- Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55
- Huguenotte, V., Andela, M., & Truchot, D. (2016). « Développement d'un questionnaire exigences-ressources contextualisé pour une appréhension du burnout des professionnels en EHPAD .» *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 24-31.
- Jeoffrion, C., Hamard, J.-P., Boudoukha, S. & Barre, A. H. (2014). «Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative .» *Le travail humain*, 373-399.
- Jounin, N., & Wolff, L. (2006). Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. *Centre d'Etudes de l'Emploi, Rapport de recherche*.
- KPMG. 2014. «Observatoire des EHPAD.»
- Levet, P. (2013). «Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail. Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT.» *Négociations*, 134.
- Loffeier, I. (2011). Fabriquer du « bien-être » : Tension entre missions chez les personnels d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) en France. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 69-84.
- Loquet, J. & Nagou, G. (2014). Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Journées des Économistes de la Santé français, Collège des Économistes de la Santé, Bordeaux, décembre 2014.
- Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T., & Toldre, C. (2016). «Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés.» *Les Dossiers de la Drees*, Drees.
- Martel, J.-P. & Dupuis G.. (2006). «Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument.» *Social Indicators Research*, 333-368.
- Martin, C. & Ramos-Gorand, M. (2017). «Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpads privés en France : impact de l'environnement local et du salaire.» *Economie et statistique*.
- Muller, M. (2017). «728 000 résidents en établissement pour personnes âgées en 2016. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015.» *Etudes et Résultats*, Drees.
- Pélissier, C., Vohito, M., Fort, E., Sellier, B., Agard, J.-P., Fontana, Luc & Charbotel, B.. (2015). «Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: A cross-sectional study .» *Journal of Occupational Health*, 285-296.
- Raybois, M. (2014). Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants.
- Rimbert, G. (2005). Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. *Lien social et Politiques*, (54), 93-104.
- Roussel J., Durrieu F., Campoy E. et El Akremi A. (2002), *Méthodes d'équations structurelles : Recherche et Applications en Gestion*, Economica.

- Saillour Glénisson F., Domecq S., Kret M., Sibé M., Dumond J.-P., Philippe M. (2016), *Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards* », BMC Health Services Research, BMC Health Services Research, BioMed Central, 2016, pp.491-505
- Samejima, F. (1969). Estimation of Latent Ability Using a Response Pattern of Graded Scores(Psychometric Monograph No. 17). Richmond, VA: Psychometric Society
- SECAFI. 2015. «Agir pour la qualité de vie au travail dans les EHPAD.»
- Sibé M., Kret M., Domecq S., Saillour-Glenisson F. (2012), Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©, *JGEM*,2012/7 vol. 30, pp 100-118
- Teigné, D., Lucas, M., Leclère, B., Moret, L., & Terrien, N. (2017). Panorama des domaines de risques associés aux soins en Ehpap. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 15 (2), 117-126.
- Vinot, A. (2013). «Analyse des facteurs de stress du professionnel en secteur médico-social, le cas des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.» Projet de communication, XXIV° Congrès AGRH. Paris.
- Volant, S. (2011). «L'offre en établissement pour personnes âgées.» Les Dossiers de la Drees, Dress.
- Ware JE Jr., Gandek B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal of clinical epidemiology*. 51(11):945-52.

TABLEAU DE SUIVI DE REALISATION DES TACHES ET D'UTILISATION DES RESSOURCES

Tâche	Avancement	Ressources
ANNEE 2019		
Actualisation RL/ Base d'items	Réalisé entre février et mars 2019	RH : Cheffe de projet / Responsable scientifique
Co-construction Groupe Expert	Réalisé entre mars et juillet 2019	RH : Cheffe de projet / Responsable scientifique / Méthodologiste Réunions Groupe Experts
Écriture Questionnaire V0	Réalisé en Juillet 2019	RH : Cheffe de projet / Responsable scientifique Groupe Experts
Pré-test	Réalisé en Juillet 2019	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission
Écriture Questionnaire V1	Réalisé en Août 2019	RH : Cheffe de projet / Responsable scientifique Groupe Experts / Méthodologiste
Inclusion des établissements	Réalisé entre mai et juillet 2019	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission
Création du « kit de passation »	Réalisé entre mai et juillet 2019	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission Fournitures : kit de passation
Rencontre avec les référents établissements – Transmission du guide de passation	Réalisé entre septembre et octobre 2019	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission
Mise en place et suivi de la collecte	Réalisé entre septembre et novembre 2019	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission
Saisie des questionnaires	Réalisé en décembre 2019	Atelier de dactylocodage
ANNEE 2020		
Analyses statistiques	Réalisé entre janvier et février 2020	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission / responsable scientifique / statisticienne Sous-traitance statistique
Restitutions phase 1	Prévu mars 2020 / Reporté et réalisé en juillet 2020 (cause COVID)	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission / Responsable scientifique
Écriture et mise en ligne du questionnaire V2	Réalisé entre mars et avril 2020	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission Logiciel de questionnaire en ligne
Création du « kit de passation »	Réalisé entre mars et avril 2020	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission Matériel de passation
Reprise de contact établissement	Réalisé entre avril et juillet 2020	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission
Mise en place et suivi de la collecte	Prévu mai 2020 / Reporté et réalisé entre septembre et novembre 2020 (cause COVID)	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission
Saisie des questionnaires	Réalisé en décembre 2020	Atelier de dactylocodage
ANNEE 2021		
Analyses statistiques	Réalisé entre janvier et mars 2021	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission / responsable scientifique / statisticienne Sous-traitance statistique
Rapport final et restitutions	Réalisé entre avril et mai 2021	RH : Cheffe de projet / Chargée de mission / responsable scientifique / statisticienne

IV. Valorisation

A. Liste des livrables externes réalisés

- Questionnaire QENA V1 : première version du questionnaire (passation format papier)
- Questionnaire QENA V2 : deuxième version du questionnaire (passation format papier et numérique)
- Questionnaire QENA V3 ou Version définitive
- 43 Synthèses de résultats du questionnaire en 2020 : chaque établissement participant a reçu un document synthétisant ses propres résultats
- 42 Synthèses de résultats du questionnaire en 2021 : chaque établissement participant a reçu un document synthétisant ses propres résultats
- Synthèse générale des résultats du questionnaire version 1 et version définitive (fournies aux établissements et à l'ARS Nouvelle-Aquitaine)
- Analyse synthétique des résultats du questionnaire version 1 et version définitive (fournies aux établissements et à l'ARS Nouvelle-Aquitaine)
- Rapport intermédiaire et rapport final fournis à l'ARS Nouvelle-Aquitaine
- Rapport intermédiaire et rapport final fournis à l'IReSP
- Livrables internes :
 - o Revue de littérature sur la Qualité de Vie au Travail en EHPAD
 - o Bibliothèque des items et dimensions de la QVT en EHPAD
 - o Rapports statistiques de validation du questionnaire

B. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé que vous avez organisé durant la période du projet

- **5 avril 2019** : Communication lors de la journée régionale des établissements médico-sociaux, organisée par la FHF Nouvelle-Aquitaine à Artigues (33) : Présentation du projet (150 participants)
- **20 mars 2019** : Salon Longevity : Présentation du projet QENA auprès des établissements adhérents du Synerpa (150 participants)
- **18 juin 2019** : Participation à la journée sur la performance et la qualité en direction des établissements et services médico-sociaux organisée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine à Angoulême. Présentation du projet de recherche QENA et animation d'une table ronde autour de la question : "En quoi la Qualité de Vie au Travail permet d'améliorer la qualité des organisations et la qualité des prises en charge ?" (150 participants)
- **21 janvier 2020** : Journée RH et QVT de la Fédération Hospitalière de France (Nouvelle Aquitaine – Présentation projet QENA (150 participants)
- **18 février 2020** : FEHAP « Innovation, action, recherche, modélisation, communication : construisons ensemble de nouvelles opportunités » (150 participants)
- **6 juillet 2020** : Organisation d'un webinar de restitution de la phase 1 du projet QENA à l'ensemble des établissements participants. Le séminaire était initialement prévu en présentiel le 17 mars 2020 mais en raison de l'épidémie du Covid-19, il a été décalé en juillet et organisé en distanciel. Une vingtaine de participants a assisté à ce webinar (établissements et ARS).

Ce webinar avait pour objet de présenter les résultats du questionnaire à l'échelle de l'échantillon global aux établissements participants.
- **25 avril 2021** : 3^{ème} Forum IMPGT : « La santé au travail, un défi pour le management public ? » (En ligne, 300 participants)
- **20 mai 2021** : Webinar IReSP/CNSA : « Accompagner la transformation de l'offre médico-sociale. Les apports de la recherche soutenue par l'IReSP et la CNSA (2017-2020) » (En ligne, 70 participants)

- **25 mai 2021** : Webinaire de restitution finale du projet QENA : présentations des résultats du projet et échanges avec les participants (établissement, ARS, IReSP, CNSA, DGCS, Mission Laforcade...). (En ligne, 57 participants)

C. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

D. Liste des communications au grand public

Publications, site internet, interview, questionnaire, forum, plaquette de présentation...

- Page Facebook du projet : <https://www.facebook.com/projetqena/>
 - Plaquettes de présentation du projet à l'attention des établissements (appel à participation, mise en place de la collecte des questionnaires)
 - Article Gérontonews (juillet 2019) : « Nouvelle-Aquitaine : un outil en chantier pour mesurer la QVT dans les EHPAD » :
<https://www.gerontonews.com/nostory.php?story=CZ8PTNQ0D>
 - Article Hospimédia (25 mars 2021) : « Le manque de temps est un des maillons faibles de la qualité de vie au travail en Ehpads »
 - Article Géronscopie (06 mai 2021) : « Un indicateur de qualité de vie au travail en Ehpads conçu par une équipe de l'Inserm »
 - Article Gerontonews (02 juin 2021) ; « Deux exemples d'outils pour booster la QVT en Ehpads » : https://www.gerontonews.com/deux-exemples-d-outils-pour-booster-la-qvt-en-ehpad-NS_SM0QTEP1F.html.
 - Article Géronscopie (juillet 2021) : « QVT : des chercheurs mettent au point un outil de mesure pour les EHPAD »
-

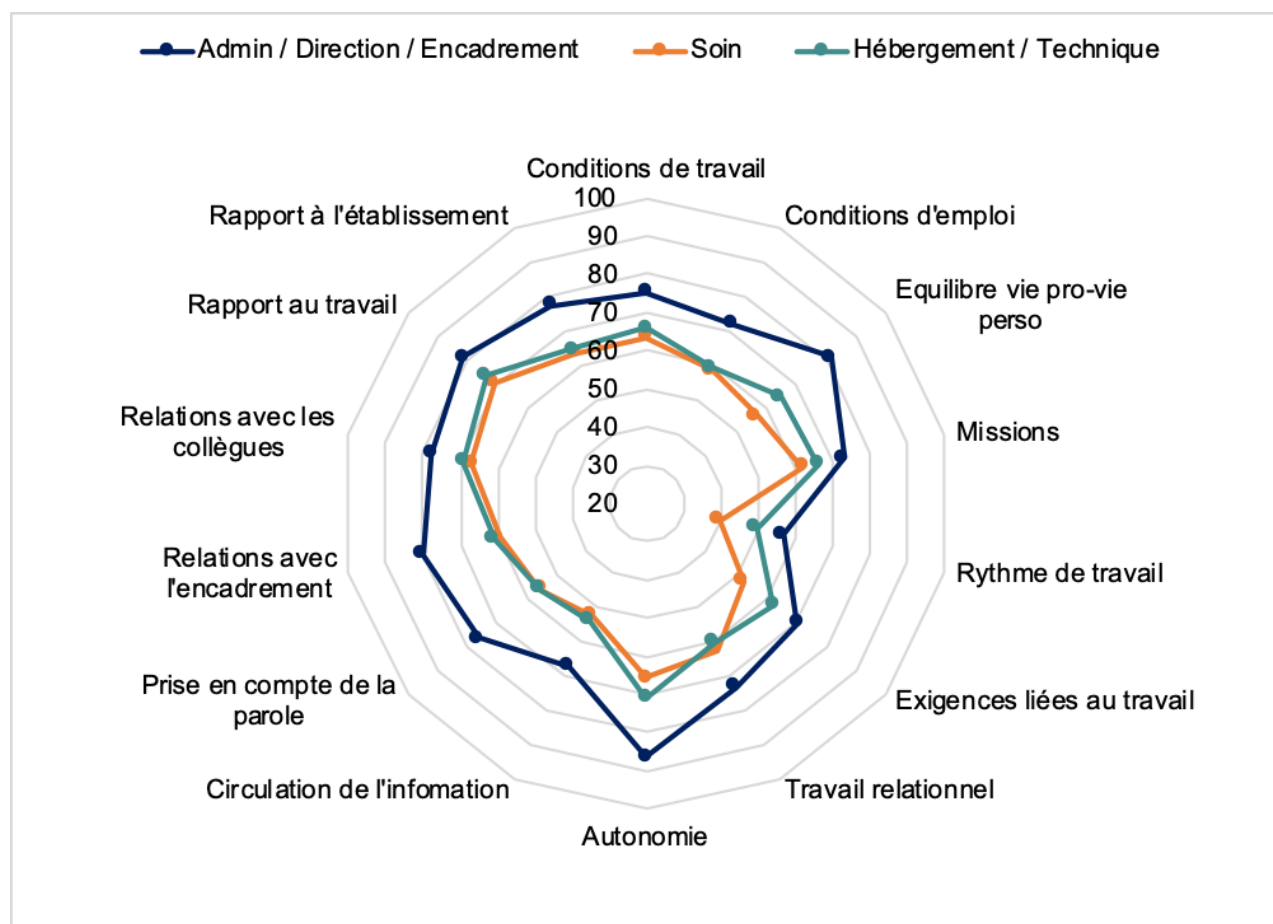
CROISEMENTS DE SCORES QVT GLOBAUX ET PAR DIMENSION EN FONCTION DES CATEGORIES DE REpondANTS ET DES CARACTERISTIQUES DES ETABLISSEMENTS

Scores QVT globaux et par dimension en fonction des catégories de répondants

Une meilleure qualité de vie au travail dans les fonctions d'administration et de direction

Fonction	Administratif / Direction / Encadrement de proximité	Soin	Hébergement / Technique
Score QVT global	74,4	58,9	62,6

Une différence¹⁷ importante (de 15,5 points) apparaît entre le score QVT global des administratifs et des soignants, et, dans une moindre mesure, entre ceux des administratifs et des professionnels techniques et d'hébergement.



Si l'on regarde plus précisément la QVT en fonction des différentes dimensions (radar ci-dessus) on note que la forme du tracé est semblable pour tous les types de professionnels, ce qui signifie

¹⁷ Toutes les différences présentées sont statistiquement significatives.

que les dimensions perçues les plus positivement et les plus négativement sont globalement les mêmes quelles que soient les professions. On voit cependant très nettement se détacher la QVT des administratifs, car elle est systématiquement supérieure à celle des soignants et des professionnels techniques.

Les dimensions où les écarts entre les administratifs et les soignants sont les plus marqués correspondent aux dimensions de « La prise en compte de la parole » (21 points d'écart), de « L'équilibre vie professionnelle-vie personnelle » (24 points d'écart) et des « Relations avec l'encadrement » (21 points d'écart). A l'inverse c'est sur le « Rapport aux collègues » et le « Rapport au travail » que ces professionnels se rapprochent le plus (10 points d'écart). Par ailleurs, on constate que les soignants et les professionnels techniques sont très souvent sur des scores QVT très proches, à l'exception du « Rythme de travail », des « Exigences liées au travail » et de l'« Équilibre vie professionnelle vie personnelle », où ils ont entre 8 et 10 points d'écart sur ces dimensions.

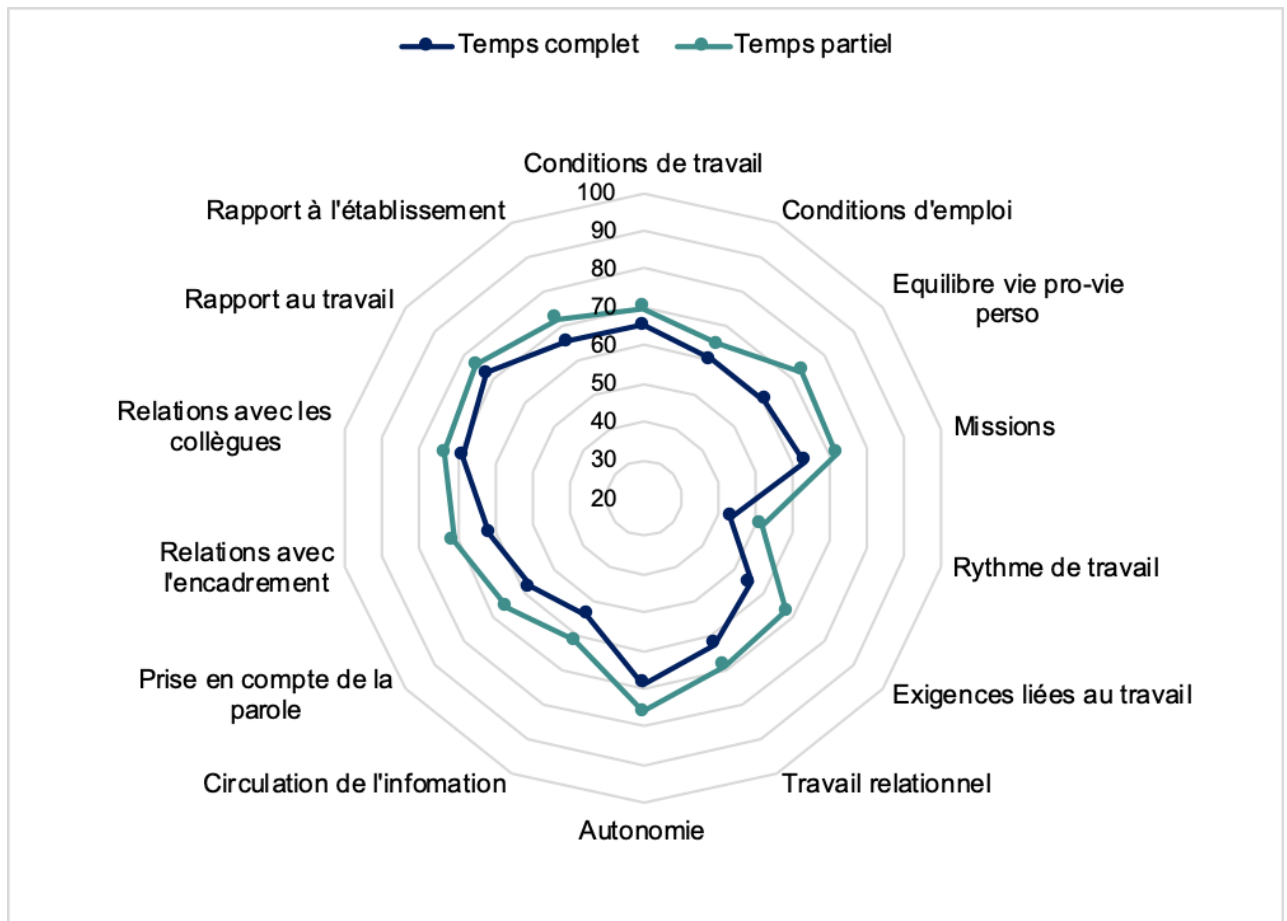
En s'intéressant à chaque métier indépendamment, on peut dire que :

- Les meilleurs scores des **administratifs** concernent les dimensions « Autonomie » et « Équilibre vie professionnelle vie personnelle » puisqu'ils ont des scores respectifs de 86,5 et 81,4 ; à l'inverse c'est sur le « Rythme de travail » qu'ils ont les perceptions les plus négatives, avec un score de 56,5 sur cette dimension.
- Les **soignants** eux ont leurs meilleurs scores sur les dimensions « Relations avec les collègues » (67,1) et « Rapport au travail » (70,9). Pour cette catégorie de professionnelle, la dimension « Rythme de travail » est également la moins bien perçue un score de seulement 39,4.
- Et enfin les **professionnels techniques et d'hébergement** ont leurs meilleurs scores sur les dimensions « Rapport au travail » (73,7) et « Autonomie » (70,8), et la dimension Rythme de travail a le score le plus bas avec 49,5.

Score QVT et temps de travail

Temps de travail	Temps complet	Temps partiel
Score QVT global	61,0	68,4

On note également des différences de score marquées entre les professionnels travaillant à temps complet et ceux travaillant à temps partiel, puisque ces derniers ont un score QVT global moyen significativement plus haut que les professionnels à temps complet (plus de 7 points d'écart entre ces deux catégories de professionnels).

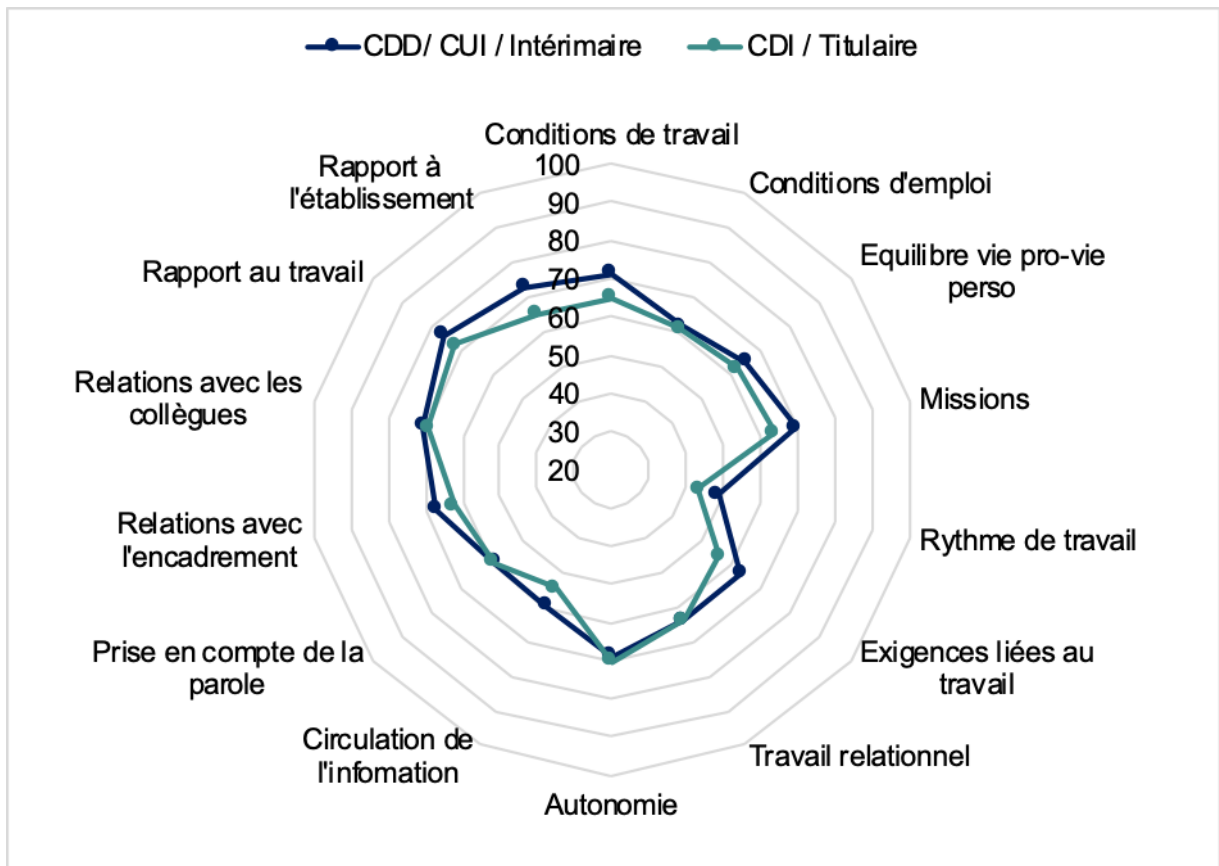


Les scores de ces deux catégories de professionnels sont également significativement différents quelle que soit la dimension observée. Les dimensions sur lesquelles on note les écarts de points les plus importants à la faveur des professionnels à temps partiel sont les dimensions « Équilibre vie professionnelle - vie personnelle » et les « Exigences liées au travail », avec plus de 12 points d'écart à chaque fois. A l'inverse, c'est sur la dimension « Rapport au travail » que les scores des professionnels à temps partiel et à temps plein sont les plus proches.

Une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels en CDD/CUI/Intérimaires

Type de contrat	CDI / Titulaire	CDD/ CUI / Intérimaire
Score QVT global	61,6	65,2

Lorsque l'on s'intéresse au type de contrat, on observe que ce sont les professionnels en CDD ou en contrats à durée déterminée comme les CUI ou les intérimaires qui déclarent une meilleure QVT, avec un score QVT global de près de 4 points supérieur à celui des professionnels en CDI ou titulaires.

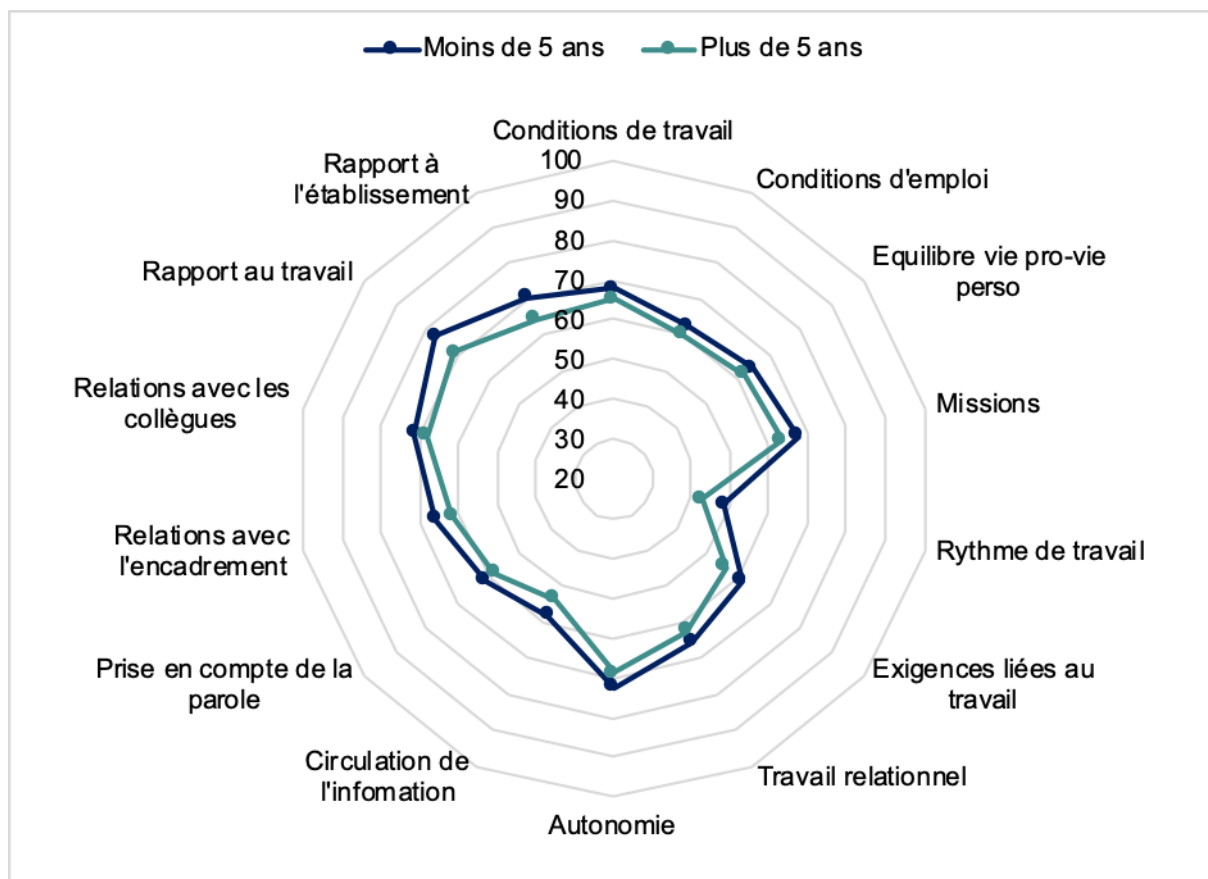


Les dimensions sur lesquelles on constate les écarts les plus importants à la faveur des professionnels en CDD sont les dimensions « Conditions de travail » et « Rapport à l'établissement », avec environ 7 points d'écart à chaque fois. A l'inverse, certaines dimensions ne présentent pas de différences significatives entre ces deux catégories de répondants : c'est le cas notamment du « Travail relationnel », de l'« Autonomie », de la « Prise en compte de la parole » et des « Relations avec les collègues ».

De meilleurs scores chez les salariés ayant moins de 5 ans d'ancienneté dans le métier ou dans l'établissement

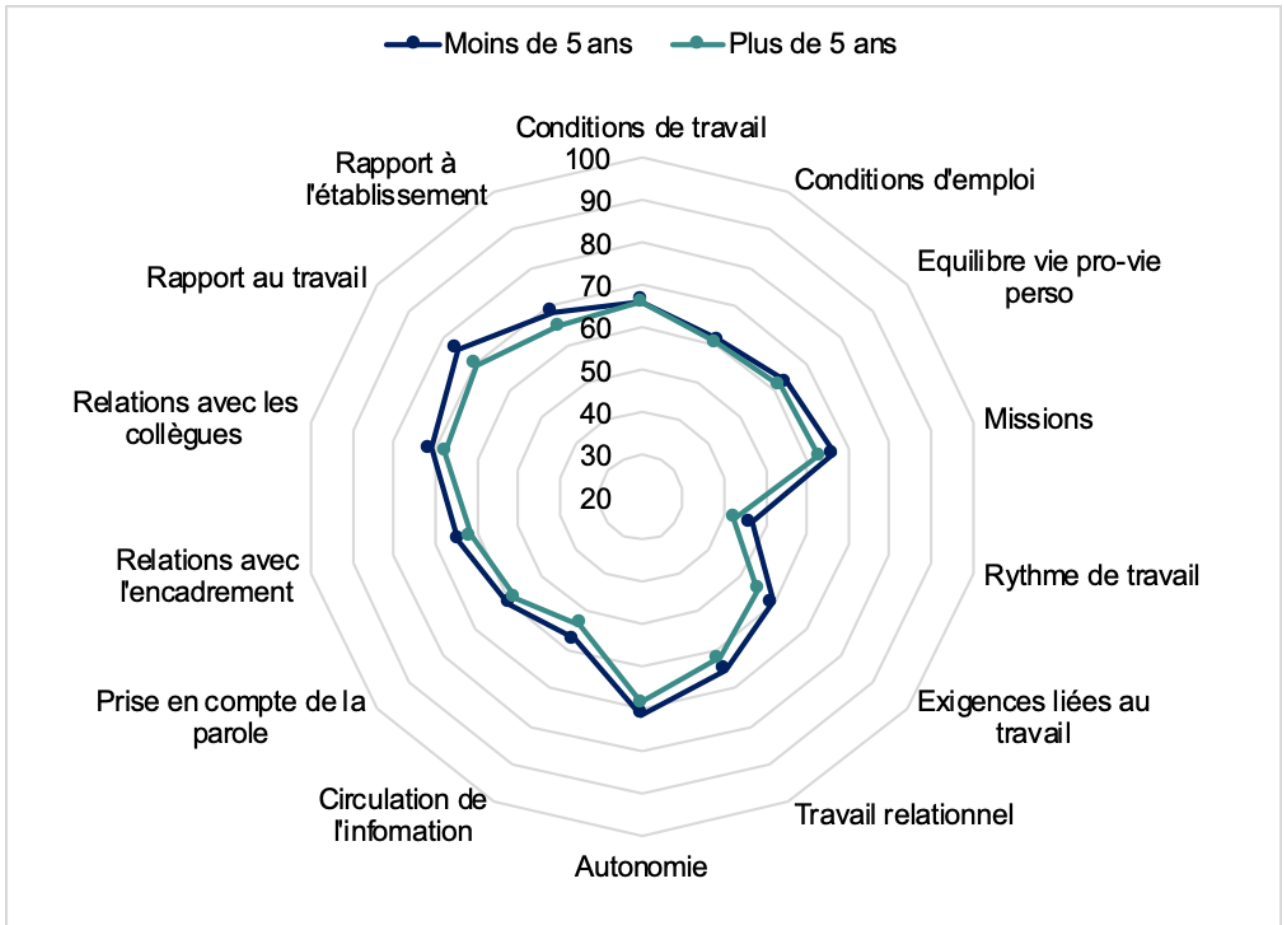
Ancienneté dans le métier	Moins de 5 ans	Plus de 5 ans
Score QVT global	65,1	60,9

Ancienneté dans le métier



Ancienneté dans l'établissement	Moins de 5 ans	Plus de 5 ans
Score QVT global	63,8	60,6

Ancienneté dans l'établissement



L'ancienneté dans le métier, et plus modestement l'ancienneté dans l'établissement, ont également un impact statistiquement significatif sur la perception de la QVT globale des professionnels. Ce sont en effet les professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté qui ont une meilleure perception de la QVT par rapport à ceux qui ont plus de 5 ans d'ancienneté.

Les différences de scores au niveau des dimensions sont cependant peu marquées voire non significatives, en particulier concernant l'ancienneté dans l'établissement où les professionnels de moins de 5 ans d'ancienneté et de plus de 5 ans d'ancienneté ont des scores par dimensions souvent très proches (3 points d'écart environ).

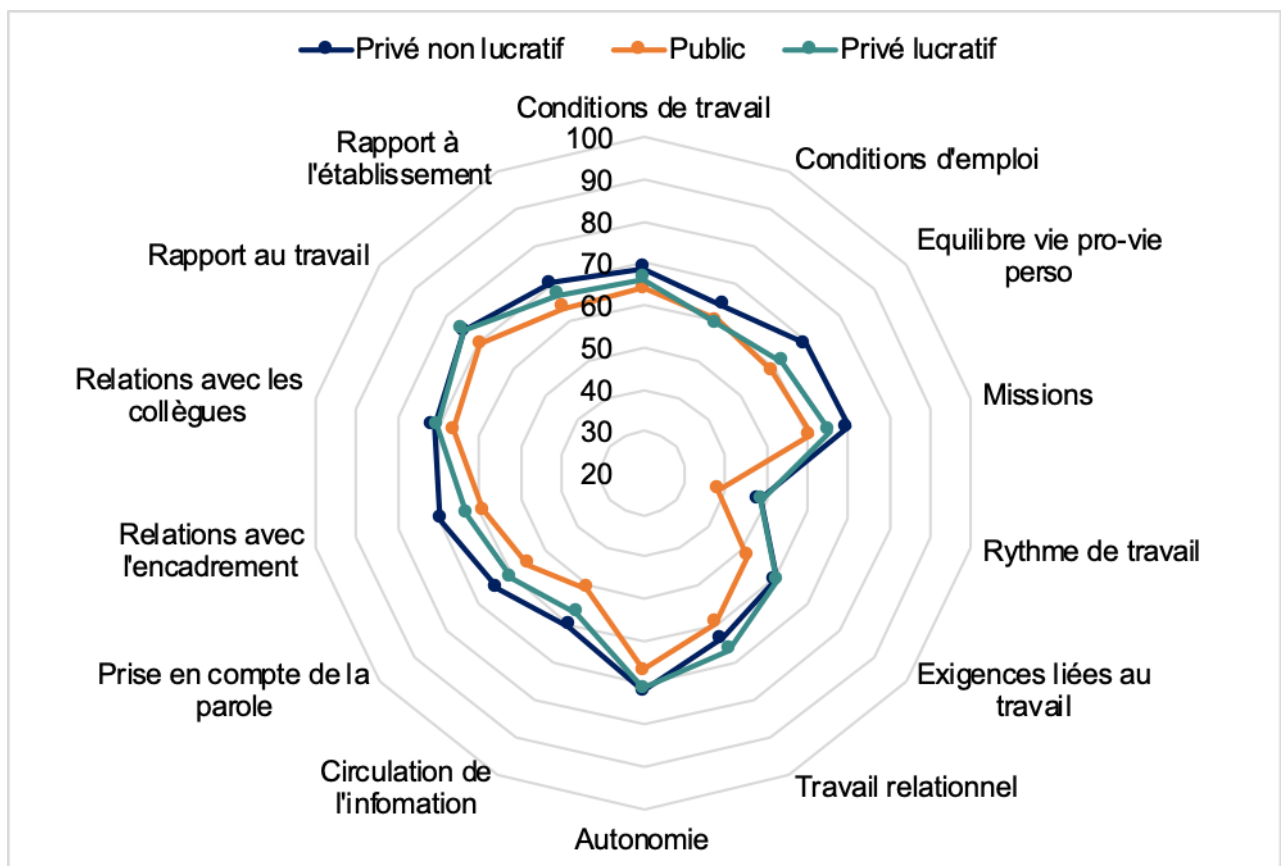
On remarque cependant que dans les deux types d'ancienneté (métier ou établissement), les deux dimensions où l'écart est le plus marqué entre les deux modalités sont le « Rapport au travail » et le « Rythme de travail ».

Scores QVT globaux et par dimension en fonction des caractéristiques des établissements

Des meilleures perceptions de la QVT en établissement privé non lucratif

Statut de l'établissement	Privé non lucratif	Public	Privé lucratif
Score QVT global	66,0	58,5	63,5

Lorsqu'on étudie les croisements des scores en fonction du statut des établissements, on constate que ce sont les professionnels exerçant dans des établissements privés non lucratifs qui déclarent une meilleure perception de la QVT, avec un score QVT global de 66, soit 7,5 points de plus que pour les professionnels en établissements publics et 2,5 points de plus que ceux du privé lucratif.



Les dimensions sur lesquelles l'écart de points est le plus perceptible entre le statut privé non lucratif et le public sont les dimensions « Rythme de travail » et « Relations avec l'encadrement », où on constate un peu plus de 10 points d'écart.

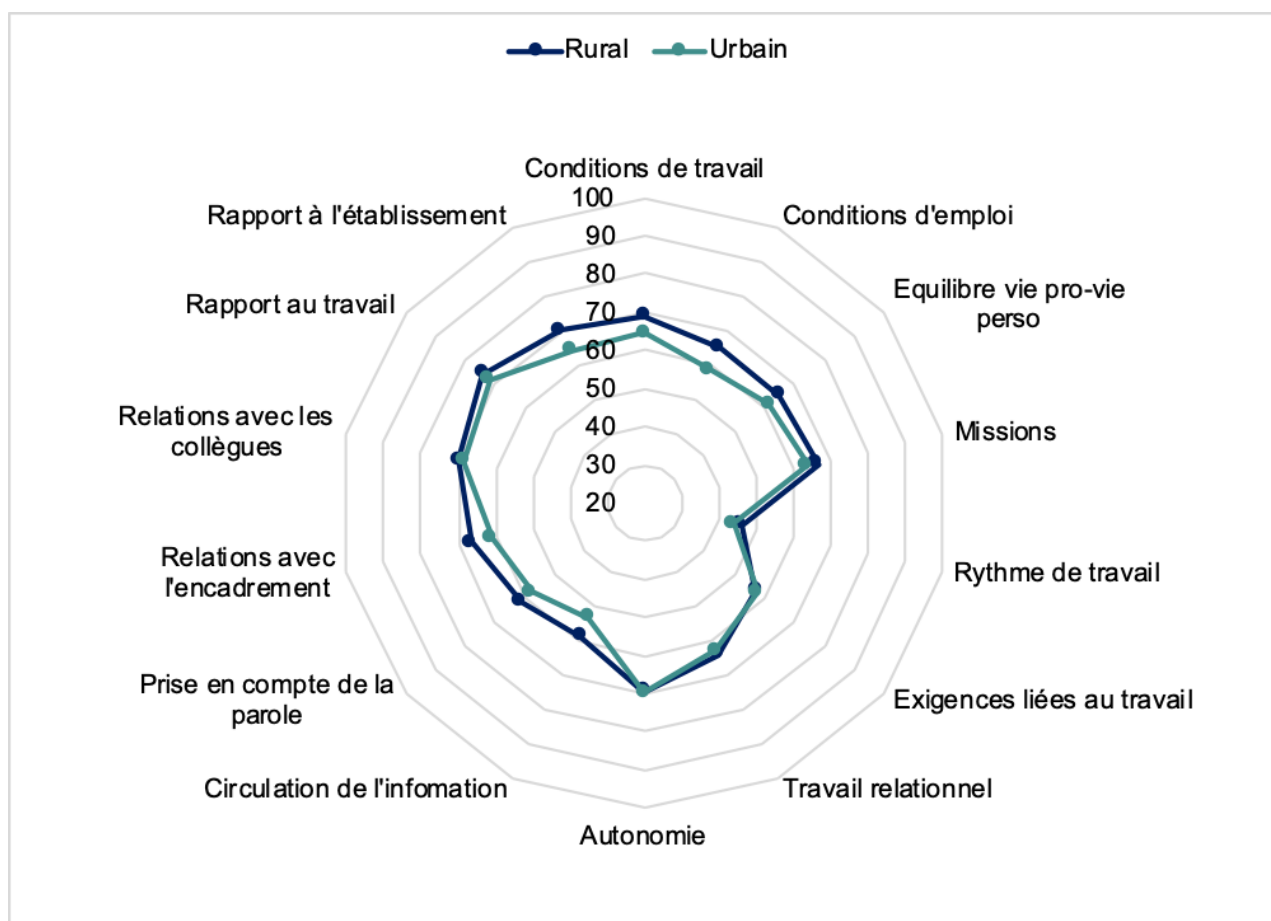
A l'inverse, on observe le plus de proximité entre les deux statuts sur les dimensions « Relations avec les collègues » et « Rapport au travail » (environ 5 points d'écart).

Les scores des professionnels du privé lucratif sont quant à eux dans une position intermédiaire (entre privé non lucratif et public) sur toutes les dimensions, sauf « Condition d'emploi », où le statut privé lucratif obtient un score très légèrement moins bon que le public.

Des meilleurs scores en milieu rural

Lieu d'implantation	Rural	Urbain
Score QVT global	64,2	60,9

Les professionnels exerçant dans des établissements en communes rurales déclarent une meilleure perception de la QVT avec un score QVT global de 64,2 contre 60,9 pour les professionnels exerçant en communes urbaines.



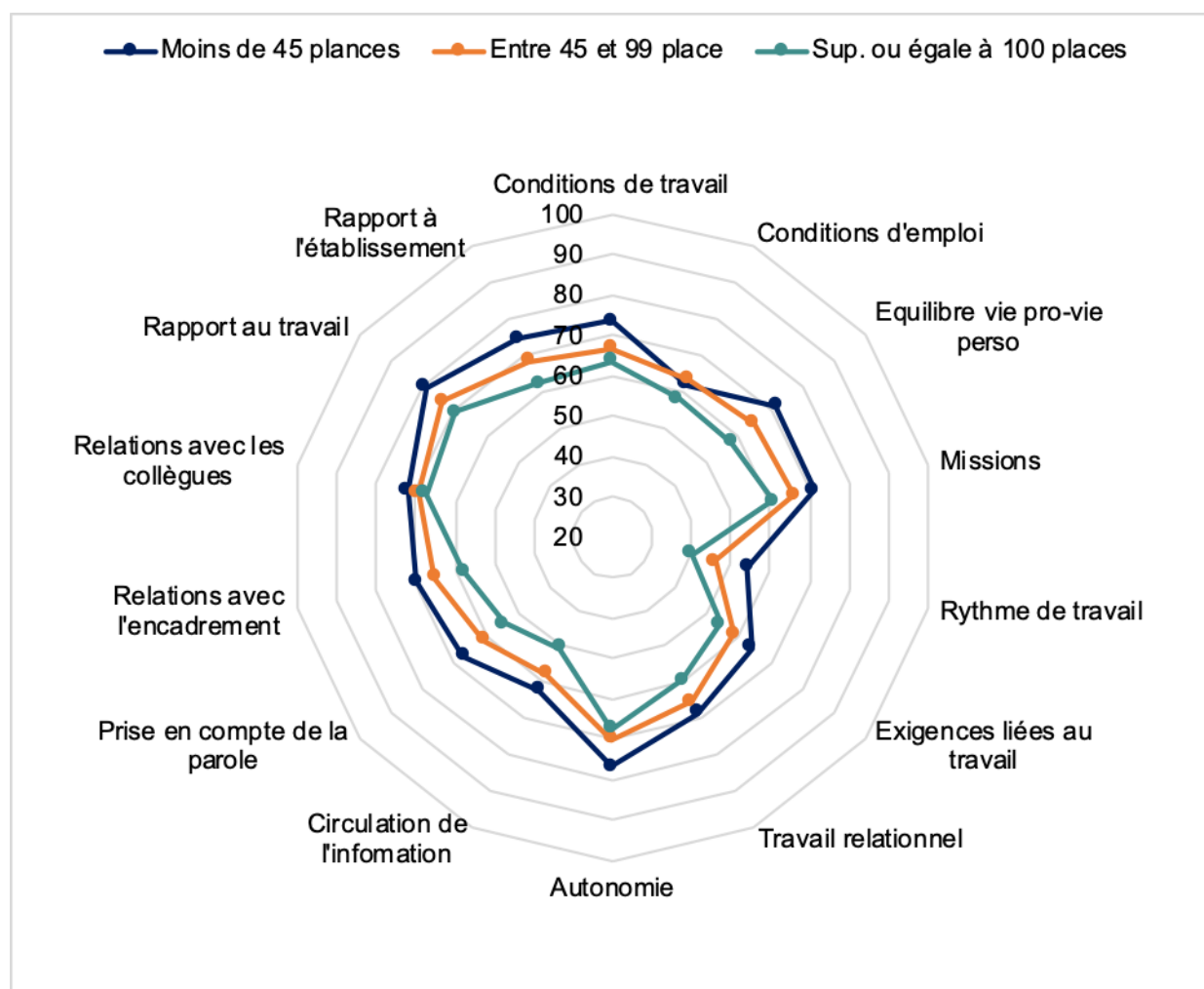
Lorsqu'on s'intéresse aux scores par dimensions, on constate cependant que les différences sont assez légères : un certain nombre de dimensions présentent d'ailleurs des scores quasiment équivalents sur les communes rurales et urbaines. C'est le cas sur les dimensions de l'« Autonomie », du « Travail relationnel », des « Exigences liées au travail », des « Relations avec les collègues », et du « Rapport au travail ». Sur ces dimensions, les écarts sont en effet de moins de 2 points.

Les dimensions où les écarts de point sont en revanche les plus importants sont les dimensions « Conditions d'emploi » et « Rapport à l'établissement », perçues plus positivement dans les établissements ruraux (environ 6 points d'écart).

Plus l'établissement est petit, meilleurs sont les scores QVT

Taille de l'établissement	Moins de 45 places	Entre 45 et 99 places	Supérieure ou égale à 100 places
Score QVT global	68,8	63,7	58,3

La perception de la QVT est meilleure dans les petits établissements (moins de 45 places), où le score QVT global est de 68,8, tandis qu'il est de plus de 10 points inférieur dans les gros établissements (100 places ou plus). Les établissements moyens (entre 45 et 99 places) occupent une place intermédiaire dans le classement avec un score de 63,7.



Lorsque l'on regarde plus précisément les scores QVT en fonction des différentes dimensions (radar ci-dessus), on constate que la forme du tracé pour chaque modalité (petit, moyen ou gros établissement) est semblable, ce qui signifie que les dimensions perçues les plus positivement et les plus négativement sont globalement les mêmes quelle que soit la taille de l'établissement : pour tous les types d'établissements, la dimension « Rapport au travail » est celle sur laquelle qu'on observe le meilleur score et la dimension « Rythme de travail » celle sur laquelle on observe le moins bon score.

En revanche, les scores en tant que tels sont plus importants dans les petits établissements (le trait bleu), les scores intermédiaires correspondent aux établissements moyens (le trait orange), enfin les scores des gros établissements (le trait vert) sont les plus bas. A noter qu'on observe une seule exception à cette répartition sur la dimension des « Conditions d'emploi », où les petits établissements obtiennent un score légèrement inférieur à celui des établissements moyens.

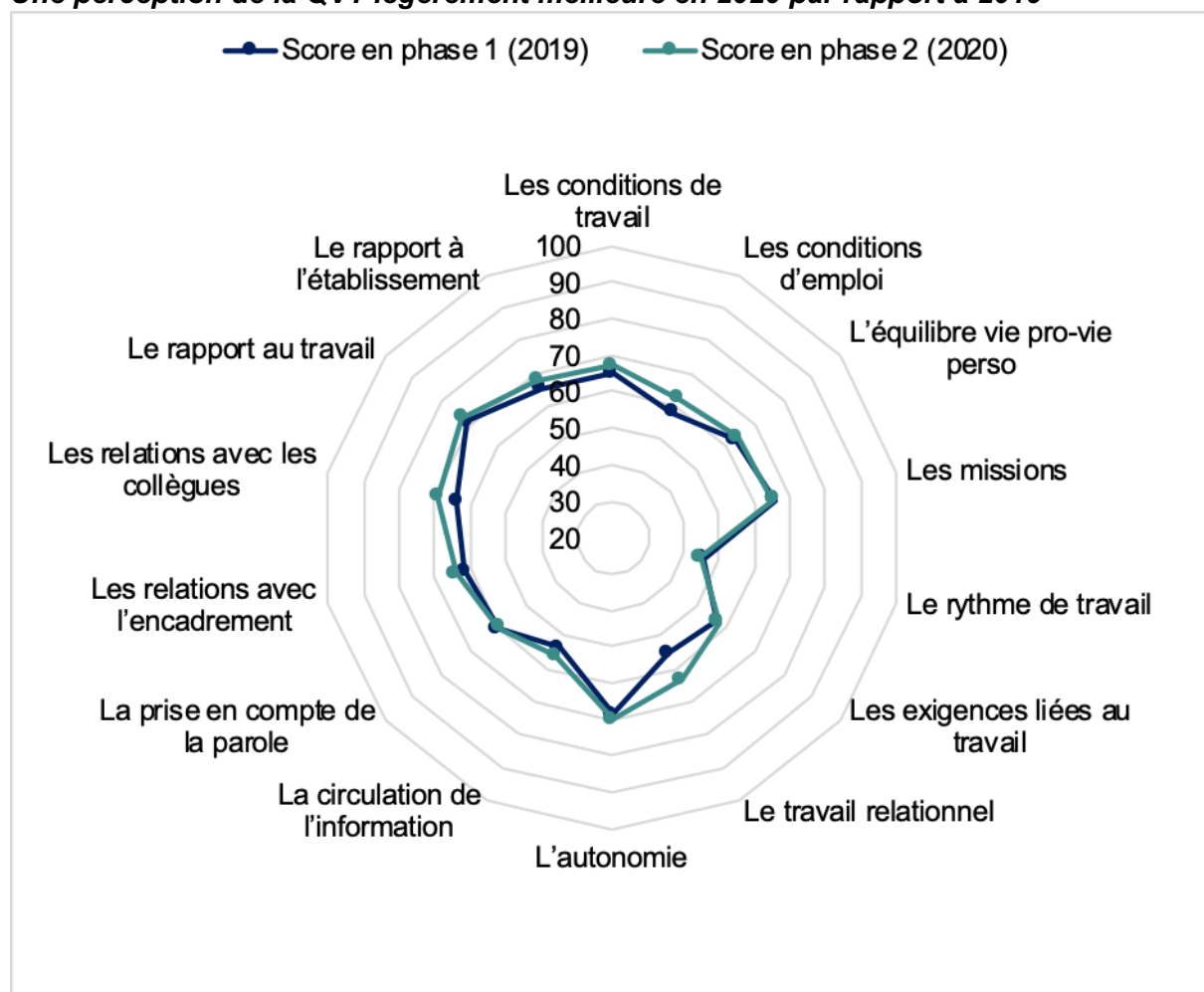
Les dimensions où les écarts de score sont les plus marqués entre les petits établissements et les gros établissements correspondent à l'« Équilibre vie professionnelle-vie personnelle », (14,4 points de différence), au « Rythme de travail (14,3 d'écart) et à la « Prise en compte de la parole » (12,6 d'écart). A l'inverse, c'est sur les « Conditions d'emploi » et les « Relations avec les collègues » que les scores des petits établissements et des gros établissements sont les plus proches (avec respectivement 3,9 et 4,7 points de différence).

GMP et PMP n'ont pas d'impact significatif sur la QVT

D'autres tests statistiques ont été réalisés sur les caractéristiques des établissements participants ; ils ont mis en évidence l'absence d'impact significatif du niveau de PMP ou du GMP de l'établissement sur la perception de la QVT des participants.

COMPARAISON DES RESULTATS ENTRE LES DEUX TEMPS DE PASSATION

Une perception de la QVT légèrement meilleure en 2020 par rapport à 2019



Catégorie	Score en phase 1 (2019)	Score en phase 2 (2020)
Le score QVT global	60.8	62.7
Les conditions de travail	64.8	67.0
Les conditions d'emploi	58.2	62.2
L'équilibre vie professionnelle-vie personnelle	63.0	64.0
Les missions	65.7	65.3
Le rythme de travail	45.6	44.8
Les exigences liées au travail	56.8	57.4
Le travail relationnel	55.4	63.3
L'autonomie	68.6	70.0
La circulation de l'information	53.5	55.9
La prise en compte de la parole	60.4	59.9
Les relations avec l'encadrement	61.5	64.1
Les relations avec les collègues	64.0	69.0
Le rapport au travail	70.8	72.9
Le rapport à l'établissement	65.4	67.6