



Rapport scientifique | Convention de recherche EHESP –IRESP- CNSA

Programme Autonomie : personnes âgées et personnes en situation de handicap - Appel à projets « Volet Etablissements, services et transformation de l'offre médico-sociale Session 1 _2019_N°2011015-00

Soutenir la santé et la qualité de vie au travail en EHPAD (QuaTrE)

ROUTELOUS C.[1] 1
RUILLER C. [2]
QUIDU F. [3]
URASADETTAN J. [4]
SADER M. [3]
LE HESRAN A. L. [3]
BURELLIER F. [2]
LUX G. [5]

Décembre 2022

¹ [1] coordinateur scientifique du projet, enseignant-chercheur, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, CNRS UMR 6051 Arènes et INSERM RSMS ; [2] Maître de conférences HDR, IGR-IAE de Rennes, Univ Rennes, CNRS, CREM - UMR 6211 ; [3] Ingénieur d'études et de recherches, ARENES EHESP ; [4] Maître de conférences, HDR, Université Rennes 2, LiRIS, EA 7481 ; [5] Professeur Agrégé, Département des Sciences Comptables, École des Sciences de la Gestion (ESG-UQAM)

Table des matières

Note de synthèse	4
Synthèse courte	6
1. Contexte de la recherche et rappel des objectifs	13
2. Les méthodologies utilisées	17
3. Les principaux résultats	25
3.1_ La soutenabilité du travail en EHPAD : L'enjeu des équilibres entre exigences et ressources dans la capacité de façonnage du travail	25
Chapitre 1 : Un contexte de travail qui interroge la soutenabilité du travail	26
1.1 Un secteur très sinistré par les accidents du travail et les risques de TMS	26
1.2 Le cumul avec les risques psycho-sociaux	27
1.3 Une possibilité limitée d'intervenir sur son travail, un manque de reconnaissance mais des relations sociales plutôt positives	29
1.4 La nécessité de penser une meilleure conciliation des temps professionnels et personnels.....	31
1.5 L'information sur le risque comme axe d'amélioration prioritaire.....	31
Chapitre 2. La notion de <i>job crafting</i> , un concept utile pour éclairer le besoin de « façonner son travail » et de disposer de ressources nécessaires pour y parvenir.	33
2.1 L'approche développée par Wrzesniewski et Dutton (2001) : façonnage des tâches, façonnage des relations sociales et façonnage cognitif	34
2.2 L'approche développée par Tims, Bakker et Derks (2012) : l'augmentation des ressources et des défis et la maîtrise des obstacles	36
Chapitre 3. Etude des comportements de façonnage auto-initiés pour faire face aux nouvelles tensions de rôles apparues avec la crise Covid 19	39
3.1. Le façonnage des tensions de rôles apparues pendant la crise.....	40
3.2. Le façonnage des tensions liées à la surcharge de travail	40
3.3. Le façonnage des tensions liées aux conflits de rôles	43
3.4. Le façonnage des tensions liées à l'incapacité à remplir son rôle et le façonnage des tensions liées à l'ambiguïtés des standards	44

3.2 _ La nécessaire articulation de la SQVCT avec les compétences des employeurs	50
Chapitre 1 : Des mesures de prévention des risques professionnels déconnectées des enjeux et des résultats obtenus	51
1.1 Le diagnostic sur l'état des risques est insuffisant	51
1.2 La mise à disposition des équipements de prévention est insuffisante	52
1.3 La formation à la sécurité du personnel est insuffisante	53
1.4 Peu de structures font appel à des experts externes en santé-sécurité	53
1.5 La dynamique en interne manque d'une expertise suffisante	54
Chapitre 2 : Focus sur quatre démarches d'amélioration des outils et des compétences des acteurs en matière de prévention des risques et de santé au travail	56
2.1 Une démarche de prévention des TMS intégrée à la réflexion sur la qualité de l'accompagnement et en faveur de la capacité d'autodiagnostic des risques	58
2.2 La construction d'un outil d'autodiagnostic sur les facteurs de risque en lien avec l'accompagnement global des résidents	62
2.3 La construction d'un système d'alerte sur le suivi des accidents du travail	65
2.4 Développer des compétences d'employeur responsable à partir d'une politique de GRH territorialisée : le cas de la plateforme territoriale solidaire de Dordogne	71
3.3 _ Les liens entre SQVCT et dynamique d'amélioration continue de la qualité	76
Chapitre 1. Les déterminants d'un environnement de travail favorable au bien-être au travail	77
Chapitre 2. Les communautés de pratiques pilotées : l'instrument d'un apprentissage partagé en faveur de la SQVCT et d'un management plus en subsidiarité	81
4. Les perspectives en termes d'aide à la décision pour l'action publique	87
4.1 La question de la soutenabilité du travail doit être un axe de réflexion prioritaire	87
4.2 Avoir l'ambition d'une approche systémique et proactive des enjeux de prévention des risques pour la santé soutenue par des outils opérationnels	88
4.3. Créer des espaces de concertation sur les enjeux de la SQVT en lien avec la qualité du travail et développer le pouvoir d'agir des équipes sur le travail réel et les conditions de travail	89
5. La stratégie de valorisation scientifique et de diffusion des résultats	91

Note de synthèse

Projet QuaTrE : Santé et Qualité de vie au Travail en EHPAD

ROUTELOUS C. [1] 2 ; RUILLER C. [2] ; QUIDU F. [3] ; URASADETTAN J. [4] ; SADER M. [3] ; LE HESRAN A. L. [3] ; BURELLIER F. [2] ; LUX G. [5]

Résumé

- Alors que les besoins n'ont jamais été aussi important, le secteur de l'aide à la personne peine à recruter. Le secteur cumule : plus fort taux d'accidents du travail, salaires bas, contraintes des horaires atypiques, pénibilités, manque de reconnaissance... A la *qualité empêchée* vient se surajouter le sentiment d'une charge de travail non soutenable et l'absence durable de ressources pour faire face.
- Cette recherche vise à mettre à jour les limites des pratiques actuelles en matière de SQVT et de prévention des risques qui nuisent au maintien d'équipes complètes auprès des résidents.
- Elle démontre la nécessité de professionnaliser à la fois les compétences des salariés et des employeurs sur le sujet mais aussi les outils de gestion (au sens large) pour soutenir des pratiques plus proactives en la matière.
- Des expériences locales signalent que la concertation croisée sur qualité du travail et conditions de travail permet de créer un registre partagé, un engagement commun et des actions positives en la matière.
- De nouveaux outils au plus près des conditions « réelles » du travail sont à mobiliser pour soutenir une dynamique individuelle et collective en faveur de la Santé Qualité de Vie et Conditions de Travail.
- Ainsi une stratégie nationale ambitieuse en matière de bien-être au travail est une issue réaliste pour tenter de fidéliser, attirer de nouveaux soignants et lutter contre l'abandon du métier.

Constats :

- Les soignants évacuent dans leur quotidien la question des risques professionnels mettant l'accent sur le quotidien et la qualité du travail réalisé et l'accompagnement des résidents;
- Les soignants méconnaissent les risques encourus et les mesures prises en faveur de la santé et sécurité au travail dans leur organisation ;
- Les directions n'ont pas une approche globale et une stratégie intégrée en matière de santé et sécurité au travail ;
- Les outils à disposition ne sont pas opérationnels et ne permettent pas d'activer des mesures correctives des situations à risques.

Méthodologie :

Des méthodes d'analyses quantitatives et qualitatives ont été mobilisées.

- Traitement des bases salariés et employeurs de la DARES
- Monographies dans quatre EHPAD actifs en matière de SQVCT
- Campagne d'entretiens sur le vécu des soignants pendant la crise Covid.

Résultats :

Le secteur de l'aide à la personne est le premier secteur en termes de fréquence des accidents du travail. La situation ne s'améliore pas et on constate même que les actions menées en matière de prévention manquent de cohérence et d'ambition malgré une situation connue.

² [1] coordinateur scientifique du projet, enseignant-chercheur, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, CNRS UMR 6051 Arènes et INSERM RSMS ; [2] Maître de conférences, IGR-IAE de Rennes, Univ Rennes, CNRS, CREM - UMR 6211 ; [3] Ingénieur d'études et de recherches, ARENES EHESP ; [4] Maître de conférences, HDR, Université Rennes 2, LiRIS, EA 7481 ; [5] Professeur Agrégé, Département des Sciences Comptables, École des Sciences de la Gestion (ESG-UQAM)

Notre recherche a permis d'identifier plusieurs pistes :

- Rendre l'acquisition de compétences individuelles obligatoire pour les salariés par une campagne de formation en situation, personnalisée et régulière dans le parcours professionnel;
- Rendre les outils existants actionnables pour l'action;
- Promouvoir des compétences partagées et mettre en place des espaces de concertation en lien avec la qualité et l'organisation du travail pour ouvrir la question de la prévention des risques au travail à l'ensemble des acteurs concernés.
- Soutenir les compétences de façonnage des ressources au travail par une réflexion transversale sur le pouvoir de décision accordé aux équipes en matière d'organisation du travail et de santé-sécurité.



Recommandations

- Dans le prolongement du Rapport Fiat-Iborra (2018) et du Rapport de la Cour des Comptes (2022) nous pensons que les politiques publiques doivent définir des modes de financements des ressources humaines dans le secteur en cohérence avec à la fois l'enjeu des besoins des résidents mais aussi avec la soutenabilité du travail pour les soignants. Les ratios de personnels doivent permettre aux soignants un travail de qualité et la préservation de leur santé ;
- Il est nécessaire de rendre obligatoire via le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens une revue annuelle des avancées significatives réalisées dans les établissements en matière de prévention des risques au travail ;
- Il faut pouvoir mobiliser des outils plus actionnables que le document unique d'évaluation des risques pour soutenir une stratégie proactive de prévention des risques :
 - ✓ Mettre en place un système d'information d'alerte et de suivi de la résolution des facteurs de risques en cas d'accident (proche de la gestion des événements indésirables) ;
 - ✓ Rendre obligatoire un volet diagnostic des risques associés au projet personnalisé de chaque résident réalisé en équipe pluridisciplinaire ;
 - ✓ Créer un passport individualisé de prévention au travail qui décrit les étapes de la formation du collaborateur, comprend un plan de prévention personnalisé selon les publics rencontrés (risques types de manutention) et personnalisé au regard des restrictions physiques du soignant.
 - ✓ Favoriser la mobilisation de plateformes de ressources territoriales pour développer des compétences collectives et gagner en expertises locales sur le sujet.
- Adosser un volet de concertation sur les risques aux réflexions sur l'amélioration de la qualité de l'accompagnement/certification et mettre en lien avec les enjeux d'organisation du travail et maquette organisationnelle, au-delà du huis clos des commissions spécialisées.
- Créer une stratégie de marque Employeur pour le secteur et signaler des engagements en matière de gestion des ressources humaines durables

AAP 2019 - Handicap et perte d'autonomie de l'Institut de Recherche en Santé Publique et de la CNSA

« Soutenir la qualité de vie au travail en EHPAD (QuaTrE) » | Réf INSERM : 20II015-00

1. Contexte de la recherche et rappel des objectifs

Ce projet était une réponse au programme scientifique de l'IRESP : Handicap et perte d'autonomie : établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale ». Il s'inscrit à l'intersection de l'axe 2 : fonctionnement et la performance des établissements et services médico-sociaux et de l'axe 4 : la transformation de l'offre. Le projet s'est déroulé de novembre 2020 à novembre 2022.

Les enjeux en matière de GRH dans le secteur sont nombreux et d'importance : financiers (coûts directs et indirects de l'absentéisme), sociaux (problématique de l'invalidité et donc de l'employabilité des agents), humains (premier secteur impacté en volume par les accidents au travail). Dans ce contexte, les établissements sont amenés à favoriser davantage la santé et la qualité de vie au travail des professionnels (SQVT). Mais, malgré l'appel des pouvoirs publics à développer une politique de qualité de vie au travail (QVT), ce ne sont que quelques mesures supplétives et disjointes visant à maîtriser l'absentéisme qui sont mobilisées, avec comme résultat un faible impact sur la salubrité des conditions de travail (Randon et Baret 2011 ; Brami, et al. 2013, Abord de Chatillon et al. 2016).

Notre recherche visait à identifier certaines bonnes pratiques de management et des instruments de gestion qui peuvent apporter des éléments de réponse pertinents en matière de SQVCT (santé qualité de vie et conditions de travail) dans les EHPAD du point de vue de la recherche, et qui permettraient la co-construction de nouveaux instruments de gestion et de pratiques profitables à l'ensemble des structures, dans les établissements. Notre travail a permis de répondre en partie à ces questions en prenant en compte le contexte de la crise Covid.

Pour ce faire, nous avons développé notre recherche ainsi.

Une première partie porte sur le travail en EHPAD. Nous avons analysé le travail perçu par les soignants afin de saisir les enjeux de l'amélioration de l'équilibre entre exigences et ressources au travail. Ce travail comporte deux chapitres : un premier relatif au regard sur les conditions de travail perçues par les salariés en 2019 (traitement des données DARES base

salariés) et un second qui porte sur le regard des soignants sur les nouvelles tensions de rôles apparues pendant la crise Covid et les comportements auto-initiés pour y faire face.

Dans une seconde partie nous avons traité de la nécessaire articulation de la SQVCT avec les compétences employeurs. Pour ce faire nous avons d'abord analysé l'état des pratiques de prévention (traitement des données DARES base employeurs). Nous avons ensuite réalisé une enquête sur les projets d'amélioration des pratiques de prévention des risques dans les établissements en mettant l'accent sur les défis RH et managériaux associés.

Enfin, une troisième partie étudie les liens entre SQVCT et dynamique d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Nous avons traité dans une première section de la co-construction d'un environnement de travail sain adossé à une démarche qualité. Dans une seconde section nous avons porté notre attention sur la co-construction d'un pouvoir d'agir collectif adossé à la résolution des difficultés du travail.

2. Les méthodologies utilisées

Nous avons mobilisé des méthodes mixtes de recherches, associant méthodes qualitatives et méthodes quantitatives pour réaliser une analyse multi-niveaux des enjeux

Tableau 1 Récapitulatif et calendrier des travaux réalisés

	Titre	Années	Type de recherche	Données	Enjeux éclairés
Etude 1	1/Sinistralité 2/Etat des pratiques de prévention	2020 2021	Traitements statistiques	Base DARES volet conditions de travail 2021 Base DARES volet employeurs 2016	Etat des pratiques dans les établissements SSMS
Etude 2	Etat des « bonnes pratiques » en établissements	2021	Monographies de 4 établissements	Campagne d'entretiens	Stratégies et limites des pratiques locales
Etude 3	Recherche-action	2022	Démarche participative :	Amélioration des outils sélectionnés	Amélioration des outils locaux
Etude 4	Etat de la littérature sur environnement de travail capacitant	2020-2022	Analyse de la littérature	Revue de la littérature tout secteur Revue internationale sur le job crafting	Etat des connaissances sur environnement de travail sain Etat des connaissances sur le job crafting

3. Les principaux résultats

1] La soutenabilité du travail en EHPAD : l'enjeu des équilibres entre exigences et ressources

Nous avons analysé les conditions de travail perçues par les soignants afin de saisir les enjeux de l'amélioration de l'équilibre entre exigences et ressources au travail.

Le cumul des TMS et des RPS et l'impossibilité d'intervenir sur la quantité de travail nuisent déjà à la soutenabilité du travail. Le contexte du travail dans le secteur apparaît comme un environnement de travail aversif où la sinistralité progresse. La mise en visibilité des risques et tensions au travail et la capacité d'adaptation pour y faire face apparaissent comme les deux axes d'amélioration possibles.

Un second point porte sur le regard des soignants sur les nouvelles tensions (de rôles) apparues pendant la crise Covid, ainsi que sur les comportements auto-initiés pour y faire face permis par des ressources spécifiques associées à la gestion de crise. Ce travail nous a permis de saisir les capacités adaptatives et auto-initiées des soignants en milieu aversif, grâce au concept de *job-crafting*. Nous avons souligné que les contraintes, même très élevées pendant la crise Covid, ont pu être dépassées, provisoirement par des stratégies de façonnage des tâches, des relations et du sens du travail grâce aux réservoirs de ressources « spécifiques » à disposition.

2] La nécessaire articulation de la SQVCT avec les compétences employeurs

L'état des pratiques de prévention des risques (traitement des données DARES base employeurs) donne à voir d'importantes marges de progression à différentes échelles : pratiques, compétences, outils. En dépit des exigences de la réglementation, les actions de prévention sont peu efficaces dans un contexte où les facteurs de risques progressent encore. Concernant les projets d'amélioration des pratiques de prévention des risques dans les établissements, nous avons mobilisé notre attention sur quatre pistes prometteuses :

- 1) combiner matériel de prévention, capacité d'autodiagnostic et espace de discussion;
- 2) valoriser la capacité d'autodiagnostic sur les risques relatifs à l'accompagnement des résidents et mettre en visibilité des enjeux mobilisant une réponse collective ;
- 3) réaliser un suivi des accidents du travail avec système d'alerte à l'encadrement et
- 4) créer une plateforme territoriale pour développer de nouvelles compétences collectives en faveur d'une GRH plus « responsable ».

3] Les liens entre SQVCT et dynamique d'amélioration continue de la qualité

Nous avons mis à jour d'abord les dimensions actionnables pour créer un environnement de travail « sain » adossé à une démarche de management en subsidiarité du travail, ancrées l'une et l'autre sur le pouvoir d'agir des collaborateurs et une direction réactive face aux contraintes du travail.

La démarche managériale salutogénique repose d'abord sur la formation à de nouvelles compétences qui font échos aux valeurs du prendre soin des agents. La démarche s'accompagne également de différentes modalités d'espaces collectifs d'échanges sur les difficultés du travail et sur la qualité du travail au contact des usagers. Les cadres intermédiaires et les référents, en lien avec les préoccupations de la direction, produisent dans ce contexte un soutien très important auprès des équipes, tant à un niveau collectif qu'individuel en lien avec la santé, sur les risques perçus et sur les difficultés rencontrées au quotidien. Ce travail rencontre celui de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les directions ont ainsi quatre mécanismes complémentaires qui s'alimentent, de manière vertueuse. Ainsi, la question des capacités de façonnage des tâches, des relations et du sens du travail, reste au cœur des enjeux pour permettre aux collectifs de travail d'être des réserves de ressources à même de faire face à des situations de travail aversives, par certains aspects. Le corolaire au management salutogénique est le pouvoir d'agir des salariés. Ce dernier est permis lorsque la direction et les salariés partagent : un engagement mutuel, une entreprise commune et un répertoire d'actions concertées au plus près des préoccupations des acteurs. Ainsi, nous pensons que l'implication de la direction et de l'encadrement est fondamentale pour initier plus de subsidiarité dans l'amélioration des conditions de travail et pour un travail de qualité.

4. Les perspectives en termes d'aide à la décision pour l'action publique

1] Discuter la question de la soutenabilité du travail et des capacités de façonnage des professionnels du secteur

Nous faisons le constat de la nécessité de maintenir un « réservoir de ressources » : individuel, interindividuel et organisationnel afin de permettre aux soignants d'équilibrer les exigences du travail « bien fait » et la capacité à agir sur le travail. Le soutien des capacités adaptatives et proactives de façonnage du travail des acteurs nécessite de penser à la fois la soutenabilité de la charge de travail et un réservoir de ressources pour permettre l'adaptation aux exigences du travail. A défaut, l'environnement professionnel apparaît aversif pour les professionnels dont l'ultime stratégie est alors de le quitter pour se protéger.

Le secteur ne pourra pas mettre en place des politiques d'attractivité efficaces si la charge de travail reste perçue comme trop importante et sans marges aucunes de façonnage. Il faut alors travailler à la fois à définir un ratio de soignants acceptable pour les équipes, mais aussi travailler à la qualité de l'environnement de travail (soutiens, autonomie/pouvoir de décision, sentiment d'efficacité...).

2] Avoir l'ambition d'une approche systémique et proactive des enjeux de SQVCT adossée à des outils de prévention performants

Au-delà de la préconisation de la Cour des Comptes 2022 qui propose d'atteindre le ratio d'un salarié pour un résident afin de diminuer d'un tiers le taux d'absentéisme lié aux accidents du travail et aux maladies professionnelles en EHPAD ; il nous semble qu'il reste nécessaire d'associer cette stratégie à des dispositifs et outils qui permettent de penser simultanément la mise en visibilité des risques et la progression des compétences pour y faire face.

Cela représente le triple défi de :

- la professionnalisation/expertises des pratiques mobilisées,
- la montée en compétences collectives des acteurs et
- l'amélioration de la qualité opérationnelle des instruments en soutien de la SQVCT.

Face au contexte post-Covid, les acteurs, plus que jamais, souhaitent faire avancer leurs pratiques pour relever les multiples défis de GRH présents et émergents. Dépasser le huis clos des relations directions-syndicats sur la question est une étape. Associer chaque salarié à l'amélioration des pratiques de prévention est une nécessité.

Des outils doivent soutenir la visibilité des risques et des stratégies pour y faire face : Il faut pouvoir mobiliser des outils plus actionnables que le document unique d'évaluation des risques pour soutenir une stratégie proactive de prévention des risques :

- ✓ Mettre en place un système d'information d'alerte et de suivi de la résolution des facteurs de risques en cas d'accident (proche de la gestion des événements indésirables) ;
- ✓ Rendre obligatoire un volet diagnostic des risques associés au projet personnalisé de chaque résident réalisé en équipe pluridisciplinaire ;
- ✓ Créer un passport individualisé de prévention au travail qui décrit les étapes de la formation du collaborateur sur le sujet, la politique menée dans la structure en faveur de la santé globale et surtout un plan de prévention personnalisé selon les publics rencontrés (risques types de manutention) et personnalisé au regard des restrictions physiques acquises par le soignant. Ce document est à rendre obligatoires et à enrichir dans le temps par des volets gradués d'un niveau initiation à un niveau expert. La question des arrêts maladies et des

maladies professionnelles doit y figurer de même que les enjeux spécifiques au « reclassement ».

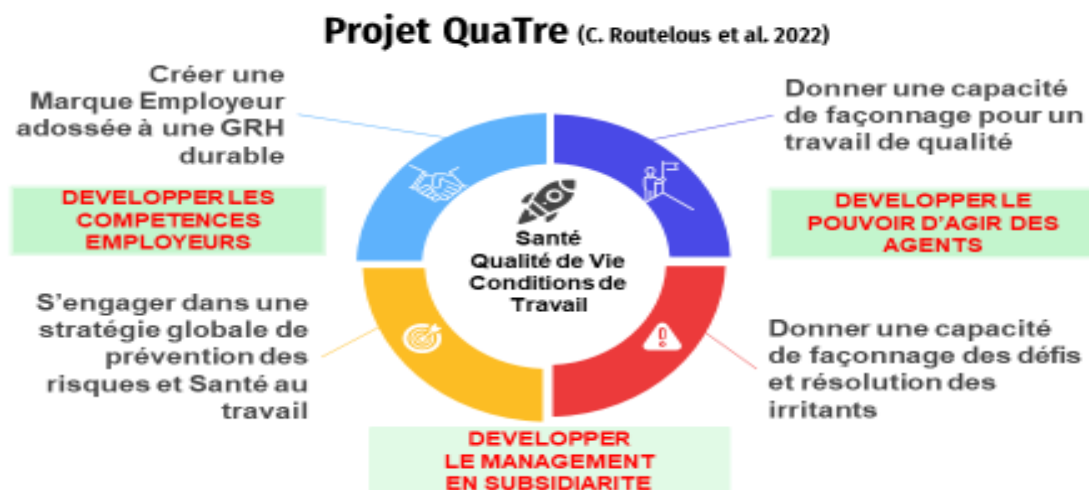
- ✓ Favoriser la mobilisation de plateformes de ressources territoriales pour développer des compétences collectives et gagner en expertises locales sur le sujet.

3] Créer des espaces de concertation sur les enjeux de la SQVT en lien avec la qualité du travail et développer le pouvoir d’agir des équipes sur le travail réel et les conditions de travail.

Nous soulignons la nécessité de mobiliser et de responsabiliser davantage les professionnels dans la prévention des risques (en dehors des seuls représentants du personnel). Les agents doivent être des acteurs éclairés sur leur « santé » et ils doivent être en capacité d’auto-diagnostiquer les risques et de pouvoir y répondre par plus de marges de manœuvre dans le travail.

La formation aux risques doit être itérative et permettre l’autodiagnostic des risques et la résolution de certaines situations qui les génèrent. Des capsules de formation doivent être mises à disposition du personnel non permanent. L’attention portée par les directions et l’encadrement de proximité au bien-être des collaborateurs est un sujet déterminant dans les stratégies de fidélisation et de lutte contre la désinsertion professionnelle.

Une réflexion partagée associant conditions de travail et qualité du travail doit être présente en continue dans les organisations. L’engagement des directions doit être fort et recherché. Des objectifs doivent être attendus y compris de manière contractuelle. Un interlocuteur – expert des sujets – doit être en soutien d’un niveau d’expertise suffisant dans les établissements. La mutualisation des bonnes pratiques peut être recherchée sur les territoires.



Remerciements

Mes remerciements vont à l'ensemble des participants de ce travail :

- A l'équipe principale : Frédérique QUIDU, Caroline RUILLER, Jennifer URASADETTAN, Franck BURRELIER, Gulliver LUX,
- Aux ingénieures de l'EHESP : Anne Lise LE HESRAN et Myra SADER,
- A Carl ALLEMAND, pour sa précieuse expertise sur le cadre réglementaire de la FPH.
- A Julie THIBONNET, stagiaire ergonomiste.
- Aux élèves directeurs SSMS 2020-2021 de l'EHESP pour leur participation à la collecte des données en début de crise Covid dans le cadre de leur enseignement sur les enjeux de la SQVT
- Aux élèves cadres supérieurs de santé pour les partages riches autour des enjeux de management des équipes soignantes, étudiants du Master 2 AMOS de l'EHESP.
- A la CNSA pour le financement de ces travaux.
- Aux auteurs des nombreuses publications consultées et mobilisées.
- Aux acteurs de terrain avec qui nous avons eu des échanges riches et grâce à qui un meilleur est possible.
- Aux personnes avec qui nous avons pu échanger sur certains points de discussion de ce rapport.

1. Contexte de la recherche et rappel des objectifs

Ce projet était une réponse au programme scientifique de l'IRESP : « Handicap et perte d'autonomie : établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale ». Il s'inscrit à l'intersection de l'axe 2 : fonctionnement et la performance des établissements et services médico-sociaux et de l'axe 4 : la transformation de l'offre.

Depuis de nombreuses années, les travaux relatifs au travail en EHPAD mobilisent généralement un regard éclairant essentiellement les risques, la souffrance, la maltraitance ; donnant à voir par là même un environnement hostile à la fois pour les soignants et pour les usagers. La fréquence des accidents de travail est particulièrement forte (données assurance maladie) et de nombreux établissements déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, ce qui entraîne la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois (Bazin et Muller, 2018). Dans ce contexte, le sentiment de ne pas réussir à faire du « bon travail » renforce encore la faible attractivité du secteur pour les salariés (Petit et Zardet, 2017).

En synthèse, les enjeux en matière de GRH dans le secteur sont nombreux et d'importance : financiers (coûts directs et indirects de l'absentéisme), sociaux (problématique de l'invalidité et donc de l'employabilité des agents), humains (premier secteur impacté en volume par les accidents au travail). Dans ce contexte, les établissements sont amenés à favoriser davantage la santé et la qualité de vie au travail des professionnels (SQVT). Mais, malgré l'appel des pouvoirs publics à développer une politique de qualité de vie au travail (QVT) et la présence de cette notion dans les discours, la QVT n'est pas encore ancrée dans la culture des établissements.

Elle est souvent réduite à quelques mesures supplétives et disjointes visant à maîtriser l'absentéisme, avec comme résultat un faible impact sur la salubrité des conditions de travail. De nombreux travaux soulignent que les réponses apportées dans les établissements de santé sont essentiellement des mesures palliatives (Randon et Baret 2011 ; Bami, et al. 2013), déconnectées de la réalité du travail (Abord de Chatillon et al. 2016). Les travaux de la DARES (Amira, 2016) précisent d'ailleurs que les politiques de prévention des risques professionnels ont été moins actives dans la fonction publique et dans les petits et moyens établissements du secteur marchand et associatif.

Il importe de ne pas cantonner la question de la prévention des risques à des indicateurs inertes mais de proposer des outils qui permettent de se saisir de marges de manœuvre en situation (Ollivier et Routelous, 2017). Nous pensons que la GRH dans le secteur médico-social doit évoluer, et les chercheurs en GRH ont un rôle déterminant à jouer en produisant

des connaissances actionnables par le terrain. En effet, rares sont les travaux qui se penchent sur les outils et pratiques qui favorisent la santé et la qualité de vie au travail (SQVT). Aussi, nous avons cherché à comprendre les stratégies de concertation portées par les directions et mobilisées pour soutenir la « qualité du travail » et la santé et la qualité de vie au travail en EHPAD.

D'autant que dans le secteur de la santé, une corrélation directe entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins a bien été démontrée grâce à une revue de la littérature internationale réalisée par la Haute Autorité en Santé (2016) mais aussi par des travaux internationaux au sujet des hôpitaux magnétiques (Brunelle, 2009) en particulier. Afin d'accroître le questionnement sur le sujet de la santé, de la qualité de vie et des conditions de travail (SQV-CT) il semble nécessaire pour le secteur de construire et de se donner des marges de manœuvres locales afin de soutenir un meilleur équilibre entre les exigences du travail et les ressources des acteurs (Demerouti et al, 2001).

Certains auteurs parlent aujourd'hui de pratiques de « gestion responsable des ressources humaines » ou « responsabilité sociale de l'entreprise envers ses employés » (Dubrion, 2010) consistant, pour les entreprises, à se préoccuper des attentes de leurs salariés et des enjeux les concernant. Du point de vue des pratiques, il s'agit de favoriser la mise en œuvre d'outils ou de dispositifs servant les intérêts de l'organisation et pouvant dépasser la fonction instrumentale de la GRH pour mieux répondre aux enjeux de la SQVCT des salariés. Reste que les travaux qui ont porté sur la mise en œuvre de démarche de type « responsabilité sociale » (Bertézène et Vallat, 2016 ; Vallat et Bertézène 2015), se sont orientés surtout sur le rôle du dirigeant. Or la dynamique ne peut être que descendante. Il faut aussi pouvoir saisir les enjeux qui prennent en compte l'environnement de travail et la capacité des acteurs à agir par eux-mêmes dans le contexte du travail.

Il s'agit alors d'étudier les conditions d'un management « salutogénique » des équipes qui intègre aussi les notions de prévention des risques psycho-sociaux et de responsabilité sociale. Pour Detchessahar et al (2013), plus la hiérarchie favorise des espaces de discussion et reconnaît la contribution irremplaçable des travailleurs à l'achèvement de l'organisation du travail en situation, plus les travailleurs pourront construire et préserver leur santé. Dans ce sens, des travaux décrivent des contextes de travail qui tentent de répondre aux enjeux de la satisfaction des différentes parties prenantes (Brunelle, 2009). La littérature nous éclaire quant à la nécessité de dépasser l'analyse des effets isolés des pratiques de GRH et invite à développer des modèles qui envisagent des effets de systèmes et de combinaisons entre plusieurs activités (El Adraoui, 2015). La concertation des acteurs autour de la résolution des difficultés du travail semble une voie pertinente pour la compréhension de la mobilisation des parties prenantes car elle permet de travailler à la fois le sens de l'action, la qualité du soutien

organisationnel, le contenu du travail et les conditions de réalisation des tâches (Abord de Chatillon et al., 2015).

Dans le prolongement des travaux cités, notre hypothèse est qu'une organisation, visant une dynamique de concertation soutenue dans le temps en faveur de la « qualité du travail », favorise la SQVCT. La discussion autour du travail est un des éléments déterminants dans la performance sociale des EHPAD (Saboune et al, 2018; Vallat et Bertézène, 2015) et dans l'implication et la satisfaction au travail des salariés (Petit et Zardet, 2017). Reste que peu de travaux sont en mesure d'expliquer les mécanismes entre concertation et qualité du travail. Il sera donc utile de porter notre attention sur les démarches qui relèvent de cette dynamique en relation avec les stratégies de prévention des risques et de SQVCT.

Une équipe de six enseignants-chercheurs, ingénieurs d'études et des professionnels appartenant à des disciplines différentes et ayant mené des travaux sur le management et la gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé ont réalisé ce travail. Un processus interactif conjuguant la recherche, la réflexion et l'action ont permis une progression conjointe. Dans ce sens, ce travail était pensé comme une recherche participative dans la mesure où il impliquait la participation d'acteurs directement concernés par la production de connaissances.

Notre devis de recherche initial proposait trois axes de recherche que nous avons respectés en ajoutant le contexte de la crise Covid comme donnée supplémentaire au traitement.

Pour rappel notre devis de recherche comprenait trois questions :

Une première question portait sur le travail en EHPAD afin de saisir les enjeux de l'amélioration de l'équilibre entre exigences et ressources au travail et de voir s'il est encore possible pour les acteurs de maintenir un « réservoir de ressources » actionnables, voire une spirale de gains de ressources, afin de permettre aux soignants de soutenir conjointement exigences du travail et bien-être au travail.

Une seconde question était celle de la nécessaire articulation de la SQVCT avec les compétences employeurs (pratiques de GRH et management en particulier). Après avoir analysé l'état des pratiques de prévention, il sera utile de saisir les pistes d'amélioration des pratiques de prévention des risques et de santé au travail dans les établissements en mettant l'accent sur les défis RH et managériaux associés.

Enfin une troisième question était celle des liens entre SQVCT et dynamique d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Les marges de manœuvre sur les conditions de travail doivent s'interroger d'une part au regard des enjeux de la qualité d'accompagnement et d'autre part au regard du pouvoir d'agir consenti par l'encadrement. Dans ce cadre, les stratégies de concertation apparaissent comme des outils pertinents pour construire un

environnement de travail plus « sain » et des communautés de pratiques en mesure de faire face aux difficultés du travail.

Au début du projet est survenue la crise Covid 19 qui a impacté fortement les conditions de travail en EHPAD. Si dans un premier temps la stupeur associée à la situation n'a pas permis l'accès au terrain, ensuite ces temps de crise sanitaire ont permis de mettre au jour les potentialités de nouvelles configurations organisationnelles et managériales, permettant d'interroger à la fois de nouvelles exigences professionnelles et de nouvelles ressources que nous avons intégrées dans le corps de la recherche.

Ainsi, notre recherche visait à identifier certaines bonnes pratiques de management et des instruments de gestion qui peuvent apporter des éléments de réponse pertinents en matière SQVCT dans les EHPAD du point de vue de la recherche et qui permettraient la co-construction de nouveaux instruments de gestion et pratiques profitables à l'ensemble des structures, sur le terrain. Notre travail a permis de mettre à jour certaines pistes pour le secteur.

Pour ce faire, nous l'avons développé en trois parties.

Une première partie porte sur le travail en EHPAD. Nous avons analysé le travail perçu par les soignantes afin de saisir les enjeux de l'amélioration de l'équilibre entre exigences et ressources au travail pendant le contexte Covid mais pas seulement. En effet, ce travail comporte deux chapitres : un premier relatif au regard sur les conditions de travail perçues par les salariés en 2019 (traitement des données DARES base salariés) et un second qui porte sur le regard des soignants sur les nouvelles tensions de rôles apparues pendant la crise Covid et les comportements auto-initiés pour y faire face (campagne d'entretiens).

Cette partie s'accompagne d'une synthèse qui comprend des recommandations. Nous y discutons la nécessité de maintenir un « réservoir de ressources » : individuel, interindividuel et organisationnel afin de permettre aux soignants de soutenir conjointement exigences du travail et bien-être au travail.

Dans une seconde partie nous avons traité de la nécessaire articulation de la SQVCT avec les compétences employeurs. Pour ce faire nous avons d'abord analysé l'état des pratiques de prévention (traitement des données DARES base employeurs). Nous avons ensuite réalisé une enquête sur les projets d'amélioration des pratiques de prévention des risques dans les établissements en mettant l'accent sur les défis RH et managériaux associés. Dans ce sens, nous avons accompagné la réflexion sur le terrain : le déploiement d'une formation aux risques relatifs aux troubles musculo-squelettiques associé à l'achat de matériel de manutention ; l'observation de la construction par des soignants d'un instrument de mise en visibilité des risques en lien avec l'accompagnement (ERA pro) et le soutien d'un travail d'amélioration d'un instrument de suivi des accidents dans une logique d'alerte de

l'encadrement. Cette partie nous amène à évoquer la nécessaire progression des compétences pour faire face au triple défi de la professionnalisation des pratiques, des acteurs et des instruments de la prévention des risques.

Enfin une troisième partie étudie les liens entre SQVCT et dynamique d'amélioration continue de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Nous avons traité dans une première section de la co-construction d'un environnement de travail sain adossé à une démarche qualité et dans une seconde section nous avons porté notre attention sur la co-construction d'un pouvoir d'agir collectif adossé à la résolution des difficultés du travail. Cette partie nous amène à souligner la nécessité de construire un registre commun d'actions et d'enjeux, des actions concertées et un pouvoir d'agir « partagé » autour des enjeux du travail réel pour permettre des marges de manœuvre locales vertueuses pour la qualité des accompagnements et la SQVCT des équipes.

2. Les méthodologies utilisées

Ce travail s'appuie sur les résultats d'une recherche menée de novembre 2020 à novembre 2022. Étaient impliqués des chercheurs de science de gestion, sociologie, santé publique. Ce travail a aussi mobilisé plusieurs experts en GRH dans le cadre de journées de travail et de conférences interactives mobilisant chercheurs et acteurs de terrains.

Cette recherche portait sur la question de la santé et de la qualité de vie au travail dans les EHPAD, les stratégies de prévention et les actions en faveur de l'amélioration des conditions de travail adossées à des pratiques centrées sur la qualité de l'accompagnement. Il s'agissait d'une approche comparative entre des dispositifs locaux dans quatre établissements en France. Ces établissements ont été choisis au regard d'une part de leurs bons indicateurs d'absentéisme (plus bas que les moyennes régionales et nationales) et d'autre part, au regard des actions menées centrées simultanément sur la SQVT et la qualité de l'accompagnement. Une vingtaine d'entretiens réalisés pendant la crise Covid ont également été mobilisés pour saisir le vécu de la situation, les tensions et ressources mobilisées. Une analyse de la littérature sur les enjeux managériaux en lien avec le bien-être au travail a également été réalisée. Les données qualitatives étaient mises en perspective avec les données nationales à la fois sur la perception des conditions de travail et sur les stratégies des employeurs en matière de santé et sécurité au travail. Nous avons donc mobilisé des méthodes mixtes de recherches, associant méthodes qualitatives et méthodes quantitatives pour réaliser une analyse multi-niveaux des enjeux.

Encadré 1 : Analyse réflexive sur la méthodologie adoptée : L'usage de méthodes mixtes

La recherche en GRH, notamment francophone, est marquée par un certain retard par rapport à d'autres disciplines qui utilisent les méthodes mixtes. Selon Bouville et al (2018) cette combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives apparaît pertinente pour étudier la dimension humaine des phénomènes complexes, au carrefour de plusieurs disciplines. Dans ce sens, le but principal de la combinaison des méthodologies quantitatives et qualitatives, dans notre recherche, est de favoriser la compréhension des effets des pratiques organisationnelles et managériales pour soutenir la qualité du travail et la SQVCT dans le secteur médico-social.

Recherche qualitative

Nous avons fait le choix d'une enquête qualitative parce que la littérature a peu investigué le terrain des EHPAD en science de gestion et parce que nous cherchions à acquérir une connaissance approfondie des microprocessus en faveur ou en défaveur de la santé, de la qualité de vie et des conditions de travail des soignants.

Nous avons fait le choix d'une méthodologie de comparaison intersites (Miles et Huberman, 2005) en étudiant quatre établissements présentant les critères d'une « bonne » performance sociale et une dynamique d'innovation soutenue en faveur de la qualité du travail et de la santé au travail. Nous avons étudié des établissements qui ont engagé une stratégie de modernisation de l'établissement reposant simultanément sur :

- l'amélioration de la qualité de l'accompagnement : soutien des compétences et de l'engagement des agents par des formations aux techniques non médicamenteuses, formalisation des projets personnalisés, formalisation de temps d'analyses de pratiques... ;
- l'amélioration des conditions de travail : établissement ayant entrepris une démarche QVT-AFNOR, ARACT, label Humanitude... ;
- l'élargissement de l'offre et l'ouverture vers l'extérieur : établissement ayant une stratégie de réponses aux appels à projets de l'ARS régulières et positives (télémédecine, astreinte de nuit, EHPAD hors les murs...).

Nous avons pu mobiliser un EHPAD autonome appartenant au secteur public, un second EHPAD privé non lucratif autonome et enfin un troisième EHPAD privé non lucratif appartenant à un groupe.

Présentation synthétique des établissements terrains de recherche

	EHPAD 1	EHPAD 2	EHPAD 3 et 4
Secteur	Public Autonome	Privé non lucratif autonome	Privé non lucratif (urbain et rural)

Activités	EHPAD Unité Alzheimer ; unité pour malades psychiatriques âgés ; accueil de jour ; PASA	Filière médico-sociale complète adossée à l'EHPAD	Filière médicale complète 10 établissements dans le groupe
Expérimentation SQVT	Label Humanitude	AFNOR ISO 26000	cluster QVT ARACT/ARS
Innovation externe Orientée élargissement de l'offre de services	Télémédecine, soins bucco-dentaire, astreinte IDE de nuit, prévention des chutes, télé-rééducation.	Accueil itinérant ; MAIA, plateforme d'accompagnement et de répit, PASA, UHR, hébergement temporaire, télé-médecine	Expérimentation Télémédecine, EHPAD hors les murs

Les données primaires ont été collectées par entretiens semi-directifs afin de comprendre les réalités organisationnelles telles qu'elles sont vécues par les acteurs (Demers, 2003). Nous avons mobilisé les équipes de directions, personnels soignants (IDE, AS, ASH faisant fonction AS, animateur), représentants des personnels au CSE, formateur gestes et postures, ergothérapeute, psychologue.... Nous souhaitons avoir l'avis des différentes parties prenantes qui participent à la politique de SQVCT des établissements.

Synthèse des entretiens réalisés pour la recherche

EHPAD MADELEINE	EHPAD LE JARDIN	EHPAD BAGUE	EHPAD ST LOUIS
10 entretiens	12 entretiens	13 entretiens	10 entretiens
Directeur	Directeur	Directeur	Directeur du site
Chargée RH	Chargée RH	R RH et finances	Responsable RH
Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de santé	Cadre de santé
Aide-Soignante/ membre CSE	Ergothérapeute	IDEC	Responsable qualité
1 IDE nuit / membre CSE	Responsable SST	Responsable technique /CSE	1 IDE secrétaire du CSE
1 IDE	2 IDE	2 IDE	1 IDE
AMP / Référent SMAF	IDE / nuit mutualisé sur le territoire	2 Aide-soignante	1 Aide-soignante
Psychologue	Psychologue	Psychologue	Psychologue
AS formateur PRAPSS	Animatrice	Ergothérapeute – animateur PRAPSS	DRH groupe
AMP	2 AS	2 ASL – faisant fonction AS et membre du CSE	1 AS CSE central-groupe
Nov-dec 2020	Nov-dec 2020	Mars 21	Mars 21

Nous avons notamment réalisé un diagnostic partagé infra-organisationnel et inter-organisationnel, permettant d'analyser les résultats obtenus avec les acteurs de terrains (Michaux et Defélix, 2019). Enfin, les enseignements des monographies ont été discutés avec les acteurs de terrains pour sélectionner des pistes d'actions et améliorer les procès. A l'issue des travaux participatifs, nous avons transmis des connaissances actionnables et des « dispositifs améliorés » aux acteurs des différentes organisations (directions, responsables des ressources humaines, salariés, syndicats...).

Recherche quantitative

L'approche qualitative permet d'acquérir une connaissance approfondie des microprocessus organisationnels et managériaux pour préciser quelles sont les variables importantes et les pratiques de GRH usitées et savoir pourquoi elles pourraient influencer la qualité du travail et la SQVCT en EHPAD.

L'enquête quantitative va compléter ces données et apporter une vision nationale des conditions de travail et des pratiques mobilisées en faveur de la santé et de la prévention des risques. Nous allons nous appuyer sur les volets « actifs occupés » et « employeurs » de l'enquête Conditions de travail de la DARES. Depuis 1978, les enquêtes Conditions de travail sont réalisées par l'Insee pour la DARES tous les 7 ans.

Encadré 2 : Volet « actifs occupés » de l'enquête conditions de travail de 2019

Le volet « actifs occupés » porte sur la perception des agents sur leurs conditions de travail. Les données de l'enquête ont été collectées par des enquêteurs INSEE au domicile de l'agent. Le travail que l'agent va décrire concrètement - et non tel qu'il peut être prescrit par l'employeur - est interrogé au regard de plusieurs dimensions : marge de manœuvre, coopération, rythme, efforts physiques ou risques encourus. Pour les questions sur les efforts, l'intensité du travail, les risques d'erreurs, etc., ce sont les perceptions des agents qui sont recueillies. A la fin de l'entretien, il est proposé un auto-questionnaire à l'agent portant sur des questions plus délicates³. En 2019, le dispositif d'enquête a permis de recueillir 24 951 questionnaires en France métropolitaine et dans les départements et régions d'Outre-Mer.

Dans le cadre de notre étude sur la sinistralité des services à la personne, nous avons sélectionné le secteur de l'hôpital et du médico-social et comme professions les aides-soignant(e)s et les infirmier(ère)s. Les traitements statistiques à savoir des tris croisés ont été

³ Paragraphe qui s'inspire des encadrés de la DARES insérés dans les publications portant sur l'enquête Conditions de travail

effectués au moyen du logiciel SAS sur un fichier de données de données de 1853 agents (1085 infirmier(ère)s et 768 aide(s)-soignant(e)s).

Le volet Etablissements de l'enquête Conditions de travail et Risques psychosociaux 2016 est la deuxième édition de cette enquête auprès des employeurs. Il s'insère dans le dispositif des enquêtes Conditions de travail et est reconduit tous les trois ans, en complément du volet Conditions de travail auprès des individus.

Encadré 3: Volet « employeurs » de l'enquête conditions de travail de 2016

Les responsables de structures sont interrogés sur les politiques managériales en matière de conditions, d'organisation du travail et de prévention des risques professionnels. Afin de mieux appréhender la situation des employeurs publics d'une part, et, ceux du secteur hospitalier (public et privé) d'autre part, par rapport à ceux du secteur marchand et associatif, trois questionnaires spécifiques (secteur marchand et associatif, secteur hospitalier - public et privé-, et fonction publique d'Etat et territoriale) ont été mis au point, en collaboration avec la Drees et la DGAFP. Ils suivent une trame commune et partagent les questions sur les risques professionnels (y compris les risques psychosociaux) et sur les mesures de prévention pour permettre les comparaisons sectorielles. Le dispositif d'enquête a permis de recueillir 13 433 questionnaires France entière (répartis en 1 345 pour le questionnaire Secteur Hospitalier, 3 690 pour le questionnaire Fonction Publique et 8 398 pour le questionnaire Secteur marchand et associatif)⁴.

Nous avons axé notre étude sur les établissements médico-sociaux et les établissements sanitaires. Pour cela, nous avons sélectionné les établissements relevant du secteur hospitalier à savoir 1107 établissements de l'enquête répartis en 530 établissements relevant de la fonction publique hospitalière, 239 du secteur privé non lucratif et 338 du secteur privé lucratif. Les traitements réalisés à savoir une comparaison des pratiques mobilisées en faveur de la santé et de la prévention des risques entre les 3 secteurs a mobilisé des techniques de statistiques descriptives effectuées avec le logiciel SAS.

Encadré 4 : Les interactions entre les membres des équipes et les efforts en matière d'interdisciplinarité

Ce travail a rassemblé des disciplines complémentaires dans la compréhension des enjeux de la santé et qualité de vie au travail : science de gestion, sociologie, santé publique, ergothérapie. Ce travail a aussi mobilisé plusieurs experts en GRH dans le cadre de journées de travail et de conférences interactives mobilisant chercheurs et acteurs de terrains. Compte tenu de la richesse des échanges et des analyses une stratégie de publication a été lancée afin de valoriser la mixité des modèles disciplinaires et regards mobilisés.

⁴ Tiré de la présentation de l'enquête volet « établissement » sur le site de la DARES

-Un premier article mobilise les apports spécifiques de la GRH et des instruments de gestion pour décrire les enjeux de l'animation des équipes dans un environnement de travail « sain ».

-Un second article articule les apports des sciences de l'innovation et de l'ergonomie pour saisir les enjeux de la concertation autour des difficultés du travail et la nécessité de constituer des « communautés de pratiques pilotées ».

-Un troisième travail a permis de combiner les approches sociologiques et la psychologie positive pour saisir les dynamiques entre tensions et capacités auto-initiées de façonnage du travail en contexte de crise.

Un effort particulier concernant la transposition des résultats vers l'enseignement est aussi réalisé en direction des publics de dirigeants du secteur de la santé, présents à l'EHESP.

Un effort a été aussi réalisé pour valoriser les apports de la recherche auprès des partenaires du secteur (ARS et Fédérations d'établissements).

Tableau Récapitulatif et calendrier des travaux réalisés

	Titre	Années	Type de recherche	Données	Membre de l'équipe	Enjeux éclairés
Etude 1	1/Sinistralité 2/Etat des pratiques de prévention par les employeurs	2020 2021	Traitements statistiques	Base DARES volet conditions de travail 2021 Base DARES v. employeurs 2016	FQ CR M.S	Etat des pratiques dans les établissements de santé
Etude 2	Etat des « bonnes pratiques » en établissements	2021	Monographies	Entretiens	FB CR JU CR GL	Stratégies et limites des pratiques locales
Etude 3	Recherche-action	2022	Démarche participative : co-construction avec les acteurs	Focus groupes et projet	CR et JT	Amélioration des outils locaux
Etude 4	Etat de la littérature sur environnement de travail capacitant et stratégies adaptatives des soignants	2020-2022	Analyse de la littérature	Revue de la littérature tout secteur Revue internationale sur le job crafting dans le secteur de la santé	Tous MS	Etat des connaissances sur environnement de travail capacitant Etat des connaissances sur « jobcrafting »

Bibliographie

- Abord De Chatillon E., Richard D. (2015), « Du sens, du lien, de l'activité et du confort (SLAC). Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », Revue Française de Gestion, vol. 4, n° 249, 53-71
- Abord de Chatillon E., et al, (2016), Action managériale et influence du statut public privé sur les conditions de travail et les risques psychosociaux dans le secteur hospitalier, colloque Eclairages sur la qualité du travail, recherches issues de l'enquête Conditions de travail, DARES, Paris, 22 novembre 2016.
- Amira, S., (2016), La prévention des risques professionnels : les mises en œuvre par les employeurs publics et privés, mars, n°013, DARES Analyses, en ligne.
- Arzumanyan, Lusine, et Ulrike Mayrhofer. « L'adoption des outils numériques dans les communautés de pratique. Le cas du Groupe SEB », Revue française de gestion, vol. 254, no. 1, 2016, pp. 147-162.
- Bazin, M., Muller M., (2018), Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD, Etudes et Résultats, DREES, juin, n°1067.
- Bénédic, Michaël. « Les apports de l'analyse des réseaux sociaux au management de communautés pilotées », Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels, vol. xxv, no. 62, 2019, pp. 35-53.
- Bertezene, S. & Vallat, D. (2016). Changement et engagement dans une stratégie RSE le cas des établissements sociaux et médico-sociaux français. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, 21(2), 3-23.
- Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. Management Avenir, (3), 168-189.
- Brunelle, Y., (2009), Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars, 39-48.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied psychology, 86(3), 499-512.
- Demers C., (2003), L'entretien. In : Giordano Y., Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative, Colombelles. EMS Editions, Les Essentiels de la gestion.
- Detchessahar, M. (2013). Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion, Négociations, (19), 57-80.
- Dubrion, B., (2010). Gestion des ressources humaines et responsabilité sociale des entreprises : éclairer des évolutions nouvelles à la lumière de questionnements anciens. Management & Avenir, 39(9), 31-51.

- El Adraoui, Hayat. « Effets de la GRH sur la performance : validation du modèle configurationnel auprès d'un échantillon de 92 entreprises au Maroc », *Question(s) de management*, vol. 11, no. 3, 2015, pp. 43-56.
- Goglio-Primard, Karine, et Eddie Soulier. « Connaissances et technologie dans les communautés d'innovation », *Systèmes d'information & management*, vol. 23, no. 1, 2018, pp. 3-9.
- Guillaume L.-P., Delmas C. & Goglio-Primard K. (2017). « Schneider Electric pilote les communautés de pratique avec le programme Communities@Work », in Sarazin B., Cohendet P. & Simon L. (eds). *Les communautés d'innovation : De la liberté créatrice à l'innovation organisée*, Éditions EMS, Caen, 139-162.
- Haute Autorité en Santé, (2016), *Revue de littérature Qualité de vie au travail et qualité des soins*. En ligne.
- Michaux, V. & Defélix, C. (2019). *Conduire un diagnostic partagé en contexte inter-organisationnel : enseignements théoriques et pratiques*. *Revue de gestion des ressources humaines*, 111(1), 19-34.
- Miles M. & Huberman M. (2005), *Analyses des données qualitatives*, De Boeck.
- Ollivier E., Routelous C, (2017), « De la gestion de l'absentéisme à un management durable : Propositions de nouveaux indicateurs centrés sur les marges de manœuvre », *Santé RH*, N° 99, Novembre 2017.
- Petit, R., Zardet, V. (2017). *Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management*. *@GRH*, 22(1), 31-54.
- Randon, S., Baret C., et Prioul, C., (2011), « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, vol. 49, no. 9, 133-149.
- Saboune, K., Montargot, N. & Puig, E. (2018). *Contribution à l'étude de la perception de la performance sociale en EHPAD*. *Question(s) de management*, 20(1), 59-70.
- Vallat D. & Bertezene S. (2015), *Manager la RSE dans un environnement complexe : le cas du secteur social et médico-social français*, Editions EMS.

3. Les principaux résultats

3.1_ La soutenabilité du travail en EHPAD : L'enjeu des équilibres entre exigences et ressources dans la capacité de façonnage du travail

Synthèse 3.1

Nous avons analysé les conditions de travail perçues par les soignants afin de saisir les enjeux de l'amélioration de l'équilibre entre exigences et ressources au travail.

Un premier travail sur les conditions de travail perçues par les salariés en 2019 (traitement des données DARES base salariés) donne à voir une forte intensité du travail en lien avec un ratio de personnel mis en tension par les enjeux de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie dont la dépendance augmente. Le cumul des TMS et des RPS et l'impossibilité d'intervenir sur la quantité de travail nuisent déjà à la soutenabilité du travail. Le contexte du travail dans le secteur apparaît comme un environnement de travail aversif où la sinistralité progresse. La mise en visibilité des risques et tensions au travail et la capacité d'adaptation pour y faire face apparaissent comme les deux axes d'améliorations possibles.

Un second travail porte sur le regard des soignants sur les nouvelles tensions (de rôles) apparues pendant la crise Covid et sur les comportements auto-initiés pour y faire face, comportements permis par des ressources spécifiques associées à la gestion de crise. Ce travail nous a permis de saisir les capacités adaptatives et auto-initiées des soignants en milieu aversif, grâce au concept de *job-crafting*. Nous avons souligné que des contraintes, même très élevées pendant la crise Covid, ont pu être dépassées, provisoirement, par des stratégies de façonnage des tâches, des relations et du sens du travail, une perception positive des défis et un abaissement de certaines contraintes. Cet alignement entre les exigences du travail et la capacité à mobiliser les ressources offertes par l'environnement appelle dans la durée la nécessité de penser le développement personnel et professionnel des individus nécessaire au maintien d'un « réservoir de ressources » individuel et interindividuel, de même que la modulation de la charge de travail et la liberté laissée aux équipes pour façonner leur organisation du travail. Reste que les capacités adaptatives semblent provisoires en l'absence d'une charge de travail soutenable, d'un environnement durablement solidaire et d'un management habilitant (nous reviendrons sur ce dernier point dans la troisième partie).

F. QUIDU

C. ROUTELOUS

Le cumul des TMS et des RPS et l'impossibilité d'intervenir sur la quantité de travail nuisent à la soutenabilité du travail. L'information sur les risques apparaît comme un axe d'amélioration prioritaire.

1.1 Un secteur très sinistré par les accidents du travail et les risques de TMS

En France 8.000 EHPAD accueillent plus de 575 000 personnes âgées en perte d'autonomie dont la prise en charge est assurée par plus de 361 000 agents (DREES, 2016). Si ces établissements connaissent une certaine diversité de niveaux de dépendance, de pathologies et besoins en soins associés (baromètre Performance secteur médico-social ANAP, 2018), il n'en reste pas moins que ces établissements ont un dénominateur commun : « une identité professionnelle forte, construite autour de métiers dont la pénibilité n'est pas dissimulée, mais qui est souvent dépassée par un engagement individuel et des gratifications multiples, issues de la relation privilégiée aux usagers, aux familles, aux collègues, à l'établissement » (Marquier et al., 2016).

Le niveau de dépendance des personnes âgées a fortement progressé ces dernières années et cette situation génère pour le personnel soignant des risques de troubles musculo-squelettiques car la mobilisation des personnes âgées est considérée comme une situation dangereuse du fait des besoins de transferts du résident (lit/fauteuil...), repositionnement, réalisation de toilette et de soins, aide au repas, accompagnement à la marche, mobilisation d'un résident tombé au sol...

Reste que les soignants évaluent plutôt positivement leur état de santé général malgré la présence de douleurs fréquentes pour plus de 75% des IDE et 83% des aides-soignantes.

	Aides-soignant-e-s	Infirmièr-e-s
Auto-évaluation santé Bon/très bon	62%	71%
Score bien être WHO 33-69/100 Epanoui	55% AS 32% AS	59% IDE 33% AS
Malade chronique	36.5%	33.5%
Mouvements douloureux ou fatigants	87%	63%
Douleurs fréquentes	83%	75%

En dix ans, dans le secteur des services à la personne, le nombre de maux de dos entraînant un arrêt maladie a augmenté de plus de 2200 cas par an : 87% des aides-soignants et 63% des IDE disent réaliser des mouvements douloureux ou fatigants.

Des travaux montrent que le nombre de jours d'absence pour maladie dans le secteur public est équivalent aux autres secteurs de la santé (privé et non lucratif) à structure de main d'œuvre et conditions de travail comparables. La fréquence des accidents y est devenue particulièrement forte. La branche AT/MP avance le taux de 92,7 AT pour 1 000 salariés en 2015 alors qu'en moyenne on se situe à 33,9 accidents pour 1 000 salariés dans les autres secteurs d'activité en moyenne. Rappelons que les catégories d'ESMS qui enregistrent les taux d'absentéisme moyens les plus hauts (EHPAD, FAM, MAS, SPASAD, SSIAD), sont également ceux qui détiennent les taux d'absentéisme pour accident du travail les plus importants (ANAP, 2018 p.25).

Dans l'étude DARES, 20% des AS et 13% des IDE déclarent avoir eu un accident au moins dans les 12 mois. Les soignants déclarent en 2019 entre 34 jours pour les IDE et 41 jours pour les AS de jours d'arrêt en lien avec les accidents du travail.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Un accident ou plus dans les 12 mois	20%	13%
Nb jours d'arrêts / accidents	41J	34J

1.2 Le cumul avec les risques psycho-sociaux

Au-delà des risques physiques, les risques psycho-sociaux (RPS) sont aussi très présents dans le secteur. Les travaux de la commission Gollac (2011), en identifiant un ensemble de facteurs de risques psychosociaux, fournissent un cadre d'analyse à ces derniers. Les établissements de santé apparaissent comme particulièrement soumis aux facteurs de risques définis par le collège Gollac.

Même si les soignants ont le sentiment majoritairement de faire un travail utile (88%), ils ne se sentent pas capables de tenir jusqu'à la retraite, ni ne le souhaitent à 37% pour les AS (27% se disent dans l'obligation de changer de métier dans les 3 ans) et à 44% pour les IDE (17% dans les 3 ans). Plus d'un salarié sur deux juge que le travail influence négativement la santé.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Impression de faire qq chose d'utile	88.5%	88%
Obligation de changer de métier ou qualification dans les 3 ans	27%	17%
Influence du travail plutôt mauvais pour la santé	59%	54%

Le manque de ressources et la charge de travail sont des pressions constatées et récurrentes.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Obligation de se dépêcher	67%	72%
Interruption de tâche	76.5%	88%
Temps suffisant pour effectuer correctement le travail	53%	50%
Collaborateurs en nombre suffisant : oui	34.5%	48%
Matériel suffisant	65%	58%

En matière d'intensité du travail et de temps de travail : les données soulignent l'accroissement de la charge et de l'intensité du travail qui dépasse les conditions de travail permettant un travail soutenable et de qualité.

Seulement un salarié sur deux évoque la fierté du travail bien fait, et plus de 40% des AS et près de 30% des IDE disent devoir sacrifier la qualité du travail toujours ou souvent. 71% des AS et 78% des IDE disent devoir faire parfois des choses qu'ils désapprouvent. Cette situation génère des conflits de valeurs ou des conflits éthiques sur la qualité du travail et la qualité des soins.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Fierté du travail bien fait	53%	54%
Faire des choses qu'on désapprouve Jamais	29%	22%
Sacrifier la qualité : souvent + toujours	40.5%	29%

En matière d'exigences émotionnelles : les travaux révèlent un contact avec le public altéré, et la peur de passer à côté de quelque chose d'important pour la santé/sécurité des résidents est présente, à cause notamment de l'interruption fréquente des tâches.

Les données soulignent aussi des risques accrus en lien avec les tensions avec les résidents ou leur entourage. Plus de 63% des AS et 69% des IDE disent connaître des tensions avec le public.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Avoir peur pendant le travail pour sa sécurité ou celle des autres	76%	75%
Situation de tension avec public	63%	69%

1.3 Une possibilité limitée d'intervenir sur son travail, un manque de reconnaissance mais des relations sociales plutôt positives

Même si les soignants disent pouvoir à plus de 65% organiser leur travail à leur convenance et bénéficier de la possibilité de développer des compétences et de mobiliser la formation continue ; le manque de marge de manœuvre dans la charge de travail semble favoriser la stratégie de retrait des soignants. Près de 60% disent ne jamais pouvoir intervenir sur la quantité de travail attribuée.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Organiser son travail à sa convenance	65%	67%
Possibilité d'intervenir sur la quantité de travail attribuée : jamais	59%	61%
Occasion de développer des compétences prof.	77%	83%
Formation continue suffisante et adaptée	60%	57%

En matière de rapports sociaux au travail et de reconnaissance, on retrouve une qualité des relations avec les collègues et la hiérarchie qui n'est pas trop altérée par des conflits interpersonnels, par une trop grande distance du management de proximité ou par un manque de solidarité.

En effet, si plus d'un tiers disent rencontrer des tensions avec des collègues ou les supérieurs, plus de 95% disent pouvoir bénéficier de l'aide de leurs collègues et près de 60% de l'aide de leurs supérieurs. Enfin, 94% disent pouvoir aborder collectivement les questions d'organisation du travail dans le service. Les supérieurs semblent être jugés compétents sur la connaissance du travail évalué, et les pratiques semblent équitables.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Situation de tensions avec collègues	36.5%	34%
Aide apportée par collègues	95.5%	96%
Possibilité d'aborder collectivement les questions d'organisation	94%	95%

Situation de tension avec supérieurs	37%	41%
Aide apportée par supérieur	62%	59%
Attention du supérieur – d'accord	65%	74%
Bonne connaissance du travail des personnes qui l'évaluent – d'accord	68%	66%
Pertinence des critères d'évaluation du travail effectué	61%	51%
Entretien d'évaluation annuel	81.5%	83%
Etre traité de façon équitable	74%	75.5%

En revanche, la qualité de la reconnaissance ou des perspectives de promotion sont critiques. Seul un soignant sur deux estime recevoir le respect et l'estime pour le travail effectué. Moins de 10% des soignants s'estiment bien payés et plus de 60% s'estiment mal voire très mal payés. Au-delà, seuls 40% évoquent une perspective de promotion. En matière de participation, moins de 10% pensent pouvoir influencer les changements en cours et seuls 10% environ disent avoir été consultés.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Respect et estime pour le travail effectué – d'accord	55%	52%
Perspectives de promotion	40%	41%
Bien payé	8%	7%
Normalement payé	32%	30%
Mal/très mal payé	60%	63%
Etre consulté lors des changements	12%	10%
Pense influencer lors des changements	7%	6%

1.4 La nécessité de penser une meilleure conciliation des temps professionnels et personnels

La question de la conciliation des temps professionnels et privés est aussi un enjeu fort. Si une majorité de soignants juge avoir plutôt une bonne ou une très bonne conciliation des temps, un tiers juge que cette conciliation ne se passe pas bien. Et si la planification des emplois du temps a progressé (horaires connus un mois à l'avance et horaires coupés) ; la question des heures supplémentaires reste problématique car 24% des AS et 56% des IDE disent en réaliser. Enfin, la question du paiement reste encore un problème et celle des récupérations à des dates imposées est un frein à la satisfaction.

	Aides-soignant-e-s	Infirmier-e-s
Conciliation VPVP		
TB/ Bien	67%	64%
Pas bien	33%	36%
Temps plein	81%	76%
Dimanche travaillé	87%	75%
Durée trajet supérieure à 35 mn	35%	41%
Connaissance horaires pour le mois à venir : non	19%	14.5%
Horaires variables d'un jour à l'autre	31.5%	39%
Morcellement en 2 temps séparés par 3H	7%	2%
Heures supplémentaires / SOUVENT	24%	56%
Pas de compensation particulière	23.5%	30.5%

La très forte augmentation exigée de la productivité, l'intensification du travail et le sentiment de qualité empêchée ; les conflits de valeurs qui en découlent, les changements de structure et d'organisation du travail importants, les exigences de flexibilité des horaires et des compétences : sont autant de risques forts qui appellent des mesures de prévention des risques au travail.

1.5 L'information sur le risque comme axe d'amélioration prioritaire

Les mesures prises semblent insuffisantes et disparates.

La crise Covid a permis de mettre à jour le manque d'équipement de protection individuelle dans les structures et l'usage très inégal de ces équipements. Ces pratiques inhomogènes d'utilisation des équipements semblent être conditionnées par une information sur les risques très insuffisante. En effet, seulement 42% des AS et 37% des IDE disent avoir reçu de l'information en la matière. On constate que les représentants du personnel et la médecine du

travail sont des canaux faibles d'informations. Ils ont informé moins d'un soignant sur 5. In fine près d'un soignant sur 3 dit ne pas disposer de consignes de sécurité. Un tiers des AS et un quart des IDE ont connaissance du DUER et seulement 60% des soignants ont bénéficié d'une visite médicale malgré la sinistralité du secteur et le risque de désinsertion professionnelle.

	Aides-soignant-e-s	Infirmièr-e-s
Mise à disposition des équipements individuels de protection	86%	81%
-Aucun équipement	2.5%	10%
Utilisation des équipements à disposition	85%	71%
Informations sur les risques	42%	37%
-Par l'organisation	39%	33%
-Par les collègues	21%	17.5%
-Par les représentants du personnel	19%	18%
-Par le médecin du travail	14%	15%
Formation à la sécurité par l'entreprise	43%	35%
Dispose de consignes de sécurité : NON	29.5%	31%
Connaissance du DUER	32%	25%
Dernière visite médicale		
Moins de 2 ans	60%	63%
Plus de 5 ans	16.5%	12.5%

Le ressort le plus important dans la structuration des établissements quant aux conditions de travail et aux actions managériales devrait être l'exposition aux risques. Le secteur étant particulièrement sinistré, on pourrait imaginer que la sensibilisation ou la prise de conscience du problème que peuvent engendrer les conditions de travail favorise l'activisme des parties prenantes dans les établissements. Malheureusement, le traitement de la prévention des risques professionnels reste très en deçà des enjeux.

En l'état le travail n'apparaît plus comme soutenable de par son intensité et de par les conditions de travail qui se sont encore dégradées et qui majorent encore la pénibilité et le sentiment de ne plus pouvoir faire du « bon travail ». Ainsi une vraie politique de prévention des risques apparaît comme une première exigence pour travailler de manière plus systémique à créer des conditions de travail plus attractives et plus soutenables dans le secteur. Malheureusement nous verrons dans la partie 2 que malgré les enjeux de sinistralité connus dans le secteur depuis des années, les stratégies de prévention ne sont pas à la hauteur des besoins. Heureusement, la qualité du soutien des collègues et des managers, l'autonomie laissée dans la réalisation de tâches et la fierté d'exercer un métier qui a du sens sont des ressources qui permettent de soutenir le réservoir de ressources.

Nous allons voir que pendant la crise Covid, ces dimensions ont joué un rôle majeur dans la capacité à faire face.

M.SADER

C.ROUTELOUS

Nous avons réalisé une revue de la littérature anglo-saxonne afin d'éclairer un mécanisme utile à la compréhension de stratégie d'ajustement entre exigences de l'environnement et capacité d'action auto-initiée : Le concept de *job crafting*. Ce concept est utile pour saisir la nécessité de prendre en compte la nature des ressources disponibles en particulier dans les environnements de travail aversifs. En effet, les agents du secteur, font face à une charge de travail lourde et à un investissement émotionnel intense. Mais le travail dans les établissements de santé se caractérise aussi par des valeurs fortes qui permettent aux professionnels de santé de construire le sens qu'ils donnent aux situations professionnelles. De manière générale, le *job crafting*⁵, ou façonnage de l'emploi, renvoie à la conception et à la personnalisation de l'activité professionnelle d'un individu, de façon proactive. En ayant la possibilité d'influencer son environnement professionnel, l'individu devient l'artisan de son travail. Le *job crafting* conceptualise le salarié comme un designer actif de son travail, orientant ses actions de la base vers le sommet plutôt que comme un récepteur passif des caractéristiques du travail implémenté par la hiérarchie.

En façonnant son travail, le salarié s'autorise une activité de micro-émancipation. Il rencontre et assimile les exigences de son travail et se permet de les aligner avec ses aspirations et ses attentes. Il s'avère essentiel de souligner que le *job crafting* représente les changements implémentés par les salariés afin d'améliorer leur expérience au travail. La littérature en management organisationnel a mis en lumière des actions de *job crafting* par lesquelles les salariés augmentent leur bien-être au travail en « façonnant » et en créant du sens et de l'épanouissement dans leurs activités (Hornung et Höge, 2021). La dimension sociale derrière le *job crafting* cherche à favoriser « l'autonomie et l'influence des salariés, l'auto-détermination, l'auto-organisation et la participation. L'individu crée des expériences de travail plus gratifiantes, significatives et agréables par lui-même ou en collaboration avec les autres membres ou parti prenantes de l'organisation (Hörnung et al., 2019 ; Berg, Wrzesniewski et Dutton, 2010), favorisant le bien-être au travail. En effet, si à la base, le *job crafting* est un

⁵ Il convient de préciser que tout au long de ce manuscrit, nous utiliserons les termes suivants d'une manière interchangeable : *job crafting*, remodellement d'emploi, façonnage de l'emploi, modelage du travail, personnalisation de poste

comportement auto-initié et proactif, l'environnement de travail doit faciliter les opportunités de façonnage de l'emploi, voire même les créer.

Deux approches ont dominé la littérature pour accompagner la recherche sur le job crafting. La première porte sur les travaux de Wrzesniewski et Dutton (2001), et la seconde repose sur les recherches de Tims, Bakker et Derck (2012). Dans ce qui suit nous développerons chacune de ces deux approches pour en saisir les nuances et la complémentarité.

2.1 L'approche développée par Wrzesniewski et Dutton (2001) : façonnage des tâches, façonnage des relations sociales et façonnage cognitif

Wrzesniewski et Dutton ont été les premiers à introduire le terme de job crafting en 2001. Les auteurs le définissent comme étant « les changements physiques et cognitifs que les individus apportent aux tâches et aux relations développées dans le cadre de leur travail » pour modifier le sens et l'identité de celui-ci (Wrzesniewski et Dutton, 2001, p. 179), et développent trois types de job crafting : le task crafting, le relational crafting et le cognitive crafting (Wrzesniewski et Dutton 2001 ; Berg, Dutton et Wrzesniewski 2013).

Le task crafting

Pour Berg, Dutton et Wrzesniewski (2013), le travail représente une composition de tâches sur lesquelles l'individu peut agir afin de donner plus de sens au travail. Afin de proposer trois manières de façonner les tâches au travail, les auteurs se sont basés sur les techniques du job crafting décrites par Berg, Grant et Johnson (2010) et la théorie du Job Design (Grant & Parker, 2009; Hackman & Oldham, 1976; Oldham & Hackman, 1981, 2010). Cette théorie stipule que les comportements au travail varient en fonction des tâches données au salarié. La variété des compétences sollicitées, l'identité de la tâche qui reflète la possibilité du salarié d'exécuter son travail du début à la fin ou la signification de la tâche qui renvoie à l'influence du travail sur la vie des autres au sein de l'organisation ou dans la société dans son ensemble, donnent au salarié davantage de sens au travail, ce qui augmente sa motivation et sa performance. En combinant la théorie du job design avec les techniques du job crafting, les auteurs ont proposé trois façons de « crafter » les tâches :

- Adding tasks : le salarié peut ajouter des tâches voire des projets à son travail afin de le rendre plus stimulant. Par exemple, un soignant, intéressé par les médias sociaux pourrait communiquer pour soutenir une campagne de recrutement de futurs collègues en communiquant sur l'intérêt du métier ou de projets spécifiques.
- Emphasizing tasks : le salarié peut accorder davantage de temps, d'énergie et d'attention à une tâche particulière de son travail qu'il trouve intéressante et stimulante.

Par exemple, un soignant prend du temps afin de transmettre à des patients les bonnes pratiques à réaliser à domicile.

- Redesigning tasks : lorsqu'il n'est pas possible d'ajouter ou d'accentuer certaines tâches, le salarié peut les repenser afin de les rendre plus significatives. C'est le cas d'un soignant expérimenté qui peut coacher un nouveau collègue dans le cadre d'un mentorat.

Le relational crafting

Les salariés peuvent façonner leurs relations interpersonnelles au travail en modifiant avec qui et comment ils forment ces relations. Les auteurs utilisent le terme « connexion » pour désigner les petits et courts échanges avec autrui qui sont basés sur l'affect et la confiance. Ces interactions et expériences positives quotidiennes sont importantes, car elles peuvent se transformer en relations plus profondes. En effet, la qualité des relations sociales au travail constitue une source potentielle de soutien social (Thoits, 2011) et de soutien psychosocial (Baldwin, Bedell, & Johnson, 1997). Elle peut avoir un effet direct sur le bien-être de la personne, puisqu'elle offre la possibilité de vivre des expériences sociales qui engendrent un sentiment d'identité, de stabilité, de détermination, d'appartenance, de sécurité et d'estime de soi (Cohen, 2004). De plus, elle promeut une meilleure adaptabilité de carrière (Ibarra, 1995) et peut également jouer un rôle dans le succès de carrière (Seibert et al., 2001). Berg et ses co-auteurs (2013) proposent trois manières de façonner les relations sociales qui peuvent accroître le sens du travail.

- Building relationships : en construisant des relations sociales avec autrui, les individus cherchent également à cultiver et à construire du sens en ce qui concerne leur travail. Ils créent des liens avec des personnes qui leur permettront de se sentir dignes et fiers. Tel est le cas, par exemple, des agents de services hospitaliers (ASH) qui cherchaient à interagir davantage avec les patients et leurs familles parce qu'ils se sentaient ainsi plus appréciés (Wrzesniewski, Dutton, & Debebe, 2003).
- Reframing relationships : les salariés façonner leurs relations au travail en modifiant la nature même de leurs relations, dans le but d'atteindre plus de sens au travail. Cela est notamment le cas d'un cadre de santé qui cherche à connaître les préférences et les centres d'intérêts professionnels de ses collaborateurs, pour lui confier des missions qui y font échos.
- Adapting relationships : les salariés peuvent renforcer le sens de leur travail en fournissant du soutien social à leurs collègues. De manière générale, le soutien social renvoie à l'aide apportée à un individu par les gens qui l'entourent. Cette aide génère une confiance entre les membres, qui facilite les échanges et les actions et crée un climat propice à l'échange du soutien. Ce type d'adaptation renforce les relations

sociales, à travers l'instauration des relations de confiance et un regard positif. Cela est le cas, par exemple, des soignants qui interagissent ensemble de manière à réussir leur travail (Fletcher, 1998). L'auteur décrit cette façon d'agir sous le terme de mutual empowering. Il s'agit de comportements qui vont permettre aux collègues d'être productifs et d'atteindre les objectifs liés au travail, en augmentant leurs compétences et leur confiance en soi.

Le cognitive crafting

Contrairement au crafting relationnel et au task crafting, le cognitive crafting n'agit pas sur l'aspect physique du travail : il reflète une adaptation cognitive en modifiant la manière dont l'individu réfléchit à ses tâches, ses relations et son emploi dans son ensemble. Berg et ses co-auteurs (2013) proposent trois types de cognitive crafting qui permettent au salarié de trouver du sens à son activité.

- Expanding perceptions : le sens du travail est défini à travers l'adoption d'une perception plus large du travail réel. Cela peut être illustré par l'exemple des ASH qui considèrent que leur mission principale consiste à protéger et à prendre soin des personnes, même si leurs tâches principales se limitent à entretenir les espaces.
- Focusing perceptions : le fait de focaliser son attention sur des tâches significatives peut représenter une manière de construire du sens à son travail. Cela peut être le cas pour une animatrice qui apprécie la partie création du métier et qui se concentre ainsi sur la proposition d'idées d'animation individuelle plutôt que sur le prolongement d'activités existantes.
- Linking perceptions : le sens vient des liens construits entre les tâches, ou entre les relations sociales et les centres d'intérêts de la personne, et son identité. Cette situation peut concerner, par exemple, un soignant qui utilise son travail pour exprimer sa passion pour le stand-up pour faire sourire les patients.

2.2 L'approche développée par Tims, Bakker et Derks (2012) : l'augmentation des ressources et des défis et la maîtrise des obstacles

Tims, Bakker et Derks (2012) définissent le job crafting en se basant sur le modèle Job Demands-Resources (JD-R) qui a été initialement proposé par Demerouti, Bakker, Nachreiner et Schaufeli (2001) pour expliquer l'épuisement professionnel. Ce modèle part d'une conception de l'épuisement professionnel en termes de disproportion entre les exigences au travail et les ressources. Le modèle postule que l'épuisement professionnel se développe quand les exigences sont élevées et que les ressources personnelles pour y faire face sont faibles, sur une longue durée et avec une fréquence élevée. Le job crafting, inséré dans le

cadre du modèle JD-R, est ainsi défini comme « les changements effectués par les salariés dans le but d'atteindre un bon équilibre entre d'un côté les demandes psychologiques et les ressources au travail de l'autre les capacités et besoins personnels » (Tims et al., 2012, p. 174).

Les auteurs proposent quatre dimensions de job crafting.

L'augmentation des ressources structurelles du travail

Cette dimension fait référence à la variété des ressources, les possibilités de développement et l'autonomie au travail. L'individu recherche la satisfaction au travail. Les ressources professionnelles sont associées positivement à l'engagement au travail, la performance et la fidélité de la clientèle. Les ressources professionnelles perçues par le salarié permettent de modérer l'impact négatif des exigences qu'il ressent dans son travail, voire de favoriser l'engagement au travail même quand les demandes psychologiques sont élevées.

L'augmentation des ressources sociales du travail

Cette dimension renvoie au soutien social, au coaching du superviseur et au feedback. En cherchant à augmenter ses ressources sociales, l'individu agit sur les aspects sociaux de son travail de manière à atteindre des niveaux d'interactions satisfaisants par exemple. Il cherche à accroître ses ressources et se mobilise pour obtenir des ressources spécifiques, comme le soutien des collègues ou encore celui du superviseur hiérarchique (Lin, 1999; Ng & Sorensen, 2008).

L'augmentation des exigences de travail perçues comme un défi

Cette troisième dimension pousse les individus à développer leurs compétences afin d'atteindre des objectifs plus ambitieux. L'individu cherche à effectuer davantage de tâches et se montre volontaire pour joindre de nouveaux projets. Ce type de job crafting permet au salarié de développer de nouvelles compétences et qualifications. Il est souvent associé à la satisfaction, à l'engagement au travail (Podsakoff, Lepine, & Lepine, 2007), et à un sentiment d'auto-efficacité (Rai, Patyal, & Maheshwari, 2020).

La diminution des exigences de travail perçues comme un obstacle

Dans cette quatrième dimension, l'individu recherche le bien-être au travail. Elle vise à diminuer, émotionnellement, mentalement et physiquement, les exigences liées au travail, et permet de prévenir des comportements contre-productifs (Chun Chu & Choi, 2005). La personne évite alors de s'engager dans des tâches qui excèdent ses capacités, ou cherche à diminuer l'effet négatif des tâches répétitives, des activités monotones, peu ou pas créatives, et qui ne sollicitent pas le développement de nouvelles compétences. Elle cherche également à réduire les conflits entre les sphères du travail et de la famille. Greenhaus et Beutel (1985,

p. 77) définissent ce conflit comme « une forme de conflit inter-rôles dans lequel les pressions des domaines du travail et de la famille sont mutuellement incompatibles à certains égards ».

Ainsi, les approches de Wrzesniewski et Dutton (2001) et de Tims, Bakker et Derk (2012) diffèrent sur deux aspects principaux. Premièrement, au niveau du contenu du crafting. L'approche de Wrzesniewski et Dutton (2001) se focalise sur la modification des frontières des tâches, des relations et des aspects cognitifs de l'emploi, celle de Tims et ses collègues se focalise sur la modification des caractéristiques du travail. Deuxièmement, au niveau de la finalité du crafting, Wrzesniewski et Dutton (2001) soulignent que l'individu façonne son travail afin de lui donner plus de sens et d'identité, alors que pour Tims, Bakker et Derk (2012), l'individu façonne son travail en vue d'une meilleure adéquation avec son emploi.

La combinaison de ces deux approches trouve tout son intérêt pour saisir les ressources et les actions de façonnage des tâches réalisées pendant la crise Covid.

Chapitre 3-. Etude des comportements de façonnage auto-initiés pour faire face aux nouvelles tensions de rôles apparues avec la crise Covid 19

AL LE HESRAN

C ROUTELOUS

M SADER

* Cette recherche a bénéficié d'un co-financement par les ARS Pays de Loire et Bretagne 2021-22 [dispositif DIREES]. Les résultats détaillés de ce travail font l'objet d'un article en cours de publication dans la revue RIPCO.

Le job crafting, ou façonnage de l'emploi, nous venons de le voir renvoie à la conception et à la personnalisation de l'activité professionnelle d'un individu, de façon proactive. En ayant la possibilité d'influencer son environnement professionnel, l'individu devient l'artisan de son travail. Un consensus émerge de la littérature et caractérise le job crafting en fonction des deux éléments suivants : la proactivité et l'auto-initiation. Pour Tims, Bakker et Derk (2012), l'individu façonne son travail en vue d'une meilleure adéquation avec son emploi. Parmi les conséquences les plus attribuées au job crafting se trouvent l'amélioration du sens du travail, la favorisation de l'identité professionnelle et une meilleure satisfaction au travail. Dans le contexte de la crise Covid, il nous a semblé intéressant d'étudier la manière dont le job crafting s'est manifesté dans un contexte de travail incertain et dégradé. Nous trouvons pertinent de saisir quelles manifestations du job crafting ont permis d'endiguer au moins provisoirement les tensions de rôles qui ont émergées dans le contexte Covid d'une part et d'approfondir d'autre part la portée de la théorie du job crafting dans un contexte qui ne relève ni de la recherche de l'accomplissement personnel, ni du simple évitement des aspects négatifs.

La crise Covid a mis en lumière de nouvelles tensions de rôles et des capacités à façonner son travail. La crise Covid a exacerbé les tensions de rôles et en a créé de nouvelles. Les analyser doit aussi permettre d'observer les comportements des individus qui les vivent et de voir quelles stratégies sont mises en place pour les gérer et les réduire.

Méthodologie de la recherche

L'étude qualitative a été réalisée auprès de 24 soignants d'établissements médico-sociaux français. Le guide d'entretien a été construit autour de grands thèmes relatifs à l'objet de notre recherche : la réorganisation du travail liée à la crise Covid, les éléments de satisfaction et d'insatisfaction en lien avec l'organisation du travail, les pratiques spécifiques à la sécurité et la santé au travail mises en œuvre, les échanges avec les managers, les liens entre

professionnels et hiérarchie. Les entretiens ont été réalisés entre novembre 2020 et mars 21. Ils ont été réalisés par les étudiants en stage de direction dans le cadre d'un module d'enseignement sur la SQVT. Les entretiens ont été retraités et les résultats de l'étude nous ont permis d'identifier les tensions de rôles perçues par les soignants et leurs stratégies de façonnage déployées pour y faire face. La synthèse ci-dessous décrit les tensions de rôles évoquées dans les entretiens et nous présentons les stratégies de façonnage des tensions de rôles par des comportements auto-initiés.

3.1. Le façonnage des tensions de rôles apparues pendant la crise

« La tension de rôles correspond au sentiment qu'éprouve un professionnel qui se trouve dans une situation où il lui est difficile, voire impossible, de répondre à toutes ces attentes de façon satisfaisante tant à ses yeux qu'aux yeux des personnes qui les formulent » (Royal & Brassard, 2010). Les auteurs ont mis en évidence différentes formes de tensions de rôles que sont les conflits, les ambiguïtés et la surcharge. Ces formes de tensions sont reliées à la notion d'attente de rôles, et ces attentes de rôles peuvent conduire à des tensions qui sont de quatre natures différentes. L'individu se sent pressé ou surchargé tant sur le plan professionnel que sur le plan mental ou émotionnel (surcharge quantitative ou qualitative) (1) ; il a l'impression que les attentes formulées à son égard sont conflictuelles (conflits entre les rôles) (2) ; il constate une insuffisance de ressources personnelles ou autres pour faire face à ces attentes (incapacité de remplir les rôles) (3) ; il estime que les attentes sont floues ou que des attentes qui devraient être formulées ne le sont pas (ambiguïté des rôles) (4). Les tensions de rôles englobent donc les notions de conflits de rôles, ambiguïtés de rôles et surcharges de rôles.

Nous pensons qu'il est utile de mettre à jour les tensions de rôles chez les soignants pour saisir l'impact particulier qu'a pu avoir la gestion de la crise Covid, avec son lot d'incertitudes, dans un quotidien confronté déjà aux effets d'une vague de restructurations, mais qu'il est tout aussi nécessaire de rechercher les modalités de résolution des différentes tensions de rôles par les individus, dans le cadre de leur activité professionnelle.

3.2. Le façonnage des tensions liées à la surcharge de travail

Le façonnage du manque de temps par la vocation et la concession du temps de repos

La surcharge de travail décrite par les agents dans le contexte de la crise Covid est le résultat, dès le début du premier confinement en mars 2020, de plusieurs facteurs qui viennent

bouleverser le fonctionnement habituel des établissements. Les équipes se trouvent confrontées à une nécessité de réorganisation ainsi qu'à une obligation de compensation suite à un absentéisme plus conséquent de leurs collègues malades. De plus, le confinement des résidents en chambres demande également de revoir l'organisation de la distribution des repas et de mettre en place un accompagnement et des animations individuels, dispositifs bien plus chronophages. Enfin, l'appropriation des équipements et des protocoles sanitaires représentent également une charge mentale et un temps conséquent que les agents doivent intégrer dans leurs plannings.

C'est le besoin des usagers, l'engagement vis-à-vis de la profession, qui sont évoqués pour expliquer la volonté de travailler dans ce contexte, malgré l'appréhension du risque de contamination pour soi et les siens. L'attachement émotionnel des soignants aux usagers et le devoir moral de rester en tant que soignant sont ici des leviers importants dans le façonnage cognitif de la charge de travail. La dimension humaine et le temps de présence au côté des usagers sont jugés primordiaux, malgré la charge supplémentaire que ces temps relationnels représentent en plus du temps pris par les protocoles de prévention de la contamination. La nécessité de couvrir les besoins fondamentaux, dont le contact humain, nourrit un sentiment de concordance entre le métier et les valeurs, malgré l'épuisement.

Cette posture permet aussi aux soignants de se sentir responsables et auteurs dans la réalisation du travail de care des résidents. Le prendre soin prend ici tout son sens. Nous pensons qu'il s'agit à la fois d'un façonnage qui relève de la perception d'un défi à relever mais aussi et surtout d'un façonnage cognitif des périmètres du rôle. Si certains salariés se sont mis en retrait du travail, les personnes qui sont restées en poste n'ont pas décrit de stratégie pour réduire les exigences ou la pénibilité du travail, ni même le volume de travail ; le façonnage de la charge de travail est, nous l'avons dit, d'abord cognitif : il fait sens car il relève du prendre soin des résidents totalement livrés à la présence des soignants pendant le confinement.

[Le façonnage de la surcharge du travail par la cohésion d'équipe](#)

La cohésion d'équipe est décrite comme exceptionnelle : à la fois dans le partage de la charge de travail par tous, y compris de non-soignants, et par le soutien émotionnel donné par les équipes à leurs membres. L'esprit d'équipe se manifeste ici par une attitude positive globale à l'égard de l'organisation dans une situation qui nécessite l'aménagement des tâches et la relégation des intérêts personnels au profit de ceux de l'organisation du travail. Certains soignants ont créé des temps de « convivialité » en interne des services pour faire baisser la pression. L'objectif de ces moments est de faire du bien au moral de tous et de chacun. Un bien-être est permis dans le partage des émotions. La situation est si exceptionnelle qu'elle

n'est pas facilement partageable avec l'entourage : au début de l'expérience, seuls les pairs semblent pouvoir jouer un rôle dans le besoin de communiquer sur le vécu de la situation.

En contrepartie, le surinvestissement des soignants les conduit à légitimer la rémunération supplémentaire acquise. La rétribution financière n'est pas ici perçue comme un levier de motivation pour l'avenir mais comme une reconnaissance, une rétribution de l'effort fourni. Elle a permis avec les applaudissements de la population ou les présents de certaines entreprises de manifester une reconnaissance de la société pour ces professionnels qui a été appréciée par les équipes. Mais le bilan est mitigé car la charge de travail reste trop importante à moyens constants, y compris en dehors du contexte de la Covid-19.

La reconnaissance de la population semble ne pas avoir duré après le confinement. Les visites sous contrôle ont généré de fortes tensions entre les familles et les agents. Lorsque les directions n'ont pas mis en place des procédures qui dispensaient les soignants d'intervenir auprès des visiteurs en cas d'infractions, les relations se sont beaucoup dégradées. De nombreuses organisations ont fait le choix de mettre en place des personnes dédiées à l'organisation et la sécurité des visites en dehors des soignants. En effet, les soignants ont fait état de nombreuses violences verbales à leur encontre et n'ont pas souhaité jouer ce rôle de gardien des protocoles sanitaires. Les soignants ont pu se préserver ainsi partiellement de l'animosité de certains proches des résidents. Ce retournement d'attitudes n'a pas été sans conséquence sur le moral et le stress des équipes.

La disponibilité de l'encadrement en soutien et le renfort des équipes

L'encadrement a joué un rôle important dans la mise en œuvre de ressources supplémentaires, pour soutenir le travail des équipes présentes. Les équipes ont pu participer à la réorganisation du travail dans de nombreuses structures. Les propositions du terrain étaient recherchées, écoutées, débattues et mises en œuvre.

L'exemplarité de l'encadrement a été particulièrement appréciée. La présence sur le terrain et la participation aux tâches du quotidien ont été toujours valorisées dans les discours. Là encore, au plus fort de la crise, la mobilisation est forte pour l'encadrement et la direction. Ensuite, progressivement, les pratiques sont revenues à la normale et les cadres et la direction se sont faits plus discrets auprès des équipes.

3.3. Le façonnage des tensions liées aux conflits de rôles

Le façonnage des attentes incompatibles par la participation des agents à la réorganisation du travail.

La difficulté à organiser le travail majoré avec un effectif réduit conduit souvent les directions à faire participer les équipes à l'élaboration des plannings mais aussi à discuter de l'organisation du travail « réel » ou à répondre aux craintes générées par la situation et son lot d'incertitudes. Le façonnage des tensions liées aux conflits de rôles peut alors devenir collectif. Les temps d'échanges entre les équipes et l'encadrement se sont démultipliés et sont venus renforcer le sentiment de cohésion dans l'organisation. Les agents recevaient à cette occasion des ressources et du soutien.

Le façonnage des contradictions par la transgression et la mise en discussion des dilemmes éthiques

Cette crise a engendré auprès des soignants des conflits de rôles inédits qui les ont affectés et mis en difficulté dans leurs pratiques. Certains agents ont même eu le sentiment de nuire aux personnes âgées en allant à l'encontre du maintien des capacités restantes et du projet personnalisé. Le principal conflit concerne la nécessité de faire respecter les gestes barrières entre les résidents d'une part, et entre les résidents et leurs visiteurs de l'autre.

L'accompagnement des fins de vie reste un sujet très marquant pour les soignants. Des groupes de paroles ont été mis en œuvre pour endiguer les tensions liées aux conflits de valeurs et dilemmes éthiques. Le façonnage cognitif est, dans ce cadre aussi, collectif. Certains ont appliqué les protocoles en prenant de la distance avec les règles mais en les appliquant. Le façonnage est donc cognitif mais il y a respect des demandes qui vont à l'encontre de ses valeurs, ce qui génère de la tension. Pour d'autres, le desserrement des protocoles s'est fait clandestinement. Dans certains cas, la transgression des règles relatives au confinement des usagers ou à la gestion de la fin de vie, en particulier, est apparue nécessaire aux soignants pour permettre l'alignement des valeurs personnelles et des pratiques professionnelles. Dans ce cas, le façonnage n'est pas une forme d'évitement d'une demande qui génère de la tension. Le façonnage réside dans le crafting cognitif du sens de la demande qui est jugée illégitime car elle est vue comme nuisible pour le résident. Dans ce cas, le soignant transgresse la demande et la tension est amenuisée d'autant que les débats éthiques sur le sujet soutiennent cette posture.

Le secours d'instances extérieures, spécialistes d'éthique, a été utile pour aider les soignants à se positionner sur les protocoles et dans les dilemmes du prendre soin, lorsque les débats

n'ont pas eu lieu dans les services. Les transgressions des recommandations nationales sont assumées par certaines directions pour soulager la pression associée à cette tension éthique et permettre un retour à une vie plus normale pour les résidents. Ici le façonnage apparaît une nouvelle fois collectif, même s'il s'agit d'une transgression. L'alignement des valeurs de la direction et des agents est une ressource importante.

Les agents ont ainsi vécu durant cette période des dilemmes qui les ont amenés à travailler à l'alignement de leurs valeurs avec leurs pratiques dans ce contexte de crise. La question de la transgression des rôles ou des règles est importante de par les effets qu'elle peut avoir sur la charge mentale des soignants. La capacité à façonner cognitivement et collectivement le sens joue un rôle important dans la gestion des tensions de rôles présentées.

3.4. Le façonnage des tensions liées à l'incapacité à remplir son rôle et le façonnage des tensions liées à l'ambiguïtés des standards

Le façonnage de l'information par une communication en temps réel

La question de la gestion du matériel de protection en début de crise a fortement conditionné le vécu des agents et la confiance en leur hiérarchie, alors que la pandémie en était à ses prémices.

L'encadrement de proximité a permis de préserver le lien entre les équipes et la direction des structures dans le contexte controversé des premières semaines. L'encadrement de proximité était davantage présent sur le terrain en proximité des équipes, cela a permis d'augmenter le soutien informatif et émotionnel disponible. La présence des encadrants et la mobilisation de la direction sont des points très importants pour les soignants. Les soignants cherchent le soutien de l'encadrement en particulier sur les informations spécifiques aux mesures et moyens de protection. Dans le cas contraire, l'absence de transparence et de soutien palpable est ressentie vraiment très négativement.

L'implication et l'exemplarité de l'encadrement semble avoir été un rempart à la tentation d'une stratégie de retrait. Le sentiment d'insécurité a pu être maîtrisé par la mobilisation d'informations en temps réel, même si des contradictions étaient régulièrement apparentes. Ici, plus que la qualité de l'information, il semble que ça soit la communication et la proximité avec les équipes qui aient été une ressource.

Le façonnage des moyens pour agir : la créativité

Pour améliorer l'accompagnement des résidents/usagers, plusieurs agents ont pu faire preuve de créativité, pour contourner les contraintes de l'isolement en chambre et maintenir une vie dans la structure.

De nombreux exemples font aussi échos à la fabrication de masques ou de blouses. La capacité d'adaptation à la situation est gratifiante, d'autant plus si elle est reconnue par l'encadrement. Ici le façonnage de la ressource vise le bien d'autrui et pas seulement le besoin d'accomplissement de l'agent.

Le façonnage des compétences par une capacité d'apprentissage accrue

Les agents signalent très massivement une grande capacité de réaction des organisations pour faire face à la crise, ils l'évoquent pour eux-mêmes mais aussi pour l'équipe au sens large. C'est donc une certaine fierté qui prévaut d'abord.

Les directions ont fait intervenir des infirmières hygiénistes pour donner aux agents les capacités de réaliser leur travail dans de meilleures conditions. Une fois les « bonnes pratiques » acquises et partagées, les soignants ont eu le sentiment d'être plus à même de faire leur travail en sécurité. L'apprentissage de protocoles homogénéisés a permis d'installer un climat plus serein et participe d'un sentiment de compétences acquises sur la question de l'hygiène et de la sécurité qui est jugé utile pour le travail y compris en dehors de la Covid-19. C'est ici un des rares points jugé positif dans le contexte de la crise.

Le bio nettoyage était mal maîtrisé dans les EHPAD et l'apprentissage de mesures en lien avec la désinfection en particulier, apparaît comme une nouvelle compétence qui fait ressource et sens en lien avec le périmètre du rôle.

Synthèse des tensions de rôles liées à la crise Covid (Routelous et Le Hesran 2022)

Tensions de rôles	Contexte Covid	Extraits d'entretiens soignants
Tensions liées à la surcharge de travail		
Manque de temps	Absentéisme lié à la crise Covid accroît le manque de personnel	« J'étais vraiment, mais lessivée. On se sentait en quelque sorte délaissés, c'est le sentiment ça. Après on a compris les choses mais sur le coup on était débordés, on avait vraiment besoin que la direction renforce les équipes en faisant venir des infirmières » Infirmière.
Investissement cognitif élevé	Protocoles de gestion des risques de contamination et confinement en chambre accroît la charge mentale	« Et c'est vrai que de travailler avec les surblouses, la charlotte et le masque c'était un enfer. A chaque fois que l'on changeait de vêtement. Une grosse pénibilité, le stress, ça, c'est vraiment une charge en plus de travail. » Animatrice.
Tensions liées aux conflits de rôles		
Attentes incompatibles entre elles	Manque de temps et besoin de stimulations des résidents isolés	« On a tout tiré un petit peu vers le bas et tout ça, c'est compliqué à dire. » Infirmière.
Attentes en contradiction avec valeurs	Surveillance, restrictions de droits et liberté, nocivité des mesures sont contraires à l'éthique soignante	« C'est vraiment très restrictif et très dur, on a vu beaucoup de résidents baisser plus par isolement qu'à cause du covid (...). La psychose collective fait que l'on protège et on surprotège mais on ne peut pas laisser les gens indéfiniment dans des bulles » Infirmière.
Tensions liées à l'incapacité à remplir son rôle et à l'ambiguïté des standards		
Manque d'informations cruciales	Pas d'informations scientifiques disponibles sur enjeux	« Ça manquait un peu de sens au début parce qu'on ne savait pas, on naviguait un peu à vue » Infirmière. « On pouvait avoir une info A et une info B dans la même journée. » Aide-soignante
Manque de moyens techniques pour agir	Pas de protocoles clairs sur mesures à mettre en place (premiers mois)	« Au départ ça a été long à mettre en place... on n'avait pas beaucoup de masques, donc on nous disait qu'il ne fallait pas les utiliser, juste au cas où on en aurait vraiment besoin... En fait on en avait déjà vraiment besoin, mais on pensait qu'il pouvait y avoir pire alors on les conservait précieusement » Aide-soignante.
Manque de compétences personnelles	Pas de compétences (collectives) suffisantes sur risques infectieux	« On a eu l'hygiéniste de la ville X qui est venue à plusieurs reprises et qui nous a vraiment aiguillés, on était un peu perdus au tout début, au niveau des protocoles COVID. C'est vrai que moi, ça m'a aidée parce que je n'avais pas peut-être les bons gestes » Aide-soignante.

En conclusion, comme pour Demerouti et al. (2001), nous faisons le constat que les exigences ne sont pas négatives en elles-mêmes si les acteurs possèdent suffisamment de ressources pour les soutenir, réduire les exigences du travail, stimuler leur développement personnel et l'apprentissage. Nous avons vu que les ressources professionnelles et les ressources sociales à la disposition des salariés permettaient de façonner les tensions de rôles et ainsi permettaient de modérer l'impact négatif des exigences qu'ils ressentaient, voire favorisaient l'engagement au travail même dans ce contexte où les tensions de rôles sont élevées.

Il apparaît que la dynamique entre surinvestissements déployés pour répondre aux contraintes de l'augmentation de la charge de travail et récompenses (ici sous la forme de reconnaissance sociale et du sentiment d'auto-efficacité en particulier) semble une dimension à prendre en compte dans la motivation à soutenir l'effort de façonnage pendant la crise (Safy-Godineau et al. (2020). Nous soulignons que dans le contexte exceptionnel de la crise, les premiers mois ont permis le développement d'une « caravane » de gains de ressources qui ont eu un impact vertueux sur la capacité à façonner les tensions de rôles présentes et émergentes. Nous confirmons ici la théorie d'une spirale de gains et de pertes de ressources, de leur interdépendance et de leur caractère dynamique (Hobfoll et al., 2018).

Mais au-delà du caractère dynamique, il nous semble que le caractère durable est aussi essentiel. Nous soulignons que la question de la soutenabilité dans le temps des stratégies de façonnage apparaît comme un enjeu déterminant. Comme Rossano et Abord de Chatillon (2021), nous pensons que la capacité à mobiliser des ressources peut masquer une partie des conséquences des déficits constatés dans l'organisation, du fait de cette capacité adaptative et proactive des acteurs à contourner les conditions de travail dégradées dont l'organisation peut être tenue pour responsable. Il convient de penser à une transposition en temps ordinaires des conditions qui permettent à la fois de soutenir le façonnage du pouvoir d'agir individuel mais aussi collectif, en dehors d'une situation exceptionnelle. Même si les individus sont en capacité de faire face à des conditions de travail jugées dégradées voire délétères, la question de la soutenabilité des stratégies d'ajustement interroge.

Bibliographie

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.
- Commeiras, N., Rivière, A. & Bourdil, M., (2022). Sens au Travail, un vecteur de santé au travail : le cas de l'hôpital, in Commeiras N., Fabre C., Loose F., Loubès A. & Rascol-Boutard S. (coord.), *Sens au travail. Enjeux de gestion et de société*, EMS collection Questions de société.
- Demerouti, E. (2014). Design Your Own Job Through Job Crafting. *European Psychologist*, 19, 237–247.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
- Hobfoll, S., Halbesleben, J., Neveu, J-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 5 (1), pp. 103-128
- Lazazzara, A., Tims, M., & de Gennaro, D. (2020). The process of reinventing a job: A meta-synthesis of qualitative job crafting research. *Journal of Vocational Behavior*, 116 (Part B).
- Rivière, A. (2019). Tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé à l'hôpital public : L'effet modérateur des stratégies d'ajustement. *Revue française de gestion*, 282, 11-35.
- Rossano, M. & Abord de Chatillon, E. (2021). Pallier le manque de ressources dans une organisation liquide : le cas du service de neurologie d'un hôpital public. *@GRH*, 38, 105-133.
- Routelous C., (2018). Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail, in M. Louazel, A. Mourier, E. Ollivier, & R. Ollivier (dir.) *Le management en santé, gestion et conduite des organisations*, pp. 203–218, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Routelous, C., Ruiller, C. & Lux, G. (2021). La pénibilité au travail dans les EHPAD... Et si le management « salutogénique » était une solution ?. *Gestion et management public*, 9(1), 9-35.
- Royal, L. & Brassard, A. (2010). Comprendre les tensions de rôles afin de mieux les prévenir et de contribuer au bien-être des employés. *Gestion*, 35, 27–33.
- Ruiller, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management & Avenir*, 52, 15-34.
- Safy-Godineau, F., Fall, A. & Carassus, D. (2020). Soutien organisationnel perçu, implication organisationnelle et satisfaction au travail : effets sur l'absentéisme maladie

dans la fonction publique territoriale. *Revue de gestion des ressources humaines*, 116, 45–67

- Tims, M., Bakker, A. B., & Derks, D. (2012). Development and validation of the job crafting scale. *Journal of Vocational Behavior*, 80(1), 173–186.

Wrzesniewski, A., Dutton, J. E., & Debebe, G. (2003). Interpersonal Sensemaking and the Meaning of Work. *Research in Organizational Behavior*, 25, 93–135.

3.2 _ La nécessaire articulation de la SQVCT avec les compétences des employeurs

Synthèse 3.2

L'état des pratiques de prévention des risques (traitement des données DARES base employeurs) donne à voir d'importantes marges de progression à différentes échelles : pratiques, compétences, outils. Les établissements semblent pratiquer des actions de prévention davantage en réaction aux risques avérés, et pratiquent peu la prévention primaire des risques par manque de diagnostic précis sur ceux-ci. Aucun acteur n'a une connaissance de l'ensemble des stratégies menées et aucune de ces stratégies ne sont évaluées et assurées d'une pérennité dans le temps. Les logiques d'actions des acteurs restent pour partie contradictoires et les marges d'actions ténues, au regard des contraintes d'organisation et des difficultés financières et de recrutement d'un grand nombre d'établissements. Les démarches de prévention demeurent très abstraites pour des soignants, et les mesures d'organisation ne sont pas connectées aux démarches de prévention. Au-delà, faute d'indicateurs de mesures disponibles dans les établissements ; il n'y a pas d'informations sur l'effet de ces pratiques, ou de leur absence, sur le taux d'accident, de rechute, d'abandon prématuré du métier ou de désinsertion professionnelle.

Concernant les projets participatifs relatifs aux pratiques de prévention des risques dans les établissements, nous avons mobilisé notre attention sur quatre pistes d'amélioration des pratiques, produites par ou avec les équipes.

- La capacité d'autodiagnostic dans l'usage des instruments de manutention ;
- La capacité à réaliser un autodiagnostic des risques ;
- L'outil de suivi des accidents ;
- La création d'une plateforme territoriale de gestion prévisionnelle des emplois et compétences pour développer de nouvelles compétences collectives en faveur d'une GRH plus « responsable ».

Chapitre 1 : Des mesures de prévention des risques professionnels déconnectées des enjeux et des résultats obtenus

F. QUIDU

C. ROUTELOUS

1.1 Le diagnostic sur l'état des risques est insuffisant

Près de 8 établissements sur 10 du secteur de la santé disent avoir actualisé le DUER dans l'année, mais seulement un tiers des établissements de plus de 50 salariés ont élaboré un nouveau plan de prévention. 7/10 reconnaissent poursuivre les actions antérieures de prévention, sans assurance quant à leur efficience.

Un document unique d'évaluation des risques a-t-il été élaboré ou actualisé pour votre établissement au cours des 12 derniers mois ?			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	21	100	100
20 à 49 sal	85	90	63
50 à 199 sal	78	90	84
200 et + sal	89	98	99
Ont élaboré un nouveau plan de prévention			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	0	74	1.5
20 à 49 sal	7	18	28
50 à 199 sal	30	28.5	30
200 et + sal	37	33	48
Etablissements ont poursuivi des actions antérieures de prévention E action 1			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	17	87	23
20 à 49 sal	60	58	64
50 à 199 sal	76	75.5	79
200 et + sal	73	90	79

Près de 8 établissements sur 10 disent avoir intégré les RPS dans le DUER. Seulement la moitié dit avoir réalisé une enquête sur le sujet. L'éclairage sur la question semble être lié aux signalements des personnes à risques. Les données à disposition ne relèvent ainsi pas d'une stratégie de prévention primaire mais procèdent par constat des risques avérés. Une approche globale de la santé ne semble pas encore prise en compte dans les structures

puisque seulement un tiers des établissements de moins de 200 salariés se sont mobilisés sur la question et moins de la moitié des plus de 200 salariés.

L'évaluation des risques psychosociaux a-t-elle été intégrée à ce document ?			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	49	94	100
20 à 49 sal	97	76	91
50 à 199 sal	75	83	82
200 et + sal	86	85	71
Concernant le stress ou le mal-être au travail, au cours des trois dernières années, votre établissement a-t-il mis en place une ou plusieurs des procédures suivantes pour prévenir ces difficultés ? Enquête qualitative ou quantitative sur les RPS			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	31	14	24
20 à 49 sal	40	62	72.5
50 à 199 sal	53	34	43
200 et + sal	57	59	68
Concernant le stress ou le mal-être au travail, au cours des trois dernières années, votre établissement a-t-il mis en place ... ? Signalement de salariés en situation de risque.			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	0	90	98
20 à 49 sal	52	20	42
50 à 199 sal	52	43	23
200 et + sal	74	64	63
Au cours des 12 derniers mois, votre établissement a-t-il pris des initiatives visant à protéger la santé des salariés vis-à-vis de risques non-professionnels ?			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	0	90	0
20 à 49 sal	6	28	31
50 à 199 sal	34	34	34
200 et + sal	57	44	39

1.2 La mise à disposition des équipements de prévention est insuffisante

Un faible nombre d'établissements de petite taille a mis à disposition de nouveaux équipements de protection individuelle et seulement la moitié pour les établissements de 50 à 200 salariés. Plus d'un tiers d'établissements de plus de 200 salariés n'ont pas mis à disposition de nouveaux EPI non plus.

Mise à disposition de nouveaux équipements de protection individuelle			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur non lucratif
10 à 19 sal	11	10	23
20 à 49 sal	14	22	61
50 à 199 sal	56	48	44
200 et + sal	74	58	65

1.3 La formation à la sécurité du personnel est insuffisante

A peine la moitié des structures de moins de 200 salariés dit développer la formation à la sécurité du personnel.

Développe la formation à la sécurité du personnel			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur privé non lucratif
10 à 19 sal	15	84	26
20 à 49 sal	29	52	38
50 à 199 sal	59	53	57
200 et + sal	81	63	84

1.4 Peu de structures font appel à des experts externes en santé-sécurité

En matière de santé au travail, très peu de structures ont eu recours à une expertise extérieure. Les chiffres progressent péniblement à un tiers concernant la question particulière du stress ou du mal-être au travail sur ces trois dernières années.

Ont recouru à un expert extérieur.			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur privé non lucratif
10 à 19 sal	4.5	0	0
20 à 49 sal	8	18	0
50 à 199 sal	2	2	12
200 et + sal	2	8	9
Concernant le stress ou le mal-être au travail, au cours des trois dernières années, votre établissement a-t-il mis en place une ou plusieurs des procédures suivantes pour prévenir ces difficultés ? Audit, expertise d'un cabinet spécialisé.			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur privé non lucratif
10 à 19 sal	0	0	0
20 à 49 sal	6	34	18
50 à 199 sal	33	13	27
200 et + sal	35	28	41

1.5 La dynamique en interne manque d'une expertise suffisante

Si les établissements disent avoir eu un dialogue sur les conditions de travail ou la sécurité en CHSCT, comme la loi le prévoit ; la question des RPS ne fait pas encore systématiquement l'objet de propositions. Les audits à l'initiative des CHSCT sont rares (moins de 20% dans les structures de moins de 200 salariés et elles restent absentes pour 2/3 des établissements plus grands).

Au cours des douze derniers mois, des propositions sur les conditions de travail ou la sécurité ont-elles été exprimées par vos représentants du personnel en CHSCT ou en réunion de délégués du personnel ?			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	Secteur privé non lucratif
10 à 19 sal	21	14	24
20 à 49 sal	36	42	56
50 à 199 sal	84	66	66
200 et + sal	91	82	73
Si oui : Ces propositions concernaient-elles notamment les risques psychosociaux ?			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	S. privé non lucratif
10 à 19 sal	28	25	6
20 à 49 sal	10	57	36
50 à 199 sal	60	33	41
200 et + sal	74	62	67
Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un audit déclenché par le CHSCT ?			
Taille en salariés	FPH	Secteur privé lucratif	S. privé non lucratif
10 à 19 sal	31	3.5	52
20 à 49 sal	0	19	16
50 à 199 sal	18 .5	18	17
200 et + sal	28	45	17

Ainsi, l'application à minima de la réglementation en la matière et l'absence d'expertise dans le domaine de la prévention semblent jouer un rôle important dans la mise en œuvre de politiques de prévention des risques professionnels disparates et peu efficaces dans le secteur.

Rappelons que les établissements ont intégré la question de la négociation sur les conditions de travail mais qu'ils semblent travailler le DUERP surtout au travers de mises à jour et sans

l'apport d'audit externe ou d'enquête interne, reposant sur une véritable expertise en la matière. Les établissements semblent privilégier l'aide d'acteurs internes et ont peu recours à l'audit de cabinets d'expertise dans ce domaine.

Les établissements semblent pratiquer des actions de prévention davantage en réaction aux risques avérés et pratiquent peu la prévention primaire des risques par manque de diagnostic précis sur les risques. Certaines pratiques coûteuses, comme l'achat de matériel de manutention, dépendent souvent de l'obtention d'aides financières complémentaires (CARSAT, ARS).

Si la régulation de l'action de prévention se construit au travers de plusieurs modalités ; il s'agit surtout de remplir les conditions réglementaires (DUERP). Cette gestion de la prévention des risques s'accompagne d'ajustements au niveau individuel, une fois le risque avéré. Il semble manquer une véritable démarche ambitieuse d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité, mise à jour et visant des résultats. Le manque de compétences expertes sur ces sujets en interne nuit aussi à la qualité des démarches entreprises.

En conclusion on retiendra que :

- 1- En dépit des exigences de la réglementation, les actions de prévention sont peu efficaces dans un contexte où les facteurs de risques progressent encore.
- 2- Aucun acteur n'a une connaissance de l'ensemble des stratégies menées et aucune de ces stratégies ne sont évaluées et assurées d'une pérennité dans le temps.

Les actions mises en place sont éparées et touchent un faible nombre d'agents. Il n'y a pas d'indicateurs sur l'effectivité des actions, ni sur le bénéfice pour les professionnels. Ainsi, les mesures de prévention primaires, secondaires et tertiaires sont peu significatives au regard des besoins énoncés supra.

- 3- On assiste à une politique de prévention peu active et insuffisamment soutenue et qui se réduit aux impératifs réglementaires.

Les stratégies de prévention restent à distance des salariés et peinent à s'articuler avec les pratiques professionnelles et l'organisation du travail.

- 4- Les logiques d'actions des acteurs restent pour parties contradictoires et les marges d'actions ténues, au regard des contraintes d'organisation et des difficultés financières et de recrutement d'un grand nombre d'établissements.

Les démarches de prévention demeurent très abstraites pour des soignants et les mesures d'organisation ne sont pas connectées aux démarches de prévention. Au-delà, faute d'indicateurs de mesures disponibles dans les établissements ; il n'y a pas d'informations sur l'effet de ces pratiques, ou de leur absence, sur le taux d'accident, de rechute, d'abandon prématuré du métier ou de désinsertion professionnelle.

Chapitre 2 : Focus sur quatre démarches d'amélioration des outils et des compétences des acteurs en matière de prévention des risques et de santé au travail

C.ROUTELOUS

J. THIBONNET, ergonome -stagiaire

Les monographies réalisées dans 4 établissements ayant une habitude de travail sur les enjeux de la SQVCT ont permis de diagnostiquer des pistes d'essaimage de bonnes pratiques et d'améliorations de pratiques que nous présentons ci-après sous formes de synthèse. Nous reviendrons sur le détail de certains points dans les sections suivantes.

Synthèse des enjeux de SQVCT émergents dans les 4 établissements de notre enquête

Typologie de prévention (ANACT)	Synthèse des enjeux SQVCT en EHPAD
Environnement et moyens de travail	Lorsqu'ils sont suffisamment disponibles les outils de prévention liés à la manutention des résidents sont appropriés par les équipes et les soignants sont en capacité de réaliser un autodiagnostic des risques si la formation associée est suffisamment mobilisatrice et personnalisée. Dans le cas contraire, l'usage des outils peut générer de nouvelles postures douloureuses (cf chapitre 2.1). De même l'usage/non usage/mauvais usage des dispositifs de manutention n'est pas analysé en tant que tel dans le suivi des accidents du travail (cf chapitre 2.3)
Organisation du travail	Le projet personnalisé est le socle de l'organisation des services. Le faible absentéisme est un enjeu déterminant de la capacité à faire certaines tâches à deux dans le soin, pour le confort des deux parties. Mais la méconnaissance de situation à risque dans l'accompagnement génère des accidents évitables. Un diagnostic des risques en lien avec l'accompagnement personnalisé apparaît nécessaire (cf chapitre 2.2)
Charge de travail	Le profil des résidents évolue vers davantage de soins de nursing. La charge mentale en lien avec la volonté de maintenir les capacités des résidents doit être « cadrée » par une discussion avec l'équipe sur la qualité des soins et les limites de l'accompagnement au regard des moyens mobilisables et des besoins des résidents (cf chapitre 2.2). Les stratégies de prévention de l'épuisement professionnel doivent être discutées avec les équipes pour être comprises et évaluées. De nouvelles pistes de « mobilité » sur le territoire pourraient être envisagées pour créer des temps de « répit » (cf chapitre 2.4).

Collectifs de travail	Des tensions apparaissent entre les services spécialisés selon les profils des résidents présents, si les espaces pour discuter le travail manquent et si la charge de travail paraît incompatible avec la qualité de l'accompagnement. Chercher collectivement des pistes d'amélioration permet de discuter des critères du travail « bien fait » et est nécessaire au maintien d'un réservoir de ressources pour les équipes (cf chapitre 2.2 et partie 3).
Autonomie	La question du pouvoir d'agir des équipes, dans l'organisation du travail et dans l'accompagnement et le soin, doit être coordonné avec les enjeux du pilotage institutionnel et le positionnement du management de proximité. La question de l'autonomie peut être impacté fortement par la posture du manager au détriment d'une volonté d'autonomisation partagée (cf partie 3). L'absence de marges de manœuvre individuelle ou collective nuit à l'intention de rester dans le métier (cf partie 1).
Management	Le management de proximité et la direction doivent éclairer les enjeux d'un pilotage alternant management directif et management participatif, en lien avec le pilotage réalisé pendant la crise Covid (cf partie 1.2 et partie 3). Le soutien de la hiérarchie reste un facteur déterminant dans le bien-être au travail (cf partie 3).
Reconnaissance	Le sentiment de non reconnaissance des soignants est alimenté par des pratiques peu orientées vers le développement professionnel et personnel.
Formation et parcours professionnels	Un volet de formation sur la prévention des risques professionnels doit favoriser des formations en situation permettant l'apprentissage de capacité à réaliser un diagnostic des situations à risques et favoriser un pouvoir d'agir individuel et collectif sur les facteurs. La réflexion sur le développement professionnel doit être développée. Une réflexion sur la désinsertion professionnelle doit être engagée en lien avec les stratégies limitées de « reclassement » (cf 2.3 et 2.4)
Equilibre des temps de travail et des temps sociaux	En parallèle de la réflexion sur la conciliation des temps de travail et des temps sociaux ; l'adaptation au projet personnalisé des résidents permet d'interroger les routines de l'organisation du travail et d'engager une réflexion sur les missions/le sens du travail et la soutenabilité des choix opérés (cf partie 3). La sanctuarisation des temps de repos le weekend permet une avancée sur le sujet. La question de la récupération/du repos doit être intégrée dans la réflexion sur la soutenabilité du travail à l'échelle d'un temps long/de la carrière...
Conduite du changement	Les équipes sont en capacité de coproduire voire d'initier certaines innovations dans l'accompagnement des résidents

	et l'organisation du travail. Lorsqu'elle existe la réflexion « en routine » sur l'amélioration continue de la qualité nourrie les postures réflexives et la créativité des collaborateurs et la reconnaissance de la direction (cf partie 3).
Enjeux en lien avec la crise Covid	L'animosité de certains visiteurs appelle à une action de prévention des incivilités et violences faites aux salariés. Une charte à destination des publics et de leurs proches et un suivi des violences semblent nécessaires à mettre en place.

2.1 Une démarche de prévention des TMS intégrée à la réflexion sur la qualité de l'accompagnement et en faveur de la capacité d'autodiagnostic des risques

Si l'ensemble des quatre EHPAD étudiés a réalisé l'acquisition d'appareils de manutention à la fois profitables pour l'accompagnement du résident et la santé des salariés ; la politique de suivi de la prévention n'apparaît pas aussi intégrée qu'au Jardin.

Au Jardin, la démarche est soutenue et évaluée très positivement par la direction qui témoigne d'un engagement dans la durée sur la question de la prévention des TMS, en mobilisant simultanément : achats d'appareils, temps de formations itératives dans le temps et espaces de discussion « éthique » sur les bénéfices et limites des instruments de manutention pour les résidents et les soignants.

Le volet formation est ambitieux, les formations sont itératives et personnalisées. La démarche de prévention est construite en partenariat avec les agents (écoute, transmission, observation en situation, accompagnement personnalisé) et s'inscrit dans le temps.

Un binôme d'ergothérapeute et kinésithérapeute soutient une culture de la prévention basée sur la capacité d'auto-évaluation des situations à risques, au-delà de leurs actions à destination des résidents. Le volet prévention des risques des professionnels est mobilisé comme une prérogative de ces professionnels : cela n'est pas le cas dans les autres établissements.

« On a créé un plan d'intervention de promotion de la qualité de vie au travail, mais surtout de la prévention des risques des Troubles Musculo Squelettiques, en association avec le kiné. Cette sécurité-là, on a à cœur de la développer un maximum et, surtout, de promouvoir la qualité de vie au travail, aussi. » (Ergothérapeute au Jardin)

Au Jardin, la formation professionnelle personnalisée des risques au travail est dispensée par l'ergothérapeute et le kinésithérapeute, en interdisciplinarité, pour intégrer les situations à risques et les douleurs dont pâtissent déjà les professionnels.

Elle est construite en 3 temps :

1/ Evaluation du poste de travail de 12 personnes

Chaque personne bénéficie de 2h de bilan ergo où 15 situations de travail sont isolées, puis 20 minutes de bilan kiné pour aborder les ressentis physiques ;

2/ Formation en présentiel sur 2 jours séparés d'une semaine (2x7h) où l'on évoque la prévention, les exercices, les échauffements... ;

3/ 2 Remises à jour de la formation sur 1 journée, tous les deux ans.

La remise à jour des contenus de formation a été observée et est présentée ci-après. La session observée comptait 12 employés volontaires de l'EHPAD. Elle permet de faire le constat d'une capacité d'autodiagnostic avérée.

Observation d'une journée de formation de remise à jour des connaissances, gestes et postures

1er temps : Objectifs et attentes

Tout le monde est enthousiaste à l'idée d'une remise à niveau. Les douleurs se font de moins en moins ressentir depuis la formation. Mais l'échauffement préconisé a été réalisé les deux premières semaines par un grand nombre d'employés mais n'est plus accompli depuis, ou très peu. En cause, la cadence de travail qui ne laisse pas le temps de l'échauffement et qui ne motive pas à faire quelque chose jugé moins utile à court terme.

Chaque employée propose une situation de travail sur laquelle elle souhaite avoir l'expertise et les conseils des formateurs. Il y a un certain nombre de plaintes portant sur l'équipement : les chariots trop lourds, les aides techniques trop peu nombreuses...

2ème temps : Echauffements

Rappel de la chorégraphie d'échauffement

Prévention et rappel des bienfaits de l'échauffement

3ème temps : Quizz

Petit jeu ludique par équipes pour vérifier ce qui a été retenu et oublié lors de la formation initiale

Thèmes abordés : démarche de prévention, théorie du rachis, accidents de travail, théorie des douleurs résiduelles

4ème temps : Grille d'analyse de la situation

Les employés ne pensent pas à remplir les feuilles de situations indésirables quand quelque chose d'inopportun se passe.

Ils remplissent une grille d'analyse de situation : des situations de travail ou de la vie quotidienne sont décrites en photo et les employées doivent les analyser dans une démarche d'observation des risques d'accidents de travail (TMS, chutes, RPS, infection...) puis trouver les meilleures pistes d'amélioration pour garantir la sécurité des individus.

5ème temps : Rappel sur le port de charge

Remise à niveau sur les différentes façons de ramasser, soulever ou porter des charges.
Activité pratique.

6ème temps : Amélioration des situations de travail

Mise en situation pratique des situations de travail évoquées lors du 1er temps. L'ergothérapeute et le kinésithérapeute aident les employées à aborder plus sereinement et sécuritairement leurs tâches quotidiennes, auprès des résidents et en relation avec leur environnement.

7ème temps : Activité ludique

Jeu par équipe où tout le monde teste ses connaissances : remise à niveau à travers des dessins, des mises en pratiques ou encore des questions diverses.

8ème temps : Synthèse de la journée

Rappel des points essentiels (importance de la prévention, des échauffements, des feuilles de situations...) et feedback des employées sur leur compréhension des situations de travail personnalisées et feedback écrit des employées pour amélioration future de la formation

Il est déclaré qu'il n'y a eu aucun accident de travail découlant de gestes ou postures nocives depuis que la formation a été dispensée.

Dans ce sens, les soignants soulignent comment les dispositifs de manutention en particulier permettent un meilleur confort dans le travail pour le résident et pour le soignant. L'accompagnement du résident est perçu comme facilité. La charge physique liée aux manutentions apparaît alors plus soutenable et moins douloureuse.

Extrait Mme P. Aide-soignante, EHPAD du Jardin

« Par rapport au travail, la mise à disposition de matériel, pour nous aider, a bien évolué, même énormément. Et c'est vrai qu'on est beaucoup moins sujettes à tout ce qui est lumbago. J'ai beaucoup moins de douleurs avec les rails. On a aussi des verticalisateurs qui sont plus faciles à utiliser que les guidons de transfert, chose qu'on n'avait pas avant. Ça les porte, plutôt que de tirer sur la personne. Et il n'y a pas d'effort, pour notre dos, pour les épaules... Ça,

c'est une belle amélioration qu'on a eue. Et même, c'est le côté sécurité, aussi, pour le résident, parce que c'est du matériel, ce n'est pas nous qui portons. L'évolution protège l'un comme l'autre. Ça a été vraiment bénéfique pour tout le monde, en fait. (...) Ils se tiennent à un guidon, sur une plateforme, et là, on peut déplacer carrément du lit, aller jusque dans la salle de bain ou sur le fauteuil... Ça leur permet de leur faire leur toilette debout, aussi, ce qui est très bien. Oui. Il n'y a plus de toilettes complètes au lit. Oui, parce que moi, quand j'ai commencé il y a 18 ans dans le même service, il y avait beaucoup de toilettes complètes au lit. Mais maintenant, c'est vraiment que des toilettes intimes, le dos, c'est fait au lavabo, dans le fauteuil. Côté estime de soi, on a beaucoup gagné, pour le résident ! Même pour nous, parce que c'est toujours plus valorisant de garder l'autonomie de quelqu'un. Et puis, il y a le côté technique, pour les remonter avec le drap, de les tourner avec le drap. C'est mieux pour tout le monde. (...) Il y a un temps d'acceptation, parce que c'est normal, quand vous utilisez du matériel, ce n'est pas évident. Mais, après, ils se rendent compte que côté sécurité, pour eux et nous on gagne aussi du temps et puis, on est plus détendues, aussi. (...) Avant j'avais des lumbagos, oui. Avant, quand j'ai commencé, l'aide matérielle n'était que sur prescription. Donc, quand on avait une personne qui avait un lève-malade, on ne pouvait pas le prendre pour la voisine, même si elle en avait besoin. Alors, que maintenant, avec l'ergo, on peut avoir du matériel... plus facilement et une mise en place plus rapide ».

Nous soulignons que l'utilisation d'aides techniques appelle la nécessité de mettre en œuvre un espace de réflexion au sein des structures pour discuter des limites d'une sursollicitation des capacités restantes des résidents et des moyens physiques des salariés.

Selon l'ergothérapeute du Jardin : « Des techniques de soins comme Humanitude sont basées sur la sursollicitation des capacités des résidents et des soignants ». Il faut « remettre le salarié au centre et donner des outils adaptés et une capacité d'analyse en situation ». « Le mourir debout ça entraîne des comportements à risques dans les soins. Ça pousse au maximum les limites des capacités pour les deux parties : on va générer des risques de mauvaises manutentions. Par exemple, l'utilisation du verticalisateur est dangereuse pour les deux parties. Le soignant ne s'autorise pas à renoncer à mettre la personne debout ou à la faire marcher »

La mise en œuvre d'aides techniques appelle non seulement une réflexion sur la stratégie d'achat de manière à répondre aux particularités des besoins des résidents mais elle appelle aussi une réflexion avec les équipes sur le bon usage des équipements en lien avec le projet personnalisé du résident et l'accompagnement personnalisé des salariés et des altérations de leurs propres capacités physiques.

2.2 La construction d'un outil d'autodiagnostic sur les facteurs de risque en lien avec l'accompagnement global des résidents

Au service des acteurs, les instruments de traçabilité des risques professionnels doivent contribuer à développer une action coordonnée nécessaire et utile. L'instrument devient habilitant pour les acteurs de la prévention et de la santé au travail, en permettant le développement d'un pouvoir d'agir et l'occasion d'une mise en débat sur les conditions de réalisation de l'activité. Or la conception même de certains instruments ne permet pas de donner une capacité d'agir sur les risques au destinataire des instruments.

Les limites des instruments de diagnostic des risques « fermés »

La littérature montre que les instruments de gestion d'aujourd'hui, derrière leurs formes diverses, sont des outils cognitifs qui doivent permettre l'amélioration de la mémorisation des données, la circulation de l'information et la réflexion analytique. Mais la mise en liste que suppose l'instrument administratif est une décontextualisation, une abstraction, un détour par rapport au réel. Le processus de mise en forme des données ignore une part de la réalité du travail et des compétences situées des individus (Rabardel, 1995). Les instruments de gestion ne sont donc, a priori, ni neutres, ni déterminants (Chiapello et Gilbert, 2012).

Par exemple les DUERP sont organisés comme des listes qui nous apparaissent comme des « outils fermés » qui poussent la logique de rationalisation à son maximum. Ils reposent -sur la forme- sur un principe d'ordonnancement clair et non ambigu et recherchent -sur la substance- la normalisation des risques et leur prévisibilité.

Les auteurs ne sont pas invités à réfléchir au principe d'ordonnancement de la liste, seulement à remplir ses items, « boucher les trous ». Ce phénomène rejoint une pression institutionnelle, qui pousse les acteurs à suivre des formes spécifiques dominantes, par facilité et par mimétisme, et pour ne pas s'exposer à des déviations, des confusions ou des sanctions. Quand certains aspects de l'activité ne sont tout simplement pas « oubliés », des éléments considérés comme essentiels sont indexés de la même manière que des éléments marginaux. Dès lors, seule l'intelligence du métier développée par un préventeur sera en mesure de rendre justice à des aspects de l'activité peu ou mal pris en compte. On constate l'accumulation « compulsive » d'items.

Les DUERP souffrent de la mécanique de la liste qui entraîne son utilisateur dans un mouvement, une dynamique de juxtaposition qui n'est pas celle de l'activité réelle.

L'évaluation des risques par les soignants en situation : l'outil ERA PRO

Fort du constat que malgré la mise à jour du DUER et l'achat de matériel de manutention les licenciements pour inaptitudes progressent, l'EHPAD La Madeleine a souhaité améliorer la stratégie de diagnostic des risques professionnels par une analyse individuelle et collective des équipes soignantes en situation.

L'EHPAD La Madeleine travaille depuis de nombreuses années sur la question de la SQVT en particulier avec des audits croisés avec d'autres acteurs de la région. Un partenariat ancien avec la médecine du travail et la CARSAT ainsi qu'un financement de l'EOTH et de l'AG2R La Mondiale ont permis d'expérimenter la création d'un outil local de dépistage des risques professionnels en lien avec l'accompagnement des résidents.

Plusieurs groupes de travail ont été lancés dans la structure pour étudier les enjeux en lien avec le profil de dépendance de la personne, l'architecture et les aides matérielles disponibles, l'entourage du résident et le type de soutien apporté dans l'organisation par la direction et les collègues.

AMP et AS, EHPAD La Madeleine : « Nous sommes partis de différents constats comme la difficulté à maintenir les professionnels dans l'emploi, le besoin de reconnaissance des difficultés rencontrées par les professionnels et le besoin de préserver notre santé. Une évaluation est faite pour identifier les risques encourus par les professionnels dans leur pratique. Ces évaluations visent à mettre en place des actions qui doivent permettre de changer ou d'améliorer les pratiques professionnelles ; soit par des formations, soit par de l'aménagement de matériel, pour limiter les risques pour les professionnels et améliorer l'accompagnement de la personne ».

A l'issue de ces consultations, un outil en version longue et un outil synthétique ont été produits afin d'orienter la réflexion sur les risques perçus et les aménagements de pratiques à envisager dans les différents services.

Le diagnostic via l'outil dans sa version courte (ERA flash) doit pouvoir être réalisé en dix minutes.

Un nombre restreint de questions sont posées en lien avec la personne accompagnée.

Questions :	O/N
La personne nécessite une aide à la mobilisation	
La personne est prédisposée à la chute	
La personne est opposante ou refuse l'accompagnement	
La personne peut être violente physiquement ou verbalement	

La personne est alitée	
L'état de la personne peut mettre en difficulté le professionnel (poids...)	
L'entourage de la personne peut mettre en difficulté le professionnel	

L'expérimentation de l'évaluation via ERA flash donne satisfaction aux équipes de l'établissement car l'outil ouvre les discussions sur l'organisation du travail et ses enjeux au contact du résident.

A.S. EHPAD La Madeleine « ERA flash est très important car il permet d'avoir une vision conscientisée de la personne et cela est court et rapide. A chaque entrée on se laisse 8/10 jours pour mieux travailler au quotidien. Ça permet de repenser l'aménagement des chambres, il y a moins de risque de chute, le matériel a été bien repositionné par exemple. On travaille davantage en collaboration avec l'ergo, le kiné, la psycho. On se sent plus soutenu. (...) Le fait d'évoquer les risques amène à penser une solution, le questionnement est utile pour le professionnel aussi. Idem pour le travail en binôme, des fois on ne se posait plus la question, alors qu'avec ERA pro on se repose la question ».

Ainsi, l'outil permet de faire un diagnostic des risques mais aussi et surtout il favorise la réflexion des équipes autour des enjeux du travail « réel » et appelle à des modifications de pratiques en faveur de la SQVT des soignants et de la qualité de l'accompagnement et à un soutien spécifique de l'encadrement et des directions de manière plus réactive.

En l'état, le Gérotopôle de Bordeaux doit participer à la formalisation d'un outil transposable dans d'autres établissements et le centre d'expertise de Sherbrooke doit étudier la compatibilité de l'outil avec son logiciel SMAF qui évalue les capacités et l'autonomie résiduelle des usagers. Le projet est en cours d'essaimage dans d'autres établissements de Nouvelle Aquitaine.

La mise à disposition de fiche récapitulative par résident sur les risques associés à l'accompagnement est un outil utile à la fois pour les personnels permanents car il ouvre à une discussion collective sur la gestion des risques mais il permet aussi une stratégie de mise en visibilité du risque pour les personnels occasionnels qui n'ont pas forcément connaissance des antécédents de la personne. Il nous semble pertinent de proposer la généralisation de cet outil comme volet du projet de soin personnalisé des résidents.

2.3 La construction d'un système d'alerte sur le suivi des accidents du travail

L'enquête sur les accidents du travail

Nous avons fait le constat que l'enquête sur les accidents repose sur une structuration des informations basée sur la rationalisation des items qui négligent la contextualisation et les enjeux organisationnels et systémiques. Nous soulignons ici que l'outil donne à voir alors un risque centré sur la personne et n'appelle pas une réelle intervention de l'organisation. L'outil en tant qu'instrument de rationalisation, en tant que simplification de l'activité ; « appauvrit » la richesse du réel. Pour les objets techniques, Akrich (2006) parle de « script » ou de « scénario » pour désigner le résultat d'un travail de « mise en forme technique, par le concepteur, de son point de vue sur les relations nécessaires entre son objet et les acteurs qui doivent s'en saisir ». C'est une conception rationnelle de l'activité qui est promue par les formalisations et qui s'impose aux opérateurs.

L'enquête sur les accidents du travail est un « outil ouvert » qui devrait permettre de contextualiser davantage les situations à risque. Sur la forme, le principe d'ordonnancement des items tolère de l'ambiguïté, dans le but de faire réfléchir l'utilisateur, de lui proposer un certain regard, ou de l'aider à prendre des décisions. En effet, les espaces vides à combler convoquent la nécessité d'une réflexion et d'une activité cognitive de la part de l'utilisateur ainsi sollicité. Le mécanisme d'appropriation par lequel on vient à utiliser un outil ouvert relève plutôt de l'interprétation (Rabardel, 1995).

L'enquête sur les risques est un support qui habilite l'action du préventeur mais qui n'exempte pas du travail de connaissance de l'activité réelle. Le préventeur ici est conscient que certains aspects de l'activité ne sont pas ou mal représentés dans les outils de gestion – tout en reconnaissant les avantages d'une telle médiation, qui donne à voir des aspects de l'activité autrement inaccessibles à l'encadrement.

Reste que le format (trop) réducteur de la liste utilisé, participe d'un processus de réification des risques individualisés. Il nous semble empêcher les prises de conscience et donc l'appropriation des mécanismes qui régulent les fins, les moyens et les relations sociales sur le lieu de travail. On constate que l'enquête sur les accidents du travail souffre de « table-des-matiérisme » (Rabardel, 2005). Pour des raisons d'« objectivité », le préventeur souligne sa volonté de mettre à distance son interprétation de la situation. Il fait le choix de rester dans l'abstrait de l'outil, loin de la description et de ses connaissances concrètes des dimensions matérielles, sociales et humaines du contexte.

Membre du CSE en charge des enquêtes sur les accidents du travail, M. L. « Je leur dis : « voilà, c'est une enquête ; ce n'est pas pour voir si des choses ont été mal faites ou pas, c'est vraiment dans l'aspect de la prévention et d'essayer d'améliorer les choses ». C'est la première chose. Donc, je lui demande de relater les faits. Surtout, parce qu'on a été formés là-dessus et, vraiment, on avait insisté là-dessus, c'est qu'on parle de faits. On n'est pas sur notre réflexion propre. On reprend les faits. Et ils me disent comment ça s'est passé, où ils ont eu mal. Après, s'ils ont été consulter. Forcément, ils ont un arrêt de travail, donc, ils ont été consulter. Et combien de temps a duré l'accident de travail, combien de temps ils ont été arrêtés. Si, éventuellement, après, ils ont des préjudices. Est-ce qu'ils ressentent encore des douleurs ou est-ce qu'elles ont, éventuellement, encore des séances de kiné, comme ça a pu arriver pour d'autres. Et une fois que j'ai tous ces éléments-là, moi, je fais l'arbre de causes et je fais, déjà, une demande, un petit plan d'action, un petit tableau plan d'action, où je préconise les choses. Et après, c'est délibéré au niveau des réunions CSST ».

La mécanique de remplissage du document invite l'utilisateur à se mettre à distance de l'activité du salarié. Dans le cadre de l'enquête accident, on constate que la traçabilité des faits est alors centrée sur (la responsabilité de) la personne blessée au détriment d'une lecture sur des causes plus structurelles et des contraintes organisationnelles.

Document 1 : Enquête Accident du travail, EHPAD B.

Nom et Prénom de la victime : Mme M.

Date enquête CSSCT : décembre 2019

Date Heure et Lieu de l'accident : XX/10/19 _ 3 étage vers 16H15

DESCRIPTION (les faits, pas de jugement, pas d'opinion...) Méthode ITAMAMI	TEMOIGNAGE
AVANT L'ACCIDENT Tour de remplacement des protections dans le service.	Personne qui a vu : Marie G Personne qui a entendu : 1ère personne avisée : IDE EHPAD
AU MOMENT PRECIS DE L'ACCIDENT Le résident était allongé dans son lit. Après avoir effectué le remplacement de la protection, Madame M et Madame G ont	Siège des lésions : poignet

voulu remonter le résident en haut du lit. Madame M a ressenti une douleur au poignet.	
APRES L'ACCIDENT : Soins de l'IDE (pommade) puis Madame M. a continué son service. Le lendemain, consultation chez son médecin. Diagnostic : radio effectuée, entorse du poignet	Conséquences AT 8 jours

Plan d'action associé à l'accident

Groupe d'étude	Liste des actions envisagées (non exhaustive)	Actions retenues par la Direction	Pilote désigné	Date de réalisation et application	Vérification efficacité des actions
CSSCT	Rappel sur la synchronisation des gestes et l'utilisation des outils				

Ainsi, conception et implémentation des outils doivent donc être envisagés au regard des motivations de leur utilisation. L'attitude demandée à l'utilisateur (en charge du suivi des accidents) étant la rationalisation des faits : les pratiques de traçabilité des risques peuvent souffrir d'une accumulation de données inertes et peu opérationnelles ou d'une mise à distance qui ne rend pas justice à l'intrication des faits et de causes dans les enjeux de la santé au travail.

Les outils amènent à la non reconnaissance des contextes, circonstances et activités (à risques) pourtant incarnées par les professionnels et qui ne sont pas ou mal représentées par ces instruments. Chacun à sa manière tend à obscurcir le principe d'ordonnancement qui préside à la constitution de la liste, l'outil devenant alors une « boîte noire » au sens de Latour (2005).

A l'issue de ce premier exercice de « matérialisation » de l'accident et du risque avéré, il serait utile de permettre aux acteurs de produire un travail d'analyse des situations à risque qui tienne compte de la complexité du travail réel et de son intrication avec l'organisation du travail. Pour lutter contre une juxtaposition décontextualisée d'items, il semble utile de revenir au plus près du travail réel. Le format « récit » donne une qualité de connaissance du terrain bien plus riche que celle de l'outil.

Membre du CSE en charge des enquêtes sur les accidents du travail, M. L. « Mme D. s'est blessée deux fois. Donc, (il lit) : « Mme G. a demandé à Mme D. de l'aide pour coucher un résident. Celui-ci était assis sur le lit. Mme G. tenait le haut de son corps et Mme D. tenait les jambes. Lors du coucher, le résident s'est relâché subitement, ce qui a provoqué une douleur au niveau du coude et de l'épaule de Mme D. 29 jours d'arrêts. Je crois qu'elles ne savaient pas que c'était quelqu'un qui pouvait avoir des changements d'humeur. Mme D. effectuait un remplacement d'AS ». Je ne le mets pas en titre 'faisait fonction', mais je le mets quand même, parce que... elle n'a pas la formation. Elle était dans la circulation du service pour le rangement des cartons de protection. Une résidente a pris le poignet de Mme D. et a serré très fortement sans vouloir lâcher. Mme V. est intervenue pour enlever la main de la résidente. » Là, elle a eu 20 jours d'arrêt. C'est vrai qu'on est un petit peu démuni, hein ! J'avais mis : « transmission au médecin de la résidente. » Ce que j'avais préconisé, c'est que forcément, ils en font part au médecin. (Il lit) : « pour cette résidente, pour éventuellement, ajuster aussi son traitement. » Donc, qu'il y ait une information à l'ensemble du personnel, parce que je savais qu'à cette époque-là, le service, il y avait pas mal de remplacements, des choses comme ça et que pour qu'on soit sûrs que les transmissions se passent bien »... Parce que je crois que parmi le personnel, quand j'ai fait l'enquête, on m'a dit : « on ne savait pas qu'elle pouvait avoir des gestes comme ça ».

Ainsi, il faut soutenir d'autres mécanismes de lectures des risques que des outils inertes et intégrer les dimensions interactionnelles et matérielles des contextes de travail pour conserver la richesse des récits des acteurs en charge de l'analyse des contextes de travail pour permettre des mesures collectives et organisationnelles suffisantes, à l'issue. Il nous semble que la volonté de produire un outil « rationnel » de mise à jour des risques devrait aussi davantage tenir compte de l'expérience des salarié-e-s.

[L'amélioration du suivi des accidents du travail et la prévention des risques professionnels par le rapprochement avec l'outil de suivi des événements indésirables.](#)

La proposition réalisée avec le responsable du CHSCT groupe, agent dans l'EHPAD B et le responsable qualité de l'EHPAD A, tout deux appartenant à un groupe privé non lucratif, est d'utiliser le logiciel BlueMedi installé dans l'ensemble des structures pour faire le lien avec les informations sur les événements indésirables et enrichir la procédure de collectes de données sur l'accident et son suivi.

L'outil, BlueMedi, est bien connu des équipes car utilisé pour de nombreuses fonctionnalités dont le signalement des événements indésirables. L'outil sert depuis quelques années à la

déclaration des accidents (à la place d'un cahier papier à disposition à l'accueil), l'outil est mobilisé par les équipes et les déclarations se font plus tôt. La déclaration de l'accident du travail génère un mail d'information pour les personnes concernées (direction, équipe RH, cadre, RP...). De plus, le personnel est sensibilisé à l'enjeu de déclarer l'accident : « on n'est plus dans de la défiance vis-à-vis de la procédure : le personnel a compris que c'était dans une logique d'amélioration de la prévention des risques et des conditions de travail ». La réactivité de la déclaration permet une meilleure réactivité de l'enquête : les faits sont encore frais dans les esprits, les informations sont jugées de meilleure qualité.

Les trois principes de l'outil d'alerte

- 1- Créer une alerte en temps réel pour permettre la réactivité ;
- 2- Avoir des informations qui permettent de corriger les causes des accidents et soutenir les professionnels dans leur travail ;
- 3- Utiliser la logique déclaration/traitement/suivi du plan d'action propre au traitement des FEI pour le suivi des accidents.

Propositions sur le volet déclaration de l'accident de travail

L'outil doit rester rapide à renseigner mais il doit donner la possibilité de préciser un certain nombre d'informations grâce à des cases à faire cocher (éviter d'avoir à dérouler des items) et certaines informations doivent pouvoir rester facultatives dans la déclaration de l'accident.

Nous soulignons la nécessité de faire préciser :

- si le salarié est faisant-fonction (O/N) et s'il/elle est titulaire (O/N) ou remplaçant (O/N).
- si le salarié a déjà pâti d'un accident du travail (O/N) et si oui faire renseigner l'année de survenue de l'accident (facultatif) : (peut être renseigné pendant l'enquête si non réponse ; souligner le souci d'améliorer les pratiques relatives au risque de désinsertion professionnelle-handicap et non la volonté de stigmatiser les personnes accidentées) ;
- si le salarié a bénéficié d'une formation à la prévention des risques (O/N) et faire préciser l'année. NB : les informations non renseignées peuvent apparaître dans l'onglet traitement/enquête et être renseignées par les membres du CSSCT.

Proposition sur le volet traitement de l'accident : enquête et réunion du CSSCT

Nous soulignons la nécessité de faire préciser :

- a) -si la personne a la connaissance de l'existence du matériel de prévention à disposition, s'il était disponible, si elle a pu l'utiliser ou pas et si l'agent le trouve adapté (quelles propositions fait l'agent en la matière [proposer un commentaire libre]) ;

b) -les enjeux des risques associés à certains résidents : par souci de confidentialité, rendre l'identité du résident anonyme mais disponible dans le logiciel BlueMedi à la demande (information cachée) ;

-préciser si le résident est connu pour présenter des troubles qui génèrent de la violence physique ou verbale [proposer un commentaire libre si besoin] ;

-préciser si la personne présente un risque de chute [proposer un commentaire libre si besoin]

-préciser s'il est délicat d'assurer le soin seul (corpulence, agitation...) [proposer un commentaire libre si besoin]

-préciser si la personne a connaissance d'un antécédent de risque associé à ce résident [proposer un commentaire libre si besoin]

c) - si la victime de l'accident a le sentiment de pouvoir demander de l'aide à son équipe et comment elle juge le climat social du service [proposer un commentaire libre si besoin] ;

d) -si travail en binôme, si le binôme a reçu une formation sur les gestes et postures et l'année de formation.

Dimension managériale et pilotage

Dans le cadre de l'information transmise par messagerie il est proposé d'incrémenter pour les cadres et la direction les enjeux organisationnels qui relèvent de leurs prérogatives et donc d'ajouter aux informations transmises systématiquement les données relatives à :

- les manques/besoins d'aides matérielles identifiés ;

- la perception de l'ambiance-possibilité de demander de l'aide ;

- l'ancienneté de la formation gestes et postures.

Il faut souligner que le médecin du travail n'est pas destinataire du logiciel et que donc il faudra faire les extractions et les lui soumettre pour les réunions du CSSCT.

Volet suivi du plan d'action

a) Les informations et les préconisations du CSSCT et de la médecine du travail pourraient apparaître dans le volet suivi du plan d'action pour définir les axes d'améliorations et faire l'objet d'un retour en CSSCT à T+1 grâce aux données disponibles dans l'onglet suivi.

b) Il faut solliciter le renseignement de la catégorie de résident générant un risque pour les soignants dans le logiciel de soins OSIRIS par le biais de la cadre ou de l'IDEC.

c) Il faut proposer une réflexion d'équipe sur l'organisation des soins autour des profils de résidents générant des risques pour déterminer collectivement ou par l'encadrement du besoin de réaliser des tâches à 2 et assurer le suivi.

d) Il faut proposer une formation prévention gestes et postures dans les 6 mois au besoin et assurer le suivi.

Les propositions soumises aux directions ont été acceptées en l'état et le dispositif est en cours d'expérimentation sur plusieurs sites du groupe depuis septembre 2022.

2.4 : Développer des compétences d'employeur responsable à partir d'une politique de GRH territorialisée : le cas de la plateforme territoriale solidaire de Dordogne

ROUTELOUS C

URASADETTAN J

Le secteur sanitaire et médico-social connaît des problèmes structurels de pénurie de main d'œuvre, en grande partie liés à leur manque d'attractivité et qui peinent à être palliés par des mesures transitoires. Des initiatives semblent signaler un élargissement de la question de la GRH au territoire. Sont questionnées ici les compétences du dirigeant en tant qu'employeur, et la façon dont elles sont progressivement acquises. Le terrain de recherche étudié repose sur la mise en place d'un dispositif de gestion territorialisée des RH entre plusieurs organisations du secteur sanitaire et médico-social. Notre question de recherche sera la suivante : dans quelle mesure les compétences employeurs « responsables » sont-elles créées dans le cadre du développement d'une politique RH et plus particulièrement d'une GRH territorialisée?

L'intérêt de cette recherche est triple. Il s'agit dans un premier temps de voir dans quelle mesure l'écosystème que constitue le dispositif de GRH territorialisée, au-delà des pratiques diffusées et mises en œuvre, contribue à la reconnaissance du rôle d'employeur « responsable ». Cette fonction d'employeur, indissociable de compétences spécifiques développées, est nourrie par l'implantation territoriales de pratiques de RH « durables ». Dans un deuxième temps, elle permet de bien identifier dans la GRH ce qui relève de l'employeur et de la fonction RH. Enfin, elle permet d'étudier le dirigeant sous l'angle d'une fonction jusqu'à présent peu étudiée, car confondue avec la fonction RH : sa capacité à développer une vision RH, et ce faisant, à développer des compétences en tant qu'employeur « responsable ».

La littérature relative à la GRH territorialisée, notamment sur son aspect construit et les enjeux dont elle est porteuse en matière de logiques d'actions et d'apprentissage collectif est utile à la compréhension des enjeux partagés. Au-delà, la question spécifique des compétences entrepreneuriales « responsables » nous permettra de bien distinguer les compétences entrepreneuriales des compétences RH plus générales.

Cette recherche qualitative à visée exploratoire s'appuie sur les entretiens des principaux acteurs de la plateforme territoriale solidaire de Dordogne et d'autres acteurs souhaitant implanter un projet similaire. Le dispositif, créé à partir de 2020, est porté par le dirigeant d'un EHPAD. Ces initiatives ont été soutenues financièrement et cadrées par les pouvoirs publics en soutien d'une démarche de responsabilité sociale partagée.

Notre recherche comporte 3 types de résultats : La mise en œuvre d'une GRH territoriale (1) ; le développement de nouvelles compétences employeur (2) ; l'apprentissage partagé d'un entrepreneuriat responsable (3).

La mise en œuvre d'une GRH territorialisée qui repose sur trois logiques d'actions

Il s'agit d'abord de contribuer à la vitalité du territoire dans une optique de responsabilité sociale. La démarche a débuté par un diagnostic du territoire qui visait à mieux connaître le territoire et ses acteurs et analyser les potentielles aides. Plusieurs objectifs sont donc fixés : venir en appui au développement local territorial, proposer des parcours qualifiants aux personnes en difficultés qui pourraient prendre des postes d'ASH ; soutenir la valorisation des acquis de l'expérience des ASH pour leur permettre une mobilité professionnelle vers les postes d'aides-soignants et ainsi mieux répondre aux besoins de main d'œuvre du secteur, d'insertion de certains publics et au besoin de développement d'opportunités de carrière de métiers du SSMS.

Il s'agit ensuite d'élargir et de fluidifier le marché interne de l'emploi par une ouverture sur le marché externe. Dans une volonté combinée de sécurisation des parcours professionnels et de fluidité en matière de gestion des emplois et des compétences, les établissements sont amenés à trouver de nouvelles solutions « hors les murs ». Ces initiatives peuvent prendre des formes diverses : prêt de personnel et pôles de remplacements territoriaux. Ce dispositif est proposé en priorité aux collaborateurs dont le temps de travail est partiel. Il s'agit aussi de permettre aux salariés de choisir leur temps de travail plutôt que de le subir.

Il s'agit enfin de s'appuyer sur le territoire pour dégager de nouveaux leviers de performance. Confrontés à un taux important d'accidents du travail et à un turnover élevé, les acteurs tentent de déterminer les besoins sur le territoire à court terme et moyen terme et de recenser les forces et les faiblesses du territoire. Des pistes d'actions communes prioritaires émergent : la mise en œuvre de diagnostic partagé sur la prévention des risques et le soutien des collaborateurs. La démarche de territorialisation peut être aussi une démarche de GPEC élargie qui vise à intégrer à la réflexion sur la SQVT une analyse prospective des enjeux de soutenabilité durable du travail. Cela permettrait d'éviter un départ anticipé des salariés pour cause d'invalidité et de préserver l'employabilité [physique et psychique] des soignants en poste.

Le développement de nouvelles compétences employeur

Dans un second temps, nos résultats montrent qu'au-delà des pratiques RH développées, le dirigeant qui a été à l'initiative de cette GRH territorialisée a développé plusieurs compétences liées à ce projet, que nous nommerons compétences employeur :

Le premier type de compétence est de type entrepreneuriale et tient à l'identification des opportunités potentielles. Le dirigeant a l'habitude de solliciter l'ARS pour être financé sur des projets innovants, et considère d'ailleurs son EHPAD comme un laboratoire d'innovations. C'est dans ce cadre qu'il a répondu à des appels à projets liés au développement d'une démarche de responsabilité sociétale d'entreprise. Le fait de lier les problèmes d'attractivité du personnel et l'appel à projet lui permet de réfléchir aux opportunités de développer une vision professionnalisante et donc valorisante du métier d'ASH, ce qui jusqu'à présent n'était pas le cas.

Le deuxième type de compétence déployé tient aux capacités projectives de ce même dirigeant. Son expérience l'aide à réaliser que l'attractivité du secteur ne peut être possible que si ce dernier est davantage valorisé, et notamment le métier d'ASH, particulièrement déficitaire en main d'œuvre. A des orientations de court terme va succéder une vision de plus long terme, axée sur la création d'une filière professionnelle. Elle va inclure des profils élargis de candidats potentiels (individus issus de structures d'insertion par l'activité professionnelle, personnes en situation de handicap), auxquels seront proposées des formations très pratiques, visant à développer une entrée rapide en emploi, sur la base de contrats aidés.

Le dernier type de compétence développée est d'ordre relationnel, et réside dans la capacité du dirigeant à faire émerger, si ce n'est une représentation partagée par le réseau des enjeux du secteur, du moins un accord sur les moyens à mettre en œuvre pour permettre une évolution de la situation. Des acteurs se rapprochent pour rendre envisageables des actions de GRH territorialisées sur la base de nouvelles proximités à construire. C'est ici la capacité du dirigeant à traduire le dispositif imaginé en enjeux compréhensibles et intéressants pour tous les partenaires qui est mise en évidence.

L'apprentissage partagé de compétences à un entrepreneuriat responsable

Enfin, notre troisième résultat montre des logiques d'actions qui relèvent d'un entrepreneuriat responsable (Van Der Yeught, 2020).

En résumé, la PTS démontre des valeurs et des dispositions éthiques qui orientent :

- les objectifs poursuivis : des objectifs économiques, sociaux et environnementaux intégrés pour une création de valeur économique et sociétale à court et plus long terme favorable à la dynamique du territoire de la Dordogne;

- le management de l'organisation : un management participatif et inclusif entre les établissements et en leur sein ;
- l'aptitude à l'innovation : en faveur d'innovations en matière de GRH responsables et durables.

Synthèse des missions de la plateforme et des actions mises en œuvre par la PTS / cahier des charges plateforme des métiers de l'autonomie

Actions de communication pour valoriser les métiers
-Recherche du soutien de la Direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations) 24 pour mettre en place un travail collaboratif avec les acteurs du secteur de l'insertion professionnelle et actions de communication à destination de lycées (avec le rectorat);
-Formations prévues des conseillers Pôle emploi, Cap Emploi, Missions locales du territoire ;
Informations sur les métiers / campagne de communication en partenariat avec le conseil départemental
-Tables rondes avec les partenaires ;
-Rencontres organisées dans le cadre de Duo day avec Cap Emploi;
-Partenariat avec Conseil régional dans le cadre du "rallye des métiers";
-soutien du syndicat NEXEM
Parcours d'orientation et de formation pour permettre l'accès à l'emploi
-Mise en place d'un partenariat et groupe de travail avec Missions locales pour accompagnement de Services Civiques (en cours);
-Création d'une boîte à outil sur les financements mobilisables avec OPCO Santé ;
-Demande d'accompagnement à la création d'un certificat de qualification professionnelle (CQP) : permet de faire reconnaître les compétences et savoir-faire nécessaires à l'exercice d'un métier à l'OPCO santé (en cours);
-Soutien création d'une filière médico-sociale dans un établissement de formation de personnes handicapées (établissement public départemental EPD) et élargissement à tout public à moyen terme;
- soutien à la création d'une antenne de l'école de la seconde chance avec l'EPD sur le territoire.
Actions favorisant le recrutement (mise en relation de l'offre et la demande)
-rédaction d'un référentiel métier ASH - "pouvoir faire" avec Cap Emploi et ARS-DD24 (en cours);

-mise en place de HUBLO (logiciel qui indique les postes vacants pour permettre vacation/remplacement) afin de mobiliser les personnels intéressés (dans les 11 établissements-partenaires du territoire) mais aussi les étudiants du secteur en partenariat avec organismes de formation. (1.2)
Accompagnement à la prise de poste pour les nouveaux salariés
-travail à moyen terme avec les partenaires sur l'homogénéisation des pratiques d'accueil, d'accompagnement et de formation des salariés sur sites
-actions de fidélisation et de mobilité choisie des personnes en poste;
-création du référentiel métier ASH volet pouvoir-faire à destination de public avec handicap en partenariat avec l'OETH (2.1)
-mise en place d'une réserve territoriale (mutualisation de ressources entre ESMS);
-développement de HUBLO pour mise en lien offre et demande, permet accès à des heures supplémentaires de travail pour les salariés en poste et jeunes retraités (partenariat avec la carsat)
Actions d'appui à la QVT et lutte contre la sinistralité
-accompagnement financier de l'AG2R pour la mise en place d'une équipe mobile QVT (co-financement ARS);
-lauréat de l'AMI lancé par l'ARS pour 2021-23 pour mettre en place une équipe mobile QVT pour partager expertises et ressources sur le sujet sur le territoire
-accompagnement renforcé des publics les plus éloignés de l'emploi
-création du référentiel métier ASH volet pouvoir-faire à destination de public avec handicap en partenariat avec l'OETH
Favoriser la mobilité (mise à disposition de véhicules, soutien pour obtenir permis...)
-enjeux autour de transport personnel
-enjeux autour de l'aide à l'accès à un habitat en proximité

3.3 _ Les liens entre SQVCT et dynamique d'amélioration continue de la qualité

Synthèse 3.3

Nous avons mis à jour d'abord les dimensions actionnables pour créer un environnement de travail « sain » adossé à une démarche de management en subsidiarité du travail, ancrées l'une et l'autre sur le pouvoir d'agir des collaborateurs.

Abord de Chatillon et Richard (2015) modélisent les logiques managériales, organisationnelles et institutionnelles favorisant l'émergence d'un nouveau modèle de management du bien-être au travail en respect des personnes et tenant compte de leurs besoins (physique, psychique et social). Dans la suite de ces travaux nous avons mis à jour les leviers pertinents pour inscrire ce modèle dans les EHPAD. Nos résultats corroborent la modélisation SLAC tout en nuancant l'indépendance de la dimension du sens, indissociable de l'activité. Cette concordance souhaitée par les directions entre les valeurs défendues et la finalité de l'action se traduit pragmatiquement, par l'individualisation des pratiques tant au niveau du soin qu'au niveau du management. En effet, le centrage sur la qualité de l'accompagnement est couplé au centrage sur la qualité de vie au travail des agents. En synthèse, la démarche managériale salutogénique repose d'abord sur la formation à de nouvelles compétences qui font échos aux valeurs du prendre soin des agents (1). La démarche s'accompagne également de différentes modalités d'espaces collectifs d'échanges sur les difficultés du travail et sur la qualité du travail au contact des usagers (2). Les cadres intermédiaires et les référents, en lien avec les préoccupations de la direction, produisent dans ce contexte un soutien très important auprès des équipes, tant à un niveau collectif qu'individuel en lien avec la santé, les risques perçus et les difficultés rencontrées au quotidien (3). Ce travail rencontre celui de la démarche d'amélioration continue de la qualité (4). Les directions ont ainsi quatre mécanismes complémentaires qui s'alimentent.

Le corolaire au management salutogénique est donc le pouvoir d'agir des salariés. Nous avons aussi déterminé les conditions et préalables à la co-construction d'un pouvoir d'agir collectif adossé à la résolution des difficultés du travail, soutenus par les directions au travers de la mise en œuvre de communautés de pratiques pilotées (CPP). Nous montrons comment les communautés de pratiques pilotées – par un élargissement des marges de manœuvre multi-niveaux – conduisent à une agilité organisationnelle qui soutient le dialogue social sur la SQVT. Nous soulignons que les CPP en EHPAD permettent : 1) la capitalisation de bonnes pratiques ; 2) la résolution agile de problèmes et 3) la génération de nouvelles idées. Au-delà, les CPP produisent des expérimentations itératives d'innovations organisationnelles et managériales centrées sur la SQVT. Elles produisent une « régulation

conjointe » des difficultés du travail réel. Dans ce cadre, les collaborateurs développent l'apprentissage de leur pouvoir d'agir. En capacitant les CPP et leurs collaborateurs, l'encadrement développe aussi des compétences à manager plus en subsidiarité.

Ces enjeux nous amènent à souligner la nécessité de construire pour les directions et les équipes ; un registre partagé, des actions concertées et un pouvoir d'agir en subsidiarité autour des enjeux du travail réel. La combinaison de ces dimensions favorise la mise à jour de marges de manœuvre locales et vertueuses pour la qualité des accompagnements et pour la SQVCT de l'équipe.

Chapitre 1. Les déterminants d'un environnement de travail favorable au bien-être au travail

Routelous C.

Ruiller C.

Lux G.

Ce volet de la recherche a fait l'objet d'un article publié dans la revue Gestion et management public : Routelous, C., Ruiller, C. & Lux, G. (2021). La pénibilité au travail dans les EHPAD... Et si le management « salutogénique » était une solution ?. Gestion et management public, 9(1), 9-35. <https://doi.org/10.3917/gmp.091.0009>

Un milieu de travail salutogénique est défini par le développement d'une activité de qualité, préservant le pouvoir d'agir à l'individu (Clot, 2008). Dans le prolongement de cette définition des auteurs défendent une approche salutogénique de la gestion des ressources humaines (Neveu, 2009 ; Richard, 2012, Abord de Chatillon et al, 2015).

Abord de Chatillon et Richard (2015) proposent un modèle synthétique, intégrant les dimensions individuelles et subjectives ainsi que les dimensions collectives et relatives à l'organisation du travail. Quatre dimensions du bien-être au travail sont ainsi mises en exergue.

Premièrement, le sens caractérise la représentation subjective du travail, la direction qui guide les actions, la cohérence entre les valeurs et les actions (Morin et Cherré, 1999). La notion interroge l'objectivation et les finalités de l'action de production. La construction du sens et son actualisation passe par une activité langagière au sein d'espace de discussion (Detchessahar, 2013), d'espace dialogique d'analyse de l'activité (Clot, 2008), par une capacité à traiter des problèmes réels et à garder le travail vivant (Desjours, 2009).

Deuxièmement, le lien comprend le soutien, la reconnaissance de collègues, l'inscription dans un collectif de travail et le management d'espaces de travail où se construisent et s'actualisent

les liens sociaux au travail (Thuderoz, 1995). Le lien social est l'ensemble des formes de soutien social et la qualité des relations interpersonnelles. Les relations apparaissent comme centrales dans la construction et la préservation du bien-être au travail. Le lien à soi et aux autres, passe là aussi par l'échange au sein d'espace de discussion autour du réel de l'activité.

Troisièmement, l'activité se concentre sur ce que l'individu fait. Reprenant les travaux de Clot (2010), Abord de Chatillon et Richard (ibidem) associent le travail « bien fait » et le bien-être au travail. Le bien-être au travail dépend de la capacité d'agir sur soi et sur la situation de travail (Clot, 2010), d'être capable de faire face aux défis rencontrés dans le travail (Zimmermann, 2011). Là encore, les espaces de discussions autour du travail réel jouent un rôle important, car ils sortent de l'invisibilité le travail réel et permettent de produire des arrangements et construisent la qualité de l'expérience du travail.

Quatrièmement, le confort se réfère aux conditions de réalisation de cette activité. Il désigne un sentiment de bien-être conjointement physique, fonctionnel et psychique assurant la qualité de la production et la productivité. Le sentiment de confort comprend également la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et de relation à autrui (Riou et al, 2013). Dans ce sens, l'espace de travail salutogénique, doit être conçu comme un lieu de communication, d'échanges, d'apprentissage et d'expériences collectives, que les salariés s'approprient et intègrent dans un univers cognitif et affectif.

En résumé, Abord de Chatillon et Richard (2015) modélisent les logiques managériales, organisationnelles et institutionnelles favorisant l'émergence d'un nouveau modèle de management du bien-être au travail en respect des personnes et tenant compte de leurs besoins (physique, psychique et social). Nous avons recherché dans les établissements étudiés les caractéristiques des pratiques managériales qui permettent la mise en œuvre de ce modèle.

Méthodologie

Notre recherche repose sur quatre monographies d'EHPAD par la réalisation d'entretiens réalisés auprès des directions, du management de proximité et des équipes soignantes. Nous avons mené une analyse fine ancrée dans le terrain des « best practices » auprès d'établissements sélectionnés dont les actions concourent à permettre l'introduction de démarches salutogéniques dans les organisations soignantes qui portent une attention particulière à la qualité de l'accompagnement des usagers et à la qualité de vie au travail des salariés.

Nos résultats corroborent la modélisation SLAC tout en nuancant l'indépendance de la dimension du sens, indissociable de l'activité. Nous faisons l'hypothèse que cette capillarité

du sens dans la dimension relationnelle du travail, dans l'activité et le confort est liée à l'éthique du Care dans les quatre projets d'établissement, se traduisant notamment au travers des méthodes de soins « bientraitantes » supportées par une posture réflexive sur les pratiques et les missions adossée la méthodologie de soin Humanitude ou Carpe Diem. Cette concordance souhaitée par les directions entre les valeurs défendues et la finalité de l'action se traduit pragmatiquement, par l'individualisation des pratiques tant au niveau du soin qu'au niveau du management. Le centrage sur la qualité de l'accompagnement est couplé au centrage sur la qualité de vie des agents.

La démarche managériale repose d'abord sur la formation à de nouvelles compétences qui font échos aux valeurs du prendre soin des agents (1). La démarche s'accompagne également de différentes modalités d'espaces collectifs d'échanges sur les difficultés du travail et la qualité du travail au contact des usagers (2). Les cadres intermédiaires et les référents, en lien avec les préoccupations de la direction, produisent dans ce contexte un soutien très important auprès des équipes, tant à un niveau collectif qu'individuel (3). Ce travail rencontre celui de la démarche d'amélioration continue de la qualité animée toute l'année (4). Les directions ont ainsi quatre mécanismes complémentaires qui s'alimentent, de manière vertueuse.

Nos résultats proposent un plan de management du bien-être au travail suivant les dimensions du SLAC.

D'une part, la responsabilité des directions sur le sens du travail repose sur le plan d'investissement, le projet d'établissement ou encore la politique de formation ; elle se traduit au plan opérationnel par un positionnement facilitateur des encadrants et par un rôle proactif des référents, analystes du travail et garants de sa mise en dialogue.

D'autres part, concernant le lien, la responsabilité des directions se réfère à une politique de reconnaissance des collaborateurs et de la dimension relationnelle du travail et vise l'inter-professionnalité. Pour les encadrants, il s'agit de jouer le rôle de courroie de transmission entre la direction et les équipes de soins.

Les soignants référents participent du soutien organisationnel par une veille active vis-à-vis des difficultés du travail d'accompagnement, de feedback et par l'apport de connaissances spécifiques à l'ensemble des catégories professionnelles.

Ensuite, la responsabilité des directions au plan de l'activité se caractérise par une organisation des temps de travail et des temps de formation congruents avec les demandes faites par les services de soins pour assurer un travail de qualité. Les encadrants se positionnent en « bottom-up » pour traduire les demandes des soignants et réaliser un management au service des collaborateurs. Les soignants quant à eux, bénéficient d'un libre

arbitrage sur leur organisation afin de répondre aux aléas du quotidien et à la personnalisation du soin.

Enfin, la responsabilité des directions au plan du confort, se matérialise par la volonté de l'organisation de signifier son intérêt au bien-être des agents, tant du point de vue du confort physique que du développement personnel. De nombreuses actions débordent des attendus réglementaires. Les directions exercent une veille stratégique sur les opportunités de financement soutenant le bien-être au travail. Les cadres sont soutenus dans leur travail de relais et sont positionnés en soutien des équipes sur le terrain.

Chapitre 2. Les communautés de pratiques pilotées : l'instrument d'un apprentissage partagé en faveur de la SQVCT et d'un management plus en subsidiarité

Routelous C.

Ruiller C.

Urasadettan J.

Burrelier F.

Lux G.

Le concept de communauté de pratiques pilotée vient éclairer de nouvelles perspectives liées au management par la discussion en soulignant les apprentissages partagés réalisés à cette occasion par les parties prenantes.

Les communautés de pratiques se réfèrent à des groupes de personnes qui échangent sur leurs savoirs et leurs pratiques de travail partagées afin de les améliorer. Au fur et à mesure que ces personnes partagent leurs connaissances, leurs expertises, leurs expériences, ils apprennent ensemble, et développent des pratiques coopératives. Wenger (1998) caractérise trois dimensions dans le type de relations permettant à une pratique d'assurer la cohérence d'une communauté : l'engagement mutuel, une entreprise commune et un répertoire partagé. Une telle communauté peut être considérée comme un « dispositif de coordination permettant à ses membres d'améliorer leurs compétences individuelles, à travers l'échange d'un répertoire commun de ressources qui s'élaborent en même temps que s'articule la pratique de la communauté ».

La communauté de pratiques pilotée se démarque de la communauté de pratiques «spontanée» par le fait qu'elle est initiée et soutenue par les directions (Sarazin, Cohendet et Simon, 2017). Bénédic (2019) synthétise leurs caractéristiques. Il souligne le fait que (1) la communauté de pratiques pilotée est intentionnellement créée à l'initiative de la hiérarchie en lien avec les objectifs stratégiques de l'organisation ; (2) la hiérarchie oriente a priori les objectifs de la communauté et désigne les modes de fonctionnement de celle-ci ; (3) la communauté est rattachée à la structure ; (4) les membres sont choisis par la hiérarchie; (5) les liens reposent sur un « contrat de valeur » avec le management qui attend des résultats ; (6) ses ressources proviennent essentiellement de l'organisation.

L'apprentissage de l'expérimentation collaborative peut prendre deux formats. Des communautés stratégiques d'exploration orientées sur la production de connaissances nouvelles et des communautés d'excellence opérationnelle orientées sur l'exploitation de bonnes pratiques visant à améliorer les opérations courantes (Bootz, 2015). Dans tous les cas, le manager de communauté doit permettre l'échange d'idées à travers le partage de

connaissances, le maintien d'un fonctionnement fondé sur un système de normes partagées et co-construites et un climat de confiance.

Dans le prolongement de ces travaux nous avons recherché les apprentissages conjoints et itératifs qui sont susceptibles d'influencer les marges de manœuvre des acteurs engagés dans des démarches participantes en faveur de la SQVCT en EHPAD et à saisir les impacts des apprentissages conjoints réalisés dans le cadre des communautés de pratiques pilotées sur les marges de manœuvre et le pouvoir d'agir des parties prenantes.

Méthodologie

Ces quatre établissements ont été choisis en raison de leur engagement dans la SQVT. Parmi ces quatre structures, deux d'entre elles ont créé un groupe de travail portant sur cette thématique et c'est sur ces dispositifs que nous travaillons ici.

L'étude de l'impact de la création de communautés de pratiques pilotées sur le niveau de subsidiarité des managers, la capacité des collaborateurs à développer un pouvoir d'agir, et l'innovation en matière de SQVT nécessite une analyse fine des terrains. Nous avons pour cela choisi de procéder à deux études de cas, définies par Yin (1989). Cette démarche permet une « analyse spatiale et temporelle d'un phénomène complexe [ici les communautés de pratiques pilotées] par les conditions, les événements, les acteurs et les implications » (Wacheux, 1996, p. 89). L'objet ici étant de comparer la dynamique entre les deux sites, nous procédons à une étude de cas intersites. Nous avons ainsi mené onze et douze entretiens auprès des directions, de l'encadrement et des principaux collaborateurs de chaque site s'étant mobilisés autour de la thématique de la SQVT.

Nos résultats se structurent en trois points : l'engagement des directions en faveur d'un management habilitant le pouvoir d'agir dans la résolution des difficultés du travail (1); les conditions de mise en œuvre et de vigilance sur la pérennisation du pouvoir d'agir « habilité » (2) et les implications méthodologiques et managériales (3).

Synthèse : Comparaison des deux cas

	EHPAD Saint Louis	EHPAD Sainte Madeleine
Engagement commun	Stratégie globale de prévention associant expérience du travail et stratégie	Stratégie globale de prévention associant expérience du travail et stratégie
Culture de la prévention	Fondée sur une approche complète du risque au travail	Fondée sur une approche complète du risque au travail
Conditions de fonctionnement	Soutien de la hiérarchie : sponsor protège la CPP / Allocation de moyens Ingénierie de la concertation externe – rôle pro-actif des animateurs externe Forme de non pilotage envisagée mais pas à l'œuvre – à l'arrêt 2020-2022 en interne.	Soutien de la hiérarchie Sponsor protège la CPP / Allocations de moyens Ingénierie de concertation Forme de non pilotage direct mais animateur conserve leadership sur avancée et orientation du groupe
Stratégie pour pérenniser espaces de participation	Création d'une direction de l'innovation et recrutement ancienne animatrice ARACT	Promotion d'une participante interne comme animatrice CPP et responsable qualité
Répertoires d'action	Créer des marges de manœuvre sur prévention des risques et organisation du travail	Créer des marges de manœuvre sur prévention des risques et organisation du travail
Capitalisation de bonnes pratiques	Achat équipements, formation	Achat équipements, formation, création d'un outil de diagnostic des risques et du soutien requis
Résolution agile des problèmes	Réorganisation temps de travail et tâches sur services en difficultés	Réorganisation tâches et responsabilités des aides-soignantes
Entreprises communes	Principe de subsidiarité contextualisé	Principe de subsidiarité contextualisé et pérennisé
Caractère du pouvoir d'agir et marges de manœuvre partagées	Caractère situé du pouvoir d'agir en lien avec difficultés contextualisées	Caractère contextualisé mais plus pérenne du pouvoir d'agir en lien avec démarche qualité et écoute des signaux faibles
Posture du manager de communauté/manager d'équipe	Constat du besoin de travailler sur métier et pouvoir d'agir de l'encadrement pour permettre autogestion des équipes. Embauche d'une animatrice ARACT comme responsable de l'innovation.	Hybridation du profil intrapreneur et manager expert pour l'animatrice-manager des CPP. Promotion comme directrice adjointe

Les trois dimensions du management habilitant des CPP

Nous avons précisé l'engagement des directions en faveur de la résolution des difficultés du travail.

1. Les deux dispositifs signalent que la création d'un répertoire partagé autour de la prévention des risques au travail passe par un soutien à l'échange de savoirs et de pratiques.

Au cœur des échanges, directions ou animateurs favorisent l'alignement des expériences du travail et de la stratégie du projet institutionnel. Les dispositifs habilitent les dynamiques communicationnelles autour du travail en permettant aux participants de participer au pilotage stratégique de l'organisation du travail. Les actions entreprises ont permis d'agir en faveur de la santé au travail : achat de matériel, formations, autodiagnostic, échanges sur tensions éthiques entre préservation de la santé du soignants et besoin de mobilisation des résidents....

2. L'engagement des directions dans la mise en œuvre d'espaces de participation (CPP) est déterminant. La direction - sponsor – crée, développe et protège la CPP et joue un rôle de modérateur de la pression de l'encadrement sur la régulation du travail. Dans ce cadre, la capacité à s'autodéterminer sur les pratiques à risques ou sur les besoins de réorganisation de temps de travail déterminent l'habilitation du pouvoir d'agir des collaborateurs. Cette dernière se traduit par l'acquisition de nouvelles compétences partagées avec la direction dans sa reconnaissance de la capacité des collaborateurs à agir sur leur travail (résolution agile des problèmes et la mobilisation de bonnes pratiques). Un management habilitant au sein duquel le leader partage le pouvoir de décider et donne plus de responsabilités à ses collaborateurs se diffuse selon nous dans les services par la co-construction d'un répertoire de ressources; l'alignement des registres d'actions et des actions collectives concertées.

3. Le développement de compétences, la production de bonnes pratiques et de marges de manœuvre situationnelles favorisent le développement du pouvoir d'agir de l'ensemble des parties prenantes. Ces apprentissages conjoints entre les collaborateurs et la direction se reflètent dans l'émergence d'un management par et pour la prévention des risques professionnels et la résolution des difficultés du travail, grâce aux CPP. Les apprentissages conjoints réalisés entre la direction et les participants des CPP, caractérisent un pilotage de l'organisation du travail plus en subsidiarité et des pratiques délibératives. Au-delà, les nouveaux espaces de discussion ouverts par l'implantation d'outils en soutien à la santé au travail permettent le débat sur les critères de la qualité du travail.

Les soutiens du « pouvoir d'agir »

Le pouvoir d'agir est soutenu par le rôle clé des animateurs garants du développement de compétences, de l'alignement de la stratégie et des expériences du travail et de la production de bonnes pratiques.

Les animateurs ou managers de communautés favorisent notamment la co-construction de marges de manœuvre situationnelles en permettant un dialogue de qualité avec la direction. Nos résultats montrent que la capacité de l'animateur à faire vivre le groupe reste déterminante dans les CPP. Il importe donc de penser une posture de non pilotage et de retrait progressif de l'animateur. Reste qu'animateurs et sponsors doivent s'assurer durablement de la conciliation entre participation, autonomie et contrôle. La pérennisation du pouvoir d'agir dépend in fine de la capacité des équipes à développer et maintenir les marges de manœuvre dans l'organisation du travail. Nos résultats montrent ainsi que le management habilitant peut soutenir durablement un pouvoir d'agir « situé » dans le travail réel dès lors que les sponsors et animateurs internes intra-prennent et explorent de façon continue des nouvelles marges de manœuvre tout en exploitant les bonnes pratiques acquises dans une logique d'optimisation ou de résolution des difficultés rencontrées dans le travail. Les pratiques dès lors ne sont plus totalement formalisées et appliquées identiquement à tous. L'ajustement mutuel des acteurs bénéficie d'une plus large autonomie sur le plan opérationnel et dans une moindre mesure sur le plan stratégique.

Les éléments de fragilité des dispositifs participatifs

La question de la « distribution » du pouvoir n'est pas un sujet à sous-estimer pour l'ensemble des acteurs de l'organisation. Créer un poste d'animateur/responsable qualité ou projet, ou en mobiliser un en externe peut compenser l'empêchement de l'encadrement de proximité ou le manque de méthode dédiée à l'animation de projet de manière plus horizontale. Quelle que soit l'identité de l'animateur; il doit mettre en œuvre une ingénierie de la concertation qui ne vise pas à imposer des objectifs ou ses normes sur le travail « bien fait », mais permettre la définition conjointe des enjeux à réguler et des actions à entreprendre.

Du point de vue de la participation des salariés, il y a aussi un certain nombre de risques. Il peut être difficile de faire vivre durablement la participation des salariés même si c'est le souhait de l'équipe de direction. Le turn-over fragilise les habitudes d'échanges au sein des équipes et avec l'encadrement.

Bibliographie

- Abord de Châtillon (sous la dir. de), (2016), La prévention des risques psychosociaux : le cas du secteur hospitalier (public vs privé) – Observations de terrain et analyses à partir de l'enquête « Conditions de travail 2013 »
- Amira S., « La prévention des risques professionnels en 2013. Mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés », Dares Analyses, n°13, 2016.
- Brami L, Damart S, Et Kletz F (2013), Santé au travail et travail en santé. Performance des établissements de santé, bien-être et absentéisme des personnels soignants. Management et Avenir 2013 ; 61 :168-189.
- Coutrot T., « Risques psychosociaux et situation économique des entreprises », Dares Analyses, n°44, 2015.
- Desjonqueres, A. (2019), L'exposition aux risques du travail, Documents d'études n° 230 – avril, DARES.
- Detchessahar M, Devigne M, Et Stimec A, (2010), Les modes de régulation du travail et leurs effets sur la santé des salariés : deux établissements d'accueil de personnes âgées en quête de management. Finance Contrôle Stratégie; 13(4) :39-74.
- Defelix, C., Degruel, M., Le Boulair, M. & Retour, D. (2013). Élargir la gestion des ressources humaines aux dimensions du territoire : quelles réalités derrière les discours ?. Management & Avenir, 59, 120-138.
- Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C. & Laurent, B. (2014). Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD. Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 32(1), 63-80.
- Randon S, Baret C, Et Prioul C. (2012), La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie: du savoir académique à l'action managériale ; Revue Management et Avenir; 49, janvier :133-149.
- Riviere, A., Loubes, A. & Oriou, L. (2019). Mécanismes de construction et d'appropriation d'un dispositif de GPEC élargie au territoire (GPEC-T) dans le secteur sanitaire et médico-social : une étude de cas exploratoire en Languedoc-Roussillon. @GRH, 31(2), 65-89.
- Rossano M., Abord De Chatillon E, Desmarais C (2015), Rupture du contrat psychologique et risques psycho-sociaux : une recherche intervention dans le cadre de la théorie de la conservation des ressources, Revue de gestion des ressources humaines, 95, 58-77.
- Saboune, K. & Goujon Belghit, A. (2018). L'ambivalence dans le contenu du contrat psychologique : le cas d'un EHPAD. Management & Avenir, 103(5), 181-200.
- Van Der Yeught, C. (2020). Former des entrepreneurs responsables en développement durable. Entreprendre & Innover, 45, 22-32.

4. Les perspectives en termes d'aide à la décision pour l'action publique

4.1 La question de la soutenabilité du travail doit être un axe de réflexion prioritaire

Nous avons montré que l'absence de marge de manœuvre sur la quantité de travail et l'absence de perception des risques au travail dans un contexte de forte sinistralité, nuisent à la capacité des acteurs à faire « bien » leur travail et à rester en poste. Si la Cour des Comptes ouvre un débat utile sur le ratio de personnel auprès des usagers du secteur, nous soulignons la nécessité de maintenir un « réservoir de ressources » : individuel, interindividuel et organisationnel, afin de permettre aux soignants de soutenir conjointement exigences du travail « bien fait » et capacité à agir sur le travail. Pour cela il apparaît nécessaire de penser simultanément le soutien des capacités adaptatives et proactives de façonnage du travail des acteurs ainsi que la soutenabilité de la charge de travail. Afin de renforcer de manière systémique la capacité de façonnage du travail et les comportements proactifs nos recommandations reprennent les 3 dimensions du pouvoir d'agir.

D'abord le pouvoir d'agir doit être soutenu par un leadership capacitant et positif de l'encadrement. Cela nécessite de promouvoir le codéveloppement des encadrants afin de soutenir la capacité à déléguer aux équipes des marges d'autonomie, tout en étant présents pour soutenir la dynamique collective. Les modèles de gouvernance devraient intégrer davantage la question de la subsidiarité dans les décisions quotidiennes relatives à la qualité et aux conditions de travail.

Ensuite il semble utile de soutenir le pouvoir d'agir par un environnement de travail ouvert à l'expérimentation et à la résolution des problèmes ordinaires. Concernant la formation des soignants : il faut soutenir la capacité à penser positivement les situations de travail et les capacités adaptatives en formation initiale et en formation tout au long de la vie ; via du compagnonnage (à tous les âges).

Enfin, il semble nécessaire de soutenir le sentiment d'auto-efficacité : Un retour d'expérience sur ce qui a bien fonctionné pendant la crise Covid devrait être réalisé afin de soutenir la satisfaction collective des soignants et témoigner des capacités adaptatives mobilisées. Il faut former les managers au management positif qui permettrait la manifestation de signes de bienveillance, de reconnaissance et d'encouragement, une communication positive et un meilleur travail de consolidation du sentiment d'appartenance.

A défaut, l'environnement de travail apparaît comme aversif pour les professionnels dont l'ultime stratégie est alors de quitter le secteur pour se protéger. Le secteur ne pourra pas mettre en place des politiques d'attractivité efficaces si la charge de travail reste perçue comme trop importante et sans marges aucunes de façonnage du travail.

4.2 Avoir l'ambition d'une approche systémique et proactive des enjeux de prévention des risques pour la santé soutenue par des outils opérationnels.

La Cour des Comptes 2022 préconise d'atteindre le ratio d'un salarié pour un résident afin de diminuer d'un tiers le taux d'absentéisme lié aux accidents du travail et aux maladies professionnelles en EHPAD. Au-delà de cette préconisation, il nous semble qu'il reste nécessaire d'associer cette stratégie à des dispositifs et outils qui permettent de penser simultanément la mise en visibilité des risques et la progression des compétences pour y faire face.

Cela représente le triple défi de la professionnalisation/expertises des pratiques mobilisées (1), de la montée en compétences collectives des acteurs (2), et de l'amélioration de la qualité opérationnelle des instruments en soutien de la SQVCT (3).

Nous soulignons la nécessité d'inscrire dans le CPOM des établissements : le diagnostic (à dater et à mettre à jour), les actions envisagées, les objectifs fixés et obtenus en matière de prévention des risques et de suivi de la SQVCT. Par manque d'acteur référent dans les équipes de direction, ce sujet est le parent pauvre des politiques de GRH-prévention des risques menées. Or, il est important qu'il fasse l'objet d'une véritable priorité et que soient précisés les actions et les objectifs dans le projet institutionnel, à la fois sur le volet prévention mais plus largement dans un axe de responsabilité sociale et comme registre à part entière d'une stratégie de marque employeur dont le secteur devrait se prévaloir pour lutter contre l'image associée à sa sinistralité et son manque d'attractivité.

Ainsi, il serait utile de fournir aux secteurs des axes d'améliorations produits par des organismes spécialisés (ANACT, INRS...) associés à des moyens financiers (sanctuariser des subventions pour la prévention des TMS, sans passer par des appels à candidatures) pour pallier les retards dans la stratégie de prévention de certaines structures.

Il serait aussi utile de définir un ratio de ressource experte (rendre obligatoire à l'échelle d'un territoire ou d'une certaine taille d'établissement l'emploi d'experts – en soutien des représentants du personnel et des directions) afin d'avoir des compétences solides sur le sujet, de donner un pouvoir à ces acteurs sur le contenu de formation à rendre obligatoire, sur la sensibilisation itérative aux risques, et enfin de mettre l'accent sur la désinsertion professionnelle comme un objectif prioritaire.

Le repositionnement des ergothérapeutes sur des missions de SST dans les établissements pourrait être une piste, de même que des ressources territoriales, en soutien de compétences internalisées.

Au-delà, chaque salarié doit être mobilisé sur les enjeux de la prévention des risques. Des outils doivent soutenir la visibilité des risques et des stratégies pour y faire face : Il faut pouvoir mobiliser des outils plus actionnables que le document unique d'évaluation des risques pour soutenir une stratégie proactive de prévention des risques :

- ✓ Mettre en place un système d'information d'alerte et de suivi de la résolution des facteurs de risques en cas d'accident (proche de la gestion des événements indésirables) ;
- ✓ Rendre obligatoire un volet diagnostic des risques associés au projet personnalisé de chaque résident réalisé en équipe pluridisciplinaire ;
- ✓ Créer un passport individualisé de prévention au travail qui décrit les étapes de la formation du collaborateur sur le sujet, la politique menée dans la structure en faveur de la santé globale et surtout un plan de prévention personnalisé selon les publics rencontrés (risques types de manutention) et personnalisé au regard des restrictions physiques acquises par le soignant. Ce document est à rendre obligatoire et à enrichir dans le temps par des volets gradués d'un niveau initiation à un niveau expert. Des informations sur la gestion des arrêts maladies et des maladies professionnelles doivent y figurer de même que les enjeux spécifiques au « reclassement ».
- ✓ Favoriser la mobilisation de plateforme de ressources territoriales pour développer des compétences collectives et gagner en expertises locales sur le sujet.

4.3. Créer des espaces de concertation sur les enjeux de la SQVT en lien avec la qualité du travail et développer le pouvoir d'agir des équipes sur le travail réel et les conditions de travail.

Le sujet de la prévention des risques ne doit pas rester dans un huis clos de commissions entre directions et représentants du personnel. Nous soulignons la nécessité de mobiliser et de responsabiliser davantage les professionnels dans la prévention des risques (en dehors des seuls représentants du personnel). Les agents doivent être des acteurs éclairés sur leur « santé », et ils doivent être en capacité d'auto-diagnostiquer les risques associés aux tâches quotidiennes et de participer à une réflexion pluriprofessionnelle sur les suites à donner aux situations mises à jour, pour y répondre par des stratégies proactives et auto-initiées, individuelles et collectives.

Les compétences à savoir créer un environnement de travail sain doivent être recherchées, reconnues et valorisées. Des formations et des temps de concertation sur le sujet de

l'amélioration des conditions de travail doivent faire l'objet d'une sanctuarisation, dépassant le seul cadre du DUER et de rencontres ponctuelles avec la Médecine du Travail.

Les managers de proximité doivent aussi être responsabilisés sur le sujet des risques (y compris invisibles) et doivent être à la fois des relais mais surtout des soutiens dans une stratégie réactive et proactive sur le sujet de la prévention et de la SQVCT. L'attention portée au bien-être des collaborateurs est un sujet déterminant dans les stratégies de fidélisation et d'attractivité. Les outils en soutien d'une réflexion partagée sur les risques et d'une concertation sur les suites à donner sont un levier complémentaire à cet engagement.

5. La stratégie de valorisation scientifique et de diffusion des résultats

1. Articles dans revues scientifiques

- Publié

1. Routelous, C., Ruiller C., Lux G. (2021), « **La pénibilité au travail dans les EHPAD... Et si le management salutogénique était une solution ?** » Revue Gestion et Management Public, 9, 1, 9-35. <https://doi.org/10.3917/gmp.091.0009>

- En cours de révision

2. Routelous C., Le Hesran AL, Sader M. « **Job crafting : Quels comportements proactifs des soignants pour faire face aux tensions de rôles engendrées par la crise Covid** » Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels.

3. Routelous, C., Ruiller, C., Urasadettan, J., Burrellier, F., Lux G. « **Soutenir le pouvoir d’agir en faveur de la santé et de qualité de vie au travail : retour sur deux expériences de communautés de pratiques pilotées en EHPAD** », Revue Interdisciplinaire, Management, Homme & Entreprise.

- En cours d’écriture

4. Routelous C., et Quidu F. ; « **Se sentir capable et avoir envie de rester dans les métiers de soignant** », in Le management en santé, gestion et conduite des organisations, sous la direction de M. Louazel et al, presses de l’EHESP, Rennes.

5. Sader M. et Routelous C., « **Les dimensions internationales du job crafting dans le secteur de la santé : Scoping Review** ». Revue Nursing Management.

2. Colloques scientifiques

1. Routelous, C. et Urasadettan, J. « Développer des compétences d’employeur à partir d’une GRH territorialisée : le cas de la plateforme territoriale solidaire de Dordogne », Le management des compétences pour répondre aux enjeux de société : Quelle place et quel(s) rôle(s) ? Congrès de l’AGRH Brest 19-21 octobre 2022.

2. Routelous C., Le Hesran AL, Sader M. : « **Job crafting : Quels comportements proactifs des soignants pour faire face aux tensions de rôles engendrées par la crise Covid** » Colloque

de la Revue Internationale de Psychosociologie et de Gestion des Comportements Organisationnels. Prix de la meilleure communication thématique décerné le 17 juin 2022.

3. Routelous C., Burrellier F., Lux G., Ruiller C. et Urasadettan J. Symposium : « Prévenir les risques santé en EHPAD par un dialogue social outillé ? ». 32^e congrès de l'AGRH, Mutations de l'environnement, mutations des organisations, mutations de la GRH ? IAE Paris-Sorbonne, Paris 13, 13-15 octobre 2021.

4. Routelous C, Ruiller C., Burrellier F., Lux G., et Urasadettan J. : « Communautés de pratiques pilotées et management en subsidiarité : Des leviers de l'amélioration de la SQVT en EHPAD ». In L'expérience patients et professionnels : nouveaux regards sur l'innovation en santé, 9^e Colloque Santé, Marseille, 22 et 23 juin 2021.

5. Routelous, C., « Soutenir la qualité de vie au travail en EHPAD ». Accompagner la transformation de l'offre médico-sociale. Repenser l'attractivité des métiers de l'accompagnement, 4^e rdv de l'IRESP, 20 mai 2021, webinaire.

Intervention à destination des acteurs du secteur

1. Présentation des résultats synthétiques au Ministre F. BRAUN lors de sa visite à l'EHESP, le 3 janvier 2023.

2. Congrès de la FHF Pays de Loire - L'habilitation du pouvoir d'agir des collaborateurs : Un levier de performance et d'attractivité des hôpitaux. 30 septembre 22

3. Congrès national de la Fédération pour l'inclusion des personnes en situation de handicap sensoriel et dys en France – L'habilitation du pouvoir d'agir des parties prenantes : levier de modernisation et d'attractivité du secteur. 7 juillet 22

4. Congrès de la FHF Bretagne – Séminaire médico-social- Enjeux de l'attractivité. Pistes d'actions. Expériences salariés, compétences employeurs : retour sur les enjeux et les leviers d'une stratégie Marque Employeur. 24 juin 22

Une partie des travaux a été présentée également aux directions des ARS Pays de Loire et Bretagne, à la FHF (Nantes, Rennes et national), ainsi qu'à des représentants de Nexem et de l'EOTH.

Intervention à destination du grand public et presse professionnelle

1. Hospimédia le 29/06/22 : RH : une étude managériale illustre la prise de pouvoir des soignants pendant la crise ; L. Watremetz
2. Hospimédia le 11/07/22 : RH : la transformation de l'offre implique le soutien au pouvoir d'agir des collaborateurs ; E. Deleplace
3. Infirmiers.com le 04.08.22 : Crise du système de santé : et si le Job Crafting était la clé ?
4. APM news le 6.10.22 : La fierté du travail bien fait un facteur de fidélisation très important pour les paramédicaux S. Lapostole.

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identification du projet	
Titre du projet	Santé et Qualité du travail en EHPAD N°2011015-00
Coordinateur scientifique du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Routelous Christelle, laboratoire CNRS UMR 6051 Arènes et INSERM RSMS Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique,
Référence de l'appel à projets (nom + année)	Programme Autonomie : personnes âgées et personnes en situation de handicap - Appel à projets « Volet Etablissements, services et transformation de l'offre médico-sociale Session 1 _ 2019
Citez les équipes partenaires (organismes, structures ou laboratoire de rattachement)	<ul style="list-style-type: none"> • CREM - UMR 6211 ; GR-IAE de Rennes • LiRIS, EA 7481 ; Université Rennes 2 • Département des Sciences Comptables, École des Sciences de la Gestion (ESG-UQAM)
Durée initiale du projet	2 ans
Période du projet (date début – date fin)	Novembre 2020-novembre 2022
Avez-vous bénéficié d'une prolongation ? Si oui, de quelle durée ?	Oui, pour cause de crise covid, 9 mois de décalage au démarrage du projet.
<u>Le cas échéant</u> , expliquez succinctement les raisons de cette prolongation.	L'accès aux EHPAD n'était pas possible avec les vagues successives de confinements début 2020.
Identification du rédacteur	
Nom du rédacteur du rapport	ROUTELOUS Christelle
Fonction au sein du projet (<i>si différent du Coordinateur scientifique du projet</i>)	
Téléphone	06 75 36 73 24
Adresse électronique	christelle.routelous@ehesp.fr
Date de rédaction du rapport	Décembre 2022

Indiquer la liste du personnel recruté dans le cadre du projet (*si pertinent*)

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
...SADER	Myra	Ingénieur de recherche	Novembre 2021	11 mois	CDD

...THIBONNET	Julie	Ergonome stagiaire	1er semestre 2022	Temps partiel sur 6 mois	Stage
--------------	-------	--------------------	-------------------	--------------------------	-------

Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet.

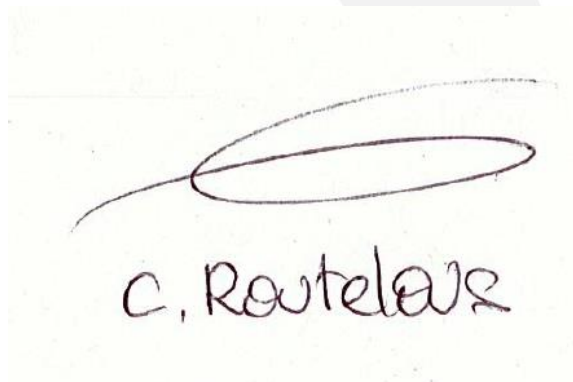
Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet
QUIDU	Frédérique	Ingénieur statisticienne	10%
RUILLER	Caroline	MCF HDR	10%
BURRELIER	Franck	MCF	10%
LUX	Gulliver	MCF	10%
URASADATTAN	Jennifer	MCF HDR	10%
LE HESRAN	Anne Lise	Ingénieur d'étude	10%

Donner la répartition (en pourcentage) des disciplines mobilisées dans le projet.

- sociologie 30%
- statistiques-30%
- science de gestion 30%
- ergonomie 10%

Signature du rédacteur et/ou du coordinateur scientifique de projet (si différents) :

Le 16.12. 22



C. Routelais

Ce document est à renvoyer aux adresses suivantes :
suiviprojets.iresp@inserm.fr