



PROJET QENA© LANDES

DEPLOIEMENT GENERALISE DU QUESTIONNAIRE QENA© - EHPAD
ET
CONCEPTION, EXPERIMENTATION ET VALIDATION DU
QUESTIONNAIRE QENA© - DOM

RAPPORT FINAL

2024

Responsable scientifique
Matthieu Sibé - matthieu.sibe@u-bordeaux.fr

Responsables opérationnelles
Nora Arditi - nora.arditi@u-bordeaux.fr
Maëlys Abraham - maelys.abraham@u-bordeaux.fr

Table des matières

CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROJET	4
PREMIERE PARTIE : QENA© - EHPAD DANS LES LANDES	6
AXE 1 – DEPLOIEMENT DE QENA© - EHPAD	7
OBJECTIFS	7
LE QUESTIONNAIRE QENA© - EHPAD	7
DEROULEMENT DU VOLET QENA© - EHPAD	8
1- <i>Mise en place de l'enquête auprès des EHPAD landais.....</i>	8
2- <i>Diffusion de l'enquête aux professionnels des EHPAD participants</i>	9
3- <i>Restitution des résultats du questionnaire aux EHPAD</i>	9
AXE 1 – RESULTATS DETAILLES DE L'ENQUETE QENA© - EHPAD	10
DESCRIPTIF DE L'ECHANTILLON	10
1- <i>Caractéristiques des EHPAD participants.....</i>	10
2- <i>Caractéristiques des répondants.....</i>	16
RESULTATS ITEM PAR ITEM	20
TROIS MEILLEURS ET TROIS MOINS BONS ITEMS.....	27
SCORES QVCT GLOBAL ET PAR DIMENSION	28
SCORES QVCT EN FONCTION DES PROFILS DES REpondANTS.....	30
SCORES QVCT EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES ETABLISSEMENTS.....	35
ABSENCE DE RESULTATS PERTINENTS POUR L'ANALYSE	37
ANALYSE DE LA QUESTION OUVERTE.....	38
1. <i>Profils des répondants et thématiques principales abordées.....</i>	38
2. <i>Synthèse des réponses à la question ouverte</i>	40
AXE 1 – ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS QENA© - EHPAD.....	43
LES PRINCIPALES DIFFICULTES DU TRAVAIL EN EHPAD	43
LES RESSOURCES DES PROFESSIONNELS TRAVAILLANT EN EHPAD.....	46
DES DIFFERENCES SIGNIFICATIVES EN FONCTION DU METIER ET DU DIPLOME DES PROFESSIONNELS	47
DES DIFFERENCES SIGNIFICATIVES EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES ETABLISSEMENTS	49
DEUXIEME PARTIE : EXPERIMENTATION QENA© - DOM DANS LES LANDES.....	50
AXE 2 – DEVELOPPEMENT ET DEPLOIEMENT DE QENA© - DOM.....	51
OBJECTIFS	51
CONSTRUCTION ET VALIDATION DU QUESTIONNAIRE QENA© - DOM	51
1- <i>Revue de littérature et identification des thématiques manquantes dans QENA© - EHPAD</i>	51
2- <i>Co-construction du questionnaire QENA© - DOM avec le groupe d'experts.....</i>	55
3- <i>Pré-test de la version 0 du questionnaire QENA© - DOM</i>	55
4- <i>Analyses psychométriques exploratoires sur la V1 et rédaction de la V2.....</i>	56
5- <i>Analyses de la structuration dimensionnelle du questionnaire</i>	57
6- <i>Analyses psychométriques confirmatoires et validation de la version finale.....</i>	58
LE QUESTIONNAIRE QENA© - DOM VALIDE	59
DEROULEMENT DU VOLET QENA© - DOM	60
1- <i>Mise en place de l'enquête auprès des structures landaises</i>	60
2- <i>Diffusion de l'enquête aux professionnels des structures landaises</i>	61
3- <i>Restitution des résultats du questionnaire aux structures participantes.....</i>	61
AXE 2 – RESULTATS DETAILLES DE L'ENQUETE QENA© - DOM.....	63
DESCRIPTIF DE L'ECHANTILLON	63
1- <i>Caractéristiques des structures participantes.....</i>	63
2- <i>Caractéristiques des répondants.....</i>	68
RESULTATS ITEM PAR ITEM	73
TROIS MEILLEURS ET TROIS MOINS BONS ITEMS.....	80

SCORES QVCT GLOBAL ET PAR DIMENSION	81
SCORES QVCT EN FONCTION DES PROFILS DES REpondANTS.....	83
SCORES QVCT EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES.....	90
ABSENCE DE RESULTATS PERTINENTS POUR L'ANALYSE	92
ANALYSE DE LA QUESTION OUVERTE.....	93
1. <i>Profils des répondants et thématiques principales abordées</i>	93
2. <i>Synthèse des réponses à la question ouverte</i>	95
AXE 2 – ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS QENA© - DOM	100
UNE PERCEPTION GLOBALEMENT POSITIVE DE LA QVCT	100
LES PRINCIPALES DIFFICULTES DES PROFESSIONNELS DU SECTEUR DU DOMICILE	101
D'AUTRES PROBLEMATIQUES QVCT SPECIFIQUES AUX INTERVENANTS A DOMICILE	104
DES DIFFERENCES SIGNIFICATIVES EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES REpondANTS	105
DES DIFFERENCES SIGNIFICATIVES EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES	106
RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES D'ENQUÊTE QVCT	108

Un contexte de crise des ressources humaines

Le secteur du médico-social, dont les métiers sont particulièrement touchés par des conditions de travail difficiles et peu reconnues, souffre actuellement d'un déficit d'attractivité auprès des professionnels malgré des besoins conséquents. C'est le cas dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), qui ont de grandes difficultés à recruter ainsi qu'à fidéliser leur personnel (en particulier le personnel soignant), mais également dans le secteur de l'aide à domicile. Selon la publication de la DREES de 2018 : « *Le renouvellement du personnel est fréquent dans les EHPAD, 15 % du personnel ayant moins d'un an d'ancienneté. Il s'avère difficile à gérer pour une partie de ces établissements puisque 44 % déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, entraînant dans 63 % d'entre eux la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois* »¹. La crise sanitaire provoquée par la pandémie de Covid-19 a mis en évidence les problèmes structurels de gestion des ressources humaines propres à ces établissements et services. Ces difficultés ont des conséquences négatives sur la qualité de la prise en charge des résidents ainsi que sur les conditions de travail des professionnels. Le secteur de l'aide à domicile connaît également d'importantes problématiques en termes de gestion des ressources humaines (absentéisme, turn-over, accident du travail) et d'attractivité des métiers. Les dirigeants de ces structures, souvent associatives et de petite taille, expriment le sentiment d'être isolés et dépassés face à la complexité et à l'intensité des problèmes.

La QVCT comme levier d'amélioration

Dans ce contexte, la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) constitue un levier important pour l'attractivité et la fidélisation des professionnels exerçant dans ces secteurs, mais également pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des accompagnements. Il existe en effet une loi naturelle de toute organisation : la symétrie des attentions entre les personnes accompagnées et les professionnels conduit à la performance globale et un « *établissement où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner ou accompagner* » (Brunelle Y., 2009). La QVCT constitue donc clairement un enjeu des politiques de gestion des ressources humaines de ces établissements, comme le rappellent successivement les rapports Libault (2019)², El Khomri (2019)³ et les préconisations de la mission conduite par Michel Laforcade en 2021.

Le diagnostic de la QVCT : l'enjeu de la mesure et du bon outil

Parmi les pistes évoquées dans ces rapports figure celle de disposer d'un outil de mesure de la QVCT, pouvant servir tant au diagnostic et à l'évaluation qu'à la régulation des programmes de promotion du bien-être au travail des professionnels de ces secteurs. Il apparaît donc que la mesure de la QVCT et l'identification de ses déterminants peuvent être des leviers d'amélioration des conditions de vie professionnelles des salariés des EHPAD et des services d'aide et de soins à domicile. Aborder les conditions de travail sous l'angle de la QVCT présente également l'intérêt de susciter une vision complémentaire à celle de l'analyse des risques professionnels et psychosociaux liés au travail, car elle permet de se focaliser sur les dimensions positives de l'épanouissement professionnel. La notion de QVCT permettrait ainsi de proposer un management qualitatif des ressources humaines, de penser les

¹ Bazin, M., & Muller, M. (2018). Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpads. *Études et Résultats*, 1067. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf

² Libault, D. (2019). Ministère des Solidarités et de la Santé. *Concertation grand âge et autonomie*. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/194000302.pdf>

³ El Khomri, M. (2019). Ministère des Solidarités et de la Santé. *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

marges de manœuvre sur les questions du travail, et par conséquent d'en attendre des retombées tant sur le bien-être des professionnels que sur la qualité des soins rendus aux résidents et aux personnes accompagnées.

L'ambition générale de QENA©

Partant de ces constats et afin d'apporter une première réponse aux enjeux auxquels sont confrontés les EHPAD, le projet QENA© (Qualité de vie et des conditions de travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine) a été entamé en 2019 avec le soutien financier de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine et de l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) financé par la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité Autonomie). Il a abouti à la validation scientifique d'un outil de mesure de la QVCT des professionnels des EHPAD, sous la forme d'un questionnaire constitué de 69 items et de 14 dimensions. L'outil final (« QENA© - EHPAD ») permet de scorer la QVCT globale et chacune de ses dimensions en EHPAD, facilitant ainsi le diagnostic des leviers managériaux et organisationnels d'amélioration du bien-vivre au travail des professionnels.

Les objectifs spécifiques du projet QENA© Landes et ses deux axes de déploiement

Conscient de ces problématiques, le Département des Landes a fait de l'attractivité des métiers de l'accompagnement une priorité. Dans sa feuille de route territoriale de 2022 consacrée à cet enjeu, le Département des Landes projette la mise en place d'actions en faveur de la fidélisation « *des professionnels en sécurisant durablement leur parcours* » (Axe 3), à travers l'accompagnement et le renforcement de démarches globales QVCT.

Parmi ces démarches figure le projet « QENA© Landes », qui apporte une première réponse à ces différents enjeux :

- En proposant le déploiement généralisé de l'outil QENA© - EHPAD à l'ensemble des EHPAD landais (Axe 1),
- En adaptant une nouvelle version de l'outil QENA© spécifiquement conçue pour mesurer la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) des professionnels des SAAD, SSIAD et SPASAD (« QENA© - DOM », Axe 2), en l'expérimentant à travers une enquête auprès de ces professionnels du territoire puis en la validant scientifiquement. Le développement de l'outil QENA© - DOM permettra de disposer d'un outil de mesure de la QVCT spécifique à ce secteur et validé scientifiquement.

Les résultats des deux enquêtes menées grâce à ces outils spécifiques (QENA© - EHPAD et QENA© - DOM) fourniront un diagnostic QVCT précis et détaillé sur le territoire, qui permettra au Département des Landes d'ajuster ses mesures de soutien et de suivi de la promotion de la QVCT au plus près des besoins des établissements médico-sociaux. Les résultats de ces enquêtes permettront également d'alimenter un observatoire landais de l'attractivité des métiers de l'accompagnement, et constitueront des indicateurs de suivi communs et reproductibles d'année en année. Enfin, ils permettront aux managers et aux dirigeants de ces structures médico-sociales d'identifier des leviers d'amélioration en faveur de la QVCT sur leur établissement.

Plan du rapport

Afin de faciliter la lecture, le rapport suit logiquement le découpage du projet en deux axes. Premièrement est présenté l'Axe 1 qui concerne QENA© - EHPAD : son déploiement dans les Landes, les résultats QVCT détaillés et leur mise en perspective (**Partie 1**). Deuxièmement sont présentés au titre de l'Axe 2, la méthodologie d'adaptation du questionnaire QENA© au secteur du Domicile, le déploiement de l'outil QENA© - DOM sur le territoire des Landes, les résultats QVCT issus de son déploiement et leur analyse (**Partie 2**).

Première partie

QENA© - EHPAD dans les Landes

Objectifs, méthode de déploiement, résultats détaillés, analyse et discussion des résultats de l'enquête QENA© – EHPAD



AXE 1 – DEPLOIEMENT DE QENA© - EHPAD

Objectifs

Les objectifs de l'axe 1 étaient les suivants :

- Proposer à chaque EHPAD du département des Landes la passation numérique du questionnaire QENA© - EHPAD sur l'ensemble des professionnels qui y exercent ;
- Fournir un diagnostic QVCT précis et détaillé à chaque EHPAD participant afin de permettre aux professionnels et aux équipes de direction d'identifier des points d'alerte, des repères et des leviers d'actions en faveur de la QVCT sur leur établissement ;
- Fournir un diagnostic QVCT global, précis et détaillé à l'échelle du territoire des Landes à travers les résultats des EHPAD participants

Le questionnaire QENA© - EHPAD

Le questionnaire QENA© - EHPAD vise à mesurer la Qualité de Vie et les Conditions de Travail (QVCT) des professionnels des EHPAD. Il a été coconstruit dans le cadre du projet QENA© par un groupe de 12 experts, composé de professionnels travaillant en EHPAD et de chercheurs académiques spécialisés sur le sujet. Il a ensuite été testé à deux reprises dans plus de 40 EHPAD de la Nouvelle-Aquitaine, et validé statistiquement en 2020 par la méthode de la validation psychométrique. Il s'agit par conséquent d'un outil fiable, pertinent et adapté spécifiquement au contexte des EHPAD.

À travers 69 questions, l'outil QENA© - EHPAD permet d'une part d'établir un score global de QVCT sur un établissement et d'autre part de mesurer 14 scores sur les différentes dimensions de la QVCT, présentées ci-dessous :

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

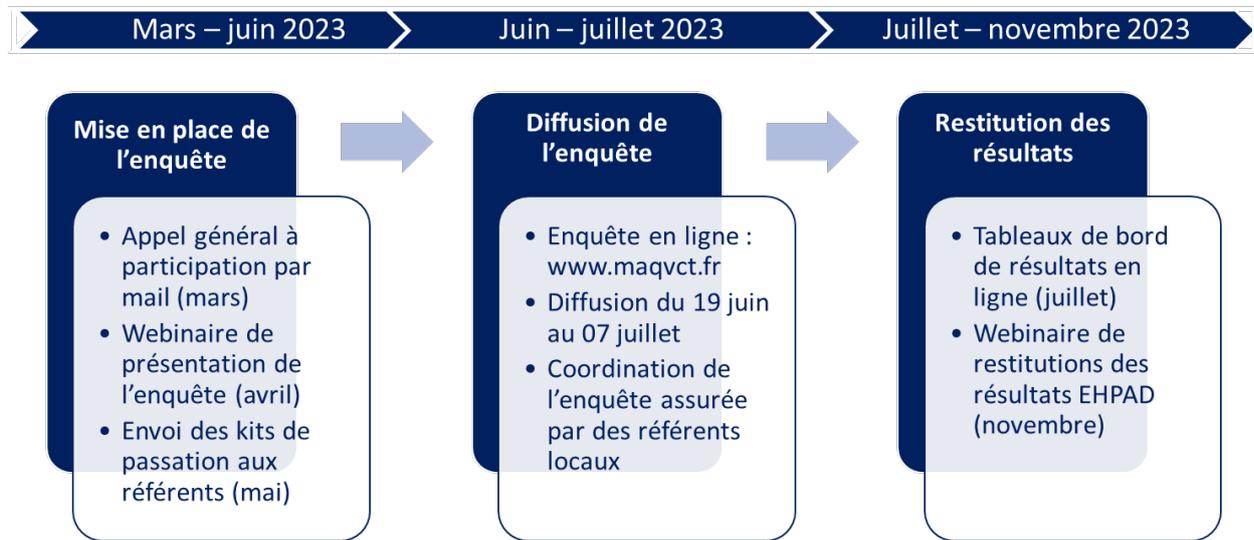
Les modalités de réponse du questionnaire sont les mêmes sur tous les items afin de faciliter la lecture du questionnaire et la démarche de réponse. Elles se composent d'une échelle sémantique d'accord à 4 modalités (« *Tout à fait d'accord* », « *Plutôt d'accord* », « *Plutôt pas d'accord* », « *Pas du tout d'accord* »).

Le questionnaire QENA© - EHPAD est également complété d'un item sur la qualité de vie au travail en général (item 70), de 10 questions de profil permettant de caractériser le profil sociodémographique du répondant et d'une question ouverte en fin de questionnaire afin de recueillir les suggestions des professionnels pour l'amélioration de leur qualité de vie au travail.

Le temps de passation du questionnaire a été testé, et est en moyenne de 9 minutes.

Le questionnaire QENA© - EHPAD s'adresse à l'ensemble des professionnels, quels que soient leur profession, leur type de contrat ou leur temps de travail. Il peut être utilisé dans tous les types d'établissements, qu'ils soient publics, privés à but non lucratif, ou privés commerciaux.

Le déploiement de l'enquête a suivi les étapes suivantes :



1- Mise en place de l'enquête auprès des EHPAD landais

Le lancement de l'enquête QENA© - EHPAD auprès de l'ensemble des EHPAD du département des Landes a été officiellement annoncé à l'occasion de la présentation de la feuille de route « Attractivité des métiers de l'accompagnement » en mars 2023. Un appel à participation a ensuite été réalisé par le Département des Landes et relayé par ses partenaires (Centre de Gestion des Landes – CDG40, fédérations...). Les établissements se sont inscrits au projet sur la base du volontariat.

Sur chaque établissement inscrit, un « référent QENA© » a été identifié. Ce dernier avait la responsabilité de la coordination de l'enquête au sein de son établissement. Ses rôles étaient notamment d'informer et de communiquer autour du projet et de l'enquête QVCT auprès des salariés, de diffuser le lien URL et le QR Code du questionnaire à tous les professionnels de son établissement et d'inciter les professionnels à répondre au questionnaire.

Trois webinaires de présentation du projet et de l'enquête ont eu lieu entre fin avril et début mai 2023. Ils ont été conduits par l'équipe opérationnelle du projet QENA© et présentaient aux référents le contexte du projet, ses objectifs, le déroulement de l'enquête et les différents outils mis à leur disposition par l'équipe projet à travers le « kit de passation QENA© », fourni à chacun d'entre eux. Ce kit contenait notamment des supports de communication (affiches, flyer, modèles de mails, modèles de SMS, QR Code...) ainsi que le guide de passation et la charte d'utilisation du questionnaire QENA© - EHPAD.

En amont du lancement de l'enquête, des données « socio-organisationnelles » ont par ailleurs été recensées auprès des établissements participants à travers un « cahier d'indicateurs QENA© » (nom de l'établissement, GMP, nombre de places, structure de l'effectif, indicateurs RH type turn-over, absentéisme, présence d'un référent QVCT...). Ces données ont été utilisées afin de caractériser l'échantillon des EHPAD participants et de croiser les données de ces établissements avec les scores QVCT, afin d'enrichir l'analyse des résultats.

2- Diffusion de l'enquête aux professionnels des EHPAD participants

Le questionnaire QENA© - EHPAD était accessible à tous les professionnels des établissements inscrits à l'enquête, via un lien URL unique (www.maqvct.fr) ou un QR code. L'enquête était ouverte du 19 juin au 7 juillet 2023.

Tous les professionnels travaillant sur un établissement participant et présents au moment du recueil pouvaient participer à l'enquête et remplir le questionnaire de manière autonome et sans assistance (questionnaire auto-administré), via un ordinateur, un smartphone ou une tablette numérique connecté à internet.

L'anonymat et la confidentialité des répondants ont été entièrement respectés lors du recueil des réponses. Aucun lien d'identification n'a pu être fait entre les professionnels et leur réponse au questionnaire (pas de code d'accès, pas de lien URL personnalisé, pas de données identifiantes recueillies...).

3- Restitution des résultats du questionnaire aux EHPAD

Un tableau de bord des résultats en ligne (exportable en PDF) a été envoyé à chaque établissement ayant participé à la campagne d'enquête. Ce tableau de bord concernait uniquement les résultats de l'établissement participant, et était accessible via un code d'accès QENA©, préalablement fourni au référent de l'établissement par l'équipe projet.

Ce tableau de bord en ligne contenait :

- 1- La description de l'échantillon (profil des répondants)
- 2- Les résultats détaillés par question (pour l'ensemble des répondants)
- 3- Les scores QVCT obtenus, au niveau global et par dimension
- 4- Les scores QVCT en fonction de certains profils des participants (radars)
- 5- Les résultats détaillés par question (pour deux catégories soignants / non-soignants)
- 6- Les réponses à la question ouverte

Une synthèse des résultats de l'enquête QENA© - EHPAD au niveau de l'échantillon global (ensemble des EHPAD ayant participé à l'enquête) a également été fournie via un tableau de bord en ligne⁴ (exportable en PDF) aux établissements participants et aux financeurs du projet.

L'envoi des résultats de l'enquête aux établissements participants était accompagné d'un guide de lecture des résultats QENA© et d'un guide d'organisation et d'animation d'ateliers QVCT.

Afin de préserver l'anonymat des répondants lors de la diffusion des résultats :

- Aucune réponse individuelle n'a été communiquée,
- Aucun croisement par catégorie de profil (type de profession, sexe, âge, ancienneté...) n'a été réalisé si au moins une des catégories de profil avait un effectif de répondants inférieur à 5,
- Chaque structure a reçu uniquement ses propres résultats.

⁴ Accessible jusqu'en juin 2024 sur <https://qena.enquete-en-ligne.com/cgi-bin/DashB/DB?D=2z25z6zAFD489A879&IDP=3>

Descriptif de l'échantillon

Au total, 16 EHPAD sur 58⁵ ont participé au projet QENA© Landes et ont diffusé le questionnaire auprès des professionnels de leur établissement. La population ciblée par l'enquête représentait ainsi 1 029 professionnels⁶.

1- Caractéristiques des EHPAD participants

Les données recensées à travers les cahiers d'indicateurs ont permis de déterminer les caractéristiques des établissements ayant participé au projet QENA© Landes. Elles sont détaillées ci-dessous. Les analyses ont été réalisées sur la base de ces données déclaratives, fournies par les référents présents sur chaque établissement.

Description des statuts et de la taille des établissements participants

Variable		Total
Statut	n (d.m.)	16
	Associatif	1 (6.25%)
	Privé à but lucratif	0 (0.0%)
	Public	15 (93.75%)
Taille de l'établissement (en nombre de places)⁷	n (d.m.)	16
	Moyenne (écart-type)	74.8 (25.9)
	Médiane (Q1 ; Q3)	65.0 (58.5 ; 85.5)
	Min ; Max	44.0 ; 141.0

Lecture : « n » correspond à l'effectif, « d.m » correspond au nombre de données manquantes, Q1 et Q3 correspondent au premier et au troisième quartile.

Exemple de lecture : 16 établissements ont participé à l'enquête, dont 15 qui ont un statut public, représentant 93.3% de l'échantillon. Les établissements participants ont en moyenne 74,8 places. La médiane sur l'échantillon est de 65,0 places. Le nombre minimum de places observé dans l'échantillon est de 44,0 et le nombre maximum de places observé dans l'échantillon est de 141,0 places.

En termes de répartition par statut, l'échantillon de l'enquête QENA© Landes se rapproche de la réalité du territoire, avec une majorité d'établissements publics, et aucun établissement privé. En effet, l'enquête EHPA de la DREES de 2019⁸ indiquait que sur les 54 EHPAD recensés dans le département des Landes, 47 étaient publics (9 hospitaliers et 38 non hospitaliers), soit 87% des établissements. Les 7 établissements associatifs du territoire représentaient quant à eux 13% des EHPAD des Landes. Il n'y avait par ailleurs aucun EHPAD privé sur le département.

⁵ Source : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-ehpad-et-comparateur-de-prix-et-restes-a-charge/liste-ehpad/Landes%20%2840%29?form=form-annuaire&annuaire=EHPAD#container-result-query>

⁶ Population cible estimée selon les données fournies par les établissements au moment de leur inscription à l'enquête

⁷ Regroupe le nombre de lits permanents et temporaires

⁸ Enquête EHPA 2019, bases de données accessibles sur le lien : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/587_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/

Au regard de la très grande majorité des établissements publics sur l'échantillon, les comparaisons suivantes seront faites avec les caractéristiques des EHPAD publics lorsque ces données sont disponibles.

Avec en moyenne 74,8 places, les établissements de l'échantillon de l'enquête QENA© se situent cependant en dessous du nombre moyen de places installées en EHPAD publics en France (90,5 places selon les données de la DREES de 2019).

Localisation des EHPAD participants par type de commune

Variable		Total
Localisation ⁹	n (d.m.)	16
	Rurale	12 (75.0%)
	Urbaine	4 (25.0%)

L'échantillon des établissements présente une bonne répartition sur le territoire des Landes. On constate cependant une surreprésentation d'implantations rurales. En effet, selon la CNSA¹⁰, en France seuls 17 % des EHPAD sont implantés dans un espace à dominante rurale en 2017, contre 75% pour les établissements participants du projet QENA© Landes.

Description des GMP et PMP

Variable		Total
GMP (GIR moyen pondéré)	n (d.m.)	16
	Moyenne (écart-type)	741 (40.2)
	Médiane (Q1 ; Q3)	740 (730.0 ; 757.0)
	Min ; Max	639 ; 803
PMP (Pathos moyen pondéré)	n (d.m.)	16
	Moyenne (écart-type)	238.9 (20.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	236.0 (229 ; 256)
	Min ; Max	200 ; 275

Sur les établissements enquêtés, le GMP moyen est de 741 et le PMP de 239. A titre de comparaison, on sait qu'en 2017, en France, le GMP moyen était de 726 et le PMP moyen était de 213¹¹. Dans les Landes plus spécifiquement, en 2022, le GMP moyen des EHPAD était de 717¹².

Description de la présence ou non d'une unité Alzheimer et du taux d'occupation des établissements

⁹ La commune d'implantation est rurale si sa population est inférieure à 2000 habitants ou urbaine si sa population est supérieure à 2000 habitants.

¹⁰ Source CNSA : https://www.cnsa.fr/documentation/analyse_statistique_prix_hebergement_2016_vf.pdf

¹¹ Source CNSA, *La situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2017*, <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-en-2017>

¹² Source CNSA, <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/valeurs-moyennes-du-gir-moyen-pondere-par-departement/>

Variable		Total
Présence d'une unité Alzheimer	n (d.m.)	16
	Oui	9 (56.2%)
	Non	7 (43.8%)
Taux d'occupation	n (d.m.)	16
	Moyenne (écart-type)	96.6 (2.8)
	Médiane (Q1 ; Q3)	97.4 (96 ; 98.5)
	Min ; Max	89.1 ; 99.6

On constate une surreprésentation d'EHPAD disposant d'une Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer dans l'échantillon des établissements participants par rapport aux établissements publics français de manière générale (enquête EHPA, 2019), soit respectivement 56% contre 42%.

Le taux d'occupation médian constaté sur la base de ERRD (Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses transmises par les établissements aux autorités de tarification)¹³ est de 97,6%, il est donc également similaire à celui de notre échantillon (97,4%).

Description des effectifs des établissements

Variable		Total
Effectifs CDD / CDI ¹⁴	n	1027
	CDD	409 (39.8%)
	CDI	618 (60.2%)
Effectifs temps pleins / temps partiels ¹⁵	n	1080
	Temps Plein	863 (83.5%)
	Temps Partiel	171 (16.5%)

Au sein des EHPAD participants, la répartition en termes de type de contrats de travail est semblable à celle constaté dans l'enquête EHPA 2019. En effet, les CDI et titulaires sont majoritaires dans les EHPAD publics français : ils représentent 66,6% des effectifs selon la DREES ; ils sont 60% dans l'échantillon des EHPAD inclus dans le projet QENA© Landes.

Description des taux d'encadrement (en ETP par résident)

Variable		Total
Taux d'encadrement global ¹⁶	n (d.m.)	16

¹³ Source CNSA, *La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents*

¹⁴ Nombre réel de salariés sur la structure en CDI ou titulaires (à temps plein ou à temps partiel) au 31/12/2022 et nombre réel de salariés sur la structure en CDD ou autres contrats salariés à durée déterminé (à temps plein ou à temps partiel) au 31/12/2022

¹⁵ Nombre réel de salariés sur la structure à temps plein (en CDD ou en CDI) au 31/12/2022 et nombre réel de salariés sur la structure e temps partiel (en CDD ou en CDI) au 31/12/2022

¹⁶ Nombre d'ETP de l'établissement divisé par le nombre de résidents au 31/12/2022, en pourcentage

	Moyenne (écart-type)	87.6 (12.4)
	Médiane (Q1 ; Q3)	86.0 (78 ; 95)
	Min ; Max	66 ; 109
Taux d'encadrement soin¹⁷	n (d.m.)	16
	Moyenne (écart-type)	46.6 (12.7)
	Médiane (Q1 ; Q3)	45 (37 ; 49.5)
	Min ; Max	28 ; 73,6

Selon le rapport de la CNSA de 2017, le taux d'encadrement médian en France est estimé à 63,3 ETP (tous professionnels confondus) pour 100 résidents. En fonction du statut de l'établissement, les taux d'encadrement peuvent varier, avec des taux supérieurs en EHPAD publics (66 ETP pour 100 places en EHPAD publics hospitaliers et 69 ETP pour 100 places installées en EHPAD publics non hospitaliers, contre respectivement 57 ETP et 60 ETP pour 100 places dans les EHPAD privés commerciaux et privés non lucratifs)¹⁸. Pour autant, les taux d'encadrement transmis par les établissements de l'échantillon de l'enquête QENA© Landes sont largement supérieurs à ceux recensés à l'échelle nationale par la CNSA, puisqu'ils comptent en moyenne 87,6 ETP pour 100 places.

Sur la section « Soins », le taux d'encadrement médian observé en France est de 25,36 ETP pour 100 places. Sur notre échantillon landais, ce taux est également supérieur aux données nationales (45 ETP pour 100 places).

Description des taux d'absentéisme total, absentéisme de courte durée et absentéisme pour accident du travail, des taux de rotation et des taux de départ

Variable		Total
Taux d'absentéisme total¹⁹	n (d.m.)	8 (8)
	Moyenne (écart-type)	12.2 (3.8)
	Médiane (Q1 ; Q3)	11.2 (10.5; 13.4)
	Min ; Max	7.3 ; 20.0
Taux d'absentéisme courte durée²⁰	n (d.m.)	8 (8)
	Moyenne (écart-type)	3.1 (5.2)
	Médiane (Q1 ; Q3)	0.7 (0.4 ; 3.7)
	Min ; Max	0.2 ; 14.9
Taux d'absentéisme accident du travail²¹	n (d.m.)	8 (8)
	Moyenne (écart-type)	d.m (1.3)
	Médiane (Q1 ; Q3)	1.2 (0.7 ; 1.9)

¹⁷ Nombre d'ETP soignants de l'établissement divisé par le nombre de résidents au 31/12/2022, en pourcentage

¹⁸ DREES, enquête EHPA 2015

¹⁹ Pourcentage du nombre cumulé de jours calendaires d'arrêts de travail pour l'ensemble des ETP réels de l'établissement, au 31/12/2022, multiplié par 365, tous motifs confondus, hors formation, mandat syndical, congés payés, congés trimestriels liés à l'ancienneté ou mise en disponibilité

²⁰ Pourcentage du nombre cumulé de jours calendaires d'arrêts de travail inférieurs ou égaux à 6 jours pour l'ensemble des ETP réels de l'établissement, au 31/12/2022 multiplié par 365

²¹ Pourcentage du nombre cumulé de jours calendaires d'arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle, pour l'ensemble des ETP réels de l'établissement, au 31/12/2022 multiplié par 365

	Min ; Max	0 ; 4.3
Taux de rotation²²	n (d.m.)	15 (1)
	Moyenne (écart-type)	4.5 (6.4)
	Médiane (Q1 ; Q3)	2.8 (0 ; 5.3)
	Min ; Max	0 ; 23.5
Taux de départ²³	n (d.m.)	15 (1)
	Moyenne (écart-type)	5.2 (8.2)
	Médiane (Q1 ; Q3)	1.9 (0 ; 7.5)
	Min ; Max	0 ; 31.1

Le taux d'absentéisme total observé sur notre échantillon se rapproche des réalités constatées sur le territoire régional (en l'absence de données fiables et récentes à l'échelle nationale). En effet, selon les données de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, basées sur les tableaux de bord de l'ANAP de 2019, le taux d'absentéisme médian est de 10% sur la Nouvelle-Aquitaine quand la médiane sur notre échantillon est à 11,2%.

Le turnover (ou taux de rotation des personnels) est basé uniquement sur les embauches et les départs de salariés en CDI ou titulaires. Sur notre échantillon, il est plus faible que ce qui a été constaté en 2019 sur les EHPAD de la Nouvelle-Aquitaine, puisque la médiane était de 11,8% en 2019 sur la région, contre 2,8% sur notre échantillon.

²² Moyenne des taux d'entrée et des taux de départ. Le taux d'entrée renvoie au nombre cumulé de recrutements en CDI effectués dans l'année 2022, à temps plein ou à temps partiel, au 31/12/2022 en fonction de l'effectif total. Le taux de départ renvoie au nombre cumulé de départs effectués dans l'année 2022 par des salariés en CDI, à temps plein ou à temps partiel, au 31/12/2022 (tous type de départs : fins de contrats, démissions, licenciements...).

²³ Le taux de départ renvoie au nombre cumulé de départs effectués dans l'année 2022 par des salariés en CDI, à temps plein ou à temps partiel, au 31/12/2022 (tous type de départs : fins de contrats, démissions, licenciements...).

En synthèse sur les caractéristiques des établissements

Un échantillon représentatif sur certains indicateurs :

- ⇒ Beaucoup d'EHPAD publics et pas d'EHPAD privé, soit une répartition propre aux spécificités du territoire landais
- ⇒ Des taux d'occupation similaires à ceux constatés en France
- ⇒ La même répartition en termes de contrat de travail que celle constatée sur les EHPAD publics de manière générale
- ⇒ Un taux d'absentéisme similaire aux données régionales

Des données qui divergent sur d'autres indicateurs :

- ⇒ Des établissements plus petits que la moyenne constatée en EHPAD publics
- ⇒ Des établissements à forte dominance rurale sur notre échantillon
- ⇒ Un GMP un peu en dessous de la moyenne des EHPAD du département des Landes
- ⇒ Un PMP un peu au-dessus de la moyenne française
- ⇒ Davantage d'EHPAD avec des Unité Alzheimer par rapport aux EHPAD publics français
- ⇒ Un taux de turnover inférieur aux données régionales
- ⇒ Des taux d'encadrement beaucoup plus élevés que les taux d'encadrement constaté en EHPAD publics de manière générale

Les indicateurs recensés ont permis d'effectuer des croisements entre la QVCT des professionnels et les caractéristiques de leur établissement (cf. partie « Résultats de l'enquête »). D'autres données ont servi à ces croisements, tels que des indicateurs de formation ou de politique QVCT / RPS sur les établissements, présentés ci-dessous.

Description du nombre d'heures de formation par personne et part des salariés formés

Variable		Total
Nombre d'heures de formation par personne²⁴	n (d.m.)	15 (1)
	Moyenne (écart-type)	16.0 (11.7)
	Médiane (Q1 ; Q3)	10.7 (8.4 ; 18.7)
	Min ; Max	3.1 ; 40.5
Part des salariés formés²⁵	n (d.m.)	15 (1)
	Moyenne (écart-type)	54.6 (24.9)
	Médiane (Q1 ; Q3)	52.2 (36.2 ; 71.2)
	Min ; Max	12.9 ; 100

L'ensemble des établissements propose des formations à leurs personnels avec en moyenne 16 heures de formation par personne, et plus de la moitié des salariés formés sur l'année 2022.

Description de la présence ou non d'un référent Prévention / QVCT sur l'établissement

Variable		Total
Présence d'un référent Prévention / QVCT	n (d.m.)	16

²⁴ Nombre d'heures de formation (par recours à un prestataire extérieur ou réalisées en interne) en fonction de l'effectif total

²⁵ Part des salariés ayant bénéficié d'une formation en fonction de l'effectif total

	Oui	11 (68.8%)
	Non	5 (31.2%)

La présence d'un référent prévention / QVCT sur une majorité des établissements témoigne de la prise en compte de l'importance de ces problématiques dans les EHPAD enquêtés.

2- Caractéristiques des répondants

Nombre de répondants et taux de participation

596 professionnels ont répondu au questionnaire QENA© - EHPAD sur les 1029 professionnels ciblés, soit un taux de participation d'environ 58%. A titre de comparaison, le taux de participation à l'enquête QENA© - EHPAD déployée en Nouvelle-Aquitaine en 2020 était de 48,5%.

Les données recensées à travers les dix questions de profil du questionnaire QENA© - EHPAD ont permis de déterminer les caractéristiques des répondants. Ces dernières ont servi à effectuer des croisements statistiques et à mettre ainsi en évidence certains déterminants individuels de la QVCT (voir partie portant sur les résultats de l'enquête).

Profils des répondants par âge

Âge	N	%
Moins de 35 ans	136	22.82
Entre 35 et 49 ans	260	43.62
50 ans et plus	188	31.54
Sans réponses	12	2.01
Total	596	100

Les professionnels de 35 à 49 ans ayant répondu à l'enquête QENA© Landes sont légèrement surreprésentés par rapport à leur part dans les EHPAD publics de manière générale (39% en EHPAD publics selon l'enquête EHPA 2019) et les moins de 35 ans sous-représentés (22,8% dans notre échantillon contre 30,0% dans les EHPAD publics de manière générale). La part des 50 ans et plus est quant à elle comparable à celle que l'on retrouve sur les EHPAD publics (30%)²⁶.

Profils des répondants par sexe

Sexe	N	%
Femme	523	87.75
Homme	54	9.06
Sans réponses	19	3.19
Total	596	100

Selon la DREES, en 2019, 87,8 % des personnels en EHPAD publics français étaient des femmes, ce qui correspond à la répartition sur l'échantillon de répondants à l'enquête QENA© Landes.

²⁶ Enquête EHPA 2019, bases de données accessibles sur le lien : https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/587_l-enquete-aupres-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-ehpa/information/

Profils des répondants par type de fonction exercée dans l'établissement

Type de fonction	N	%
Administration, direction et Encadrement de proximité	82	13.76
<i>Dont Administration et direction²⁷</i>	41	6.88
<i>Dont Encadrement de proximité²⁸</i>	41	6.88
Soin²⁹	321	53.86
Hébergement et fonction technique	179	30.03
<i>Dont Hébergement³⁰</i>	139	23.32
<i>Dont Fonction technique³¹</i>	40	6.71
Sans réponses	14	2.35
Total	596	100

Concernant les fonctions exercées au sein des établissements, au niveau national, 53,7% des professionnels sont des soignants, 39,6% sont des professionnels des services techniques et d'hébergement et 6,7% exercent des fonctions administratives, de direction et ou d'encadrement³². Les soignants sont donc représentatifs de cette répartition sur notre échantillon landais (53,9%). Les professionnels de l'hébergement et les fonctions techniques sont quant à eux sous-représentés (30%) et les administratifs et encadrants surreprésentés (13,8%).

Profils des répondants par type de contrat

Type de contrat	N	%
CDD ou autre contrat à durée déterminée	224	37.59
CDI / Titulaires	359	60.23
Intérimaires	0	0.00
Sans réponses	13	2.18
Total	596	100

Nous avons vu que notre échantillon était très proche de la répartition par type de contrats de travail de celle qui existe à l'échelle des EHPAD publics en France. Les répondants sont également représentatifs de la population cible concernant cette caractéristique (60,2% de CDI et titulaires sur l'échantillon et sur la population cible, 37,6% de contrats à durée indéterminée sur l'échantillon contre 39,8% sur la population cible).

²⁷ Directeur-riche et adjoint-e de direction, administration

²⁸ Cadre de santé, IDEC, médecin coordonnateur, maître-esse de maison / gouvernant-e, psychologue

²⁹ AS, AMP, IDE, ASHQ faisant fonction, professionnel-le paramédical

³⁰ ASH, hôtellerie, aide hôtelier, cuisine, animateur-riche

³¹ Service technique et d'entretien, lingerie

³² Données en ETP. Source : *La situation des EHPAD en 2017*, Rapport CNSA

En synthèse sur les caractéristiques des répondants

- ⇒ Une répartition par tranche d'âge légèrement déséquilibrée par rapport à ce qu'on constate de manière générale chez les professionnels EHPAD publics
- ⇒ Une grande majorité de femmes, correspondant à la répartition rencontrée dans les EHPAD de manière générale
- ⇒ La part des soignants ayant répondu à l'enquête QVCT similaire à celle qu'ils représentent dans les établissements de manière générale
- ⇒ Des administratifs et encadrants légèrement surreprésentés et des professionnels de l'hébergement et des services techniques légèrement sous-représentés dans l'échantillon des répondants
- ⇒ Une proportion de professionnels en CDI ou titulaires ayant répondu au questionnaire similaire à celle de la population cible

D'autres données ont été recensées dans le questionnaire sur les profils des répondants, tels que le diplôme, le temps de travail ou l'ancienneté.

Profil des répondants : titulaires d'un diplôme en lien avec le métier ou non

Diplôme en lien avec le métier ³³	N	%
Non	166	27.85
Oui	413	69.30
Sans réponses	17	2.85
Total	596	100

Plus d'un quart des professionnels exerçant en EHPAD ne possèdent pas de diplôme en lien avec leur métier. Plus précisément, 61,6% des professionnels de l'hébergement et de la fonction technique n'en possèdent pas, contre 31,1% des soignants et 7,3% des administratifs et encadrants.

Profils des répondants : professionnels transversaux (travaillant sur plusieurs structures) ou non

Professionnels transversaux	N	%
Non	531	89.09
Oui	56	9.40
Sans réponses	9	1.51
Total	596	100

Profils des répondants par temps de travail

Temps de travail	N	%
Temps complet	507	85.07
Temps partiel	82	13.76
Sans réponses	7	1.17
Total	596	100

³³ Diplôme, certificat ou titre professionnel

Profils des répondants par horaires de travail

Horaires de travail	N	%
De jour	510	85.58
De nuit	30	5.03
Les deux	44	7.38
Sans réponses	12	2.01
Total	596	100

Profils des répondants par ancienneté (dans le métier et dans l'établissement)

Ancienneté dans le métier	N	%
Moins de 5 ans d'ancienneté	162	27.18
<i>Dont Moins d'1 an</i>	26	4.36
<i>Dont Entre 1 an et 5 ans</i>	136	22.82
5 ans et plus d'ancienneté	425	71.31
<i>Dont Entre 5 et 10 ans</i>	121	20.30
<i>Dont Plus de 10 ans</i>	304	51.01
Sans réponses	9	1.51
Total	596	100
Ancienneté dans l'établissement	N	%
Moins de 5 ans d'ancienneté	270	45.30
<i>Dont Moins d'1 an</i>	78	13.09
<i>Dont Entre 1 an et 5 ans</i>	192	32.21
5 ans et plus d'ancienneté	317	53.19
<i>Dont Entre 5 et 10 ans</i>	117	19.63
<i>Dont Plus de 10 ans</i>	200	33.56
Sans réponses	9	1.51
Total	596	100

Résultats item par item

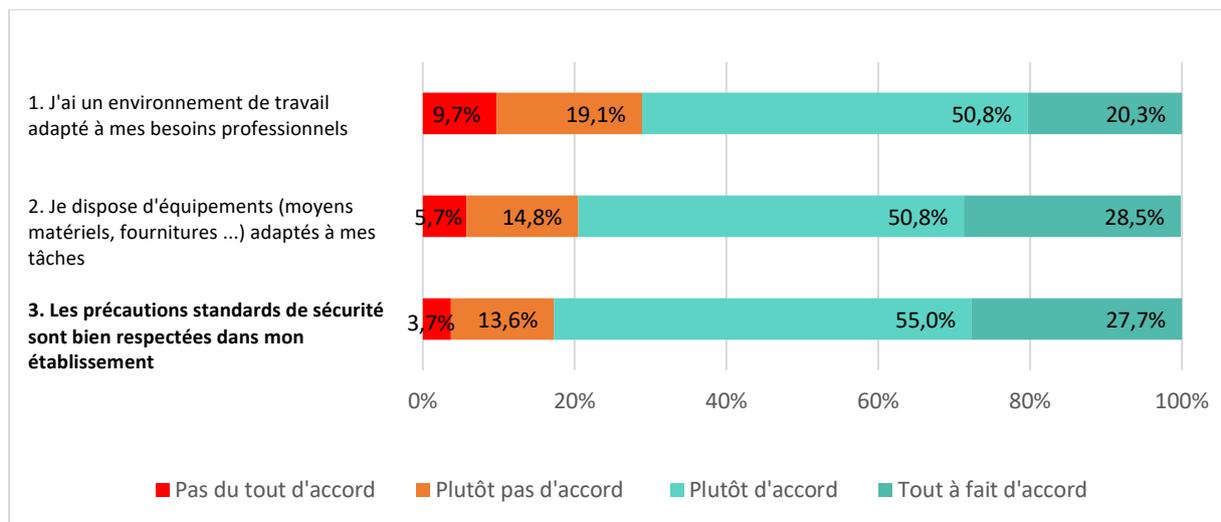
Notice de lecture

Les diagrammes en barres horizontales représentent les pourcentages de réponses par modalité, rapportés au nombre total de répondants. Pour une meilleure lisibilité, les non-réponses n'apparaissent pas dans les graphiques mais ont bien été comptabilisées.

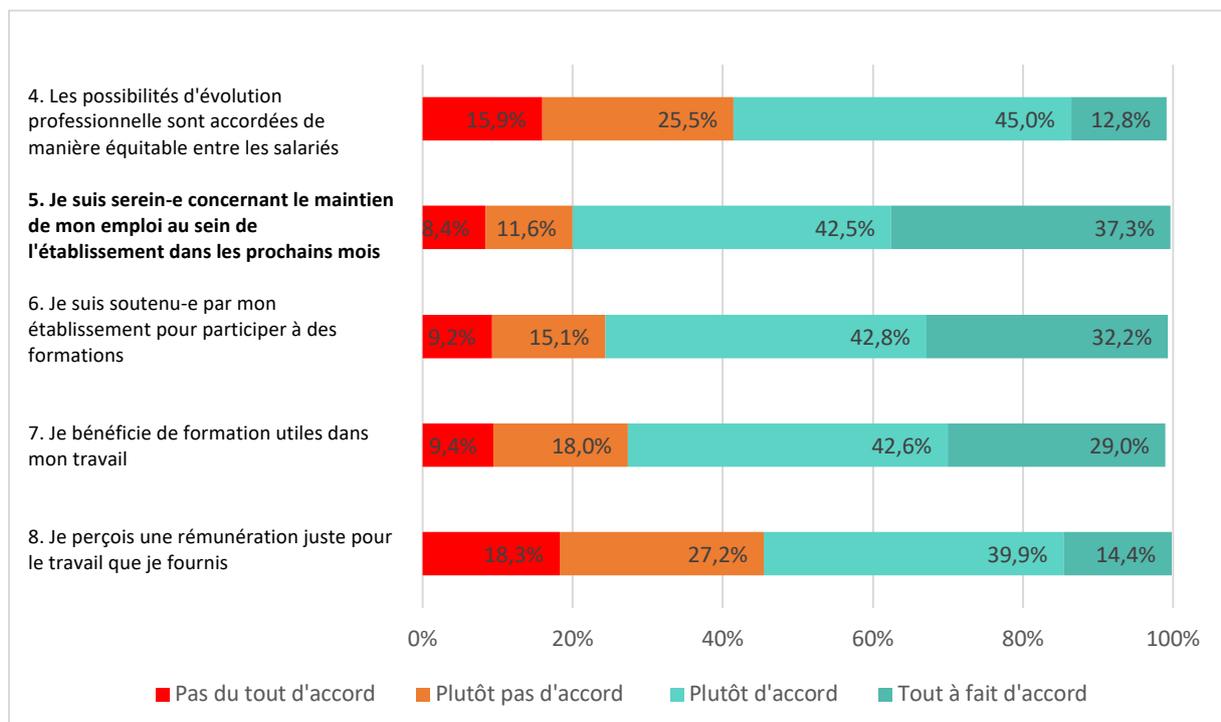
L'item présenté en gras dans chaque dimension est celui qui a obtenu le plus de réponses positives (« Plutôt d'accord » + « Tout à fait d'accord ») parmi les items de la dimension en question.

Les pourcentages sont calculés sur les 596 réponses.

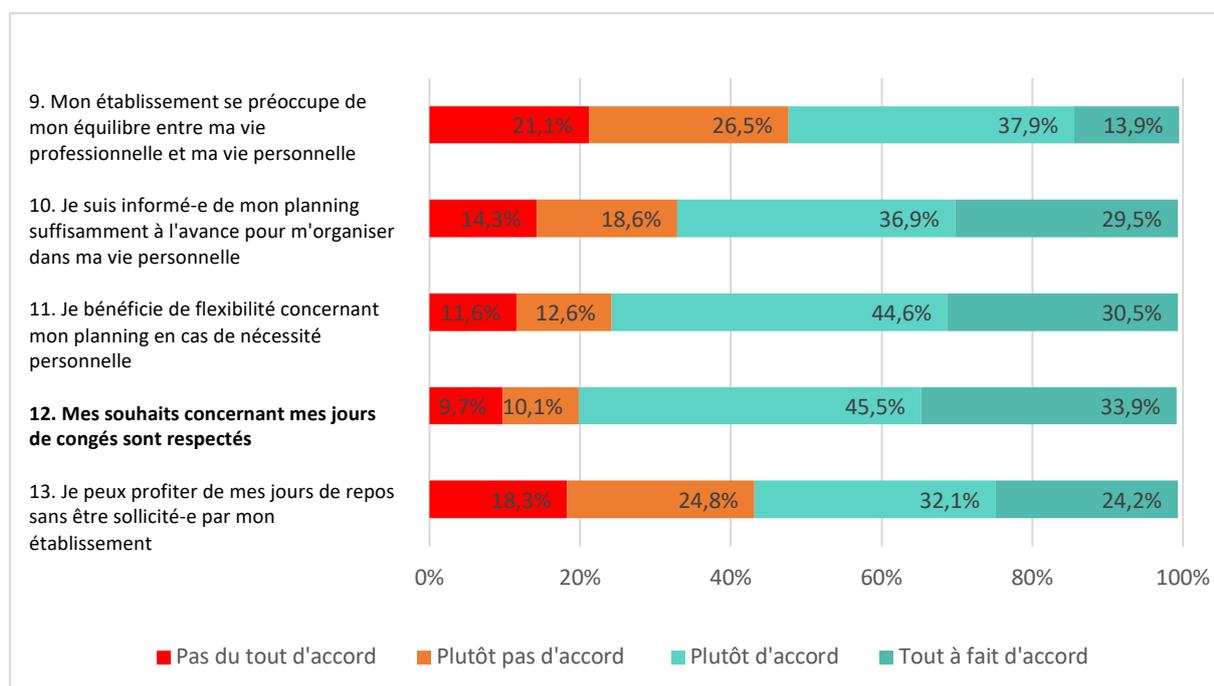
Dimension 1 – Mes conditions de travail



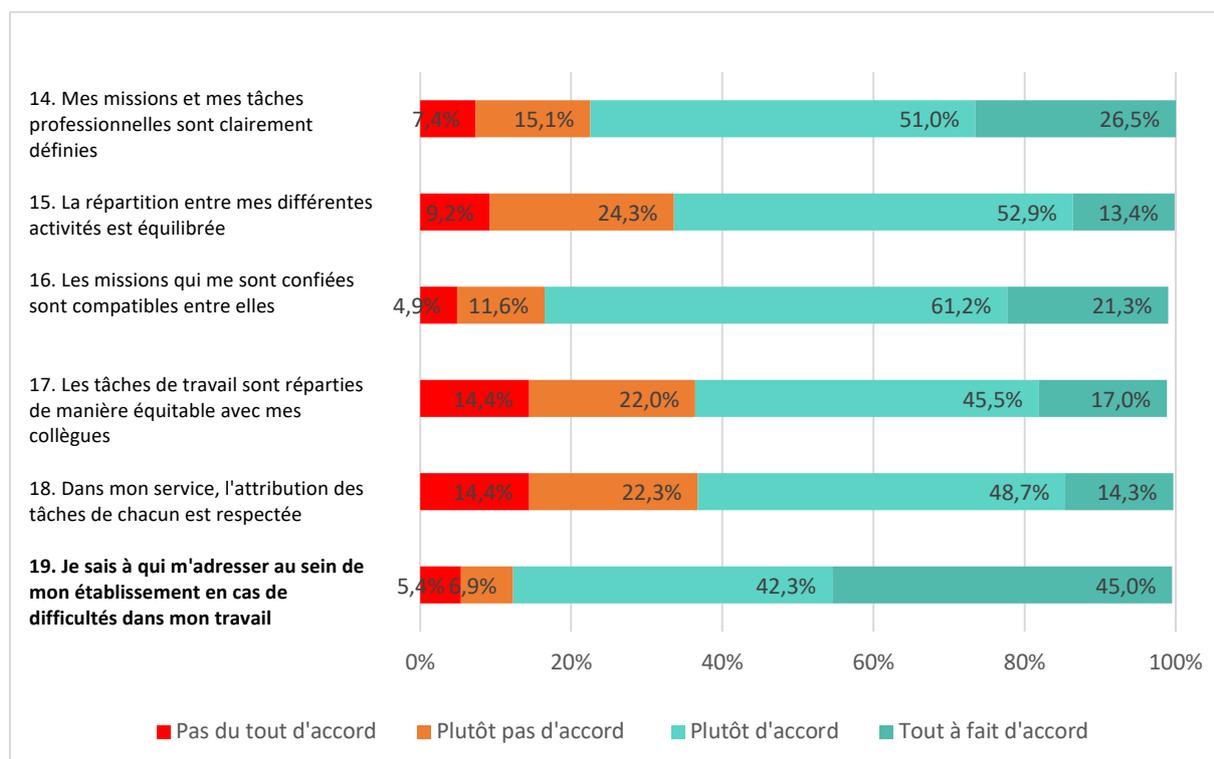
Dimension 2 – Mes conditions d'emploi



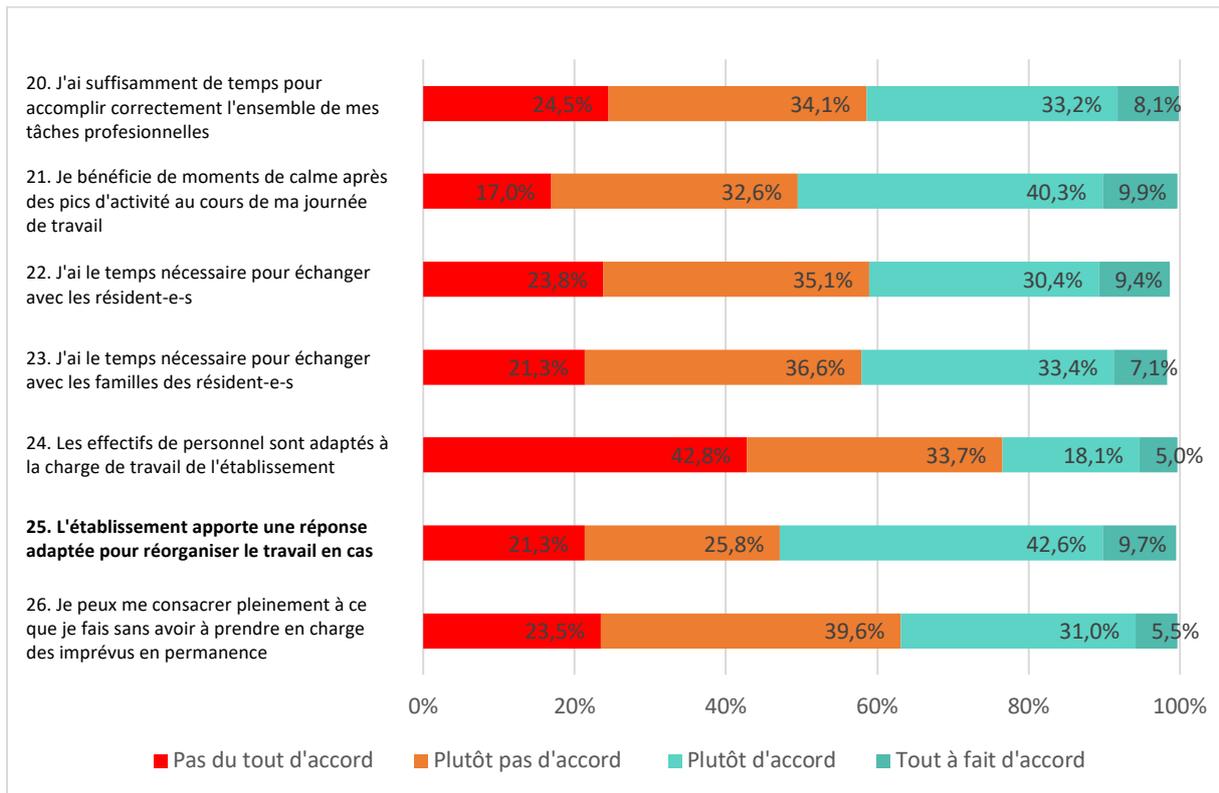
Dimension 3 – Mon équilibre vie professionnelle – vie personnelle



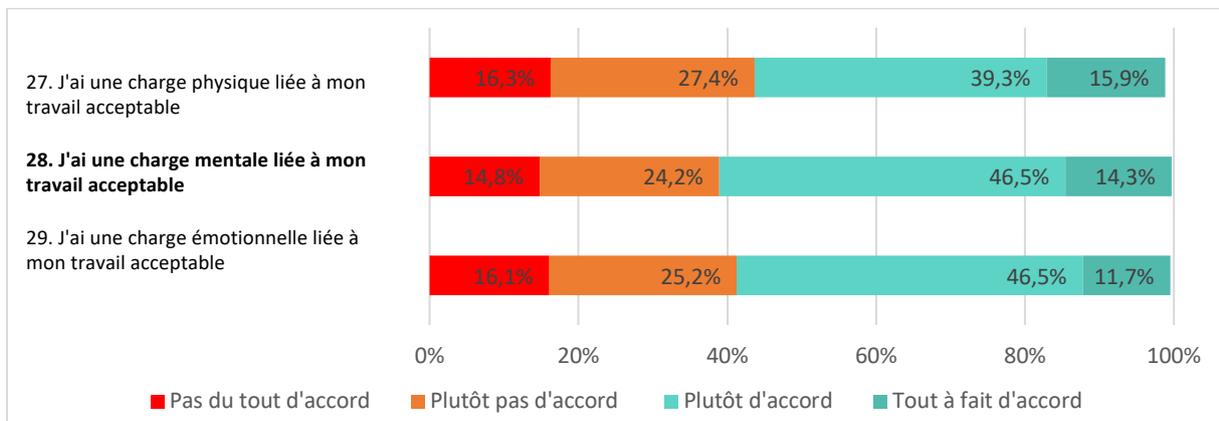
Dimension 4 – Mes missions



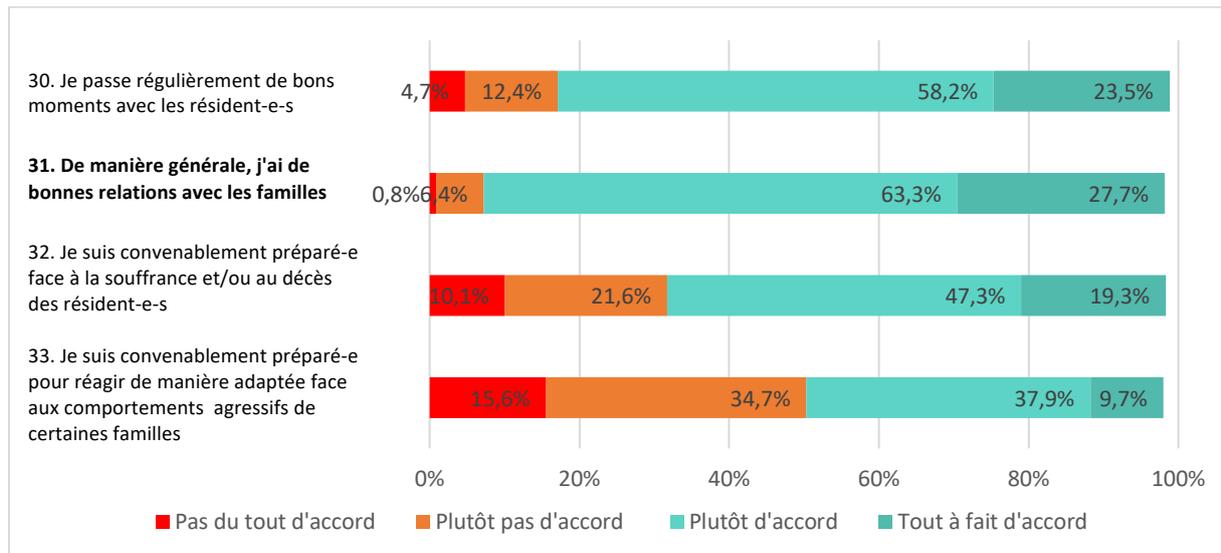
Dimension 5 – Mon rythme de travail



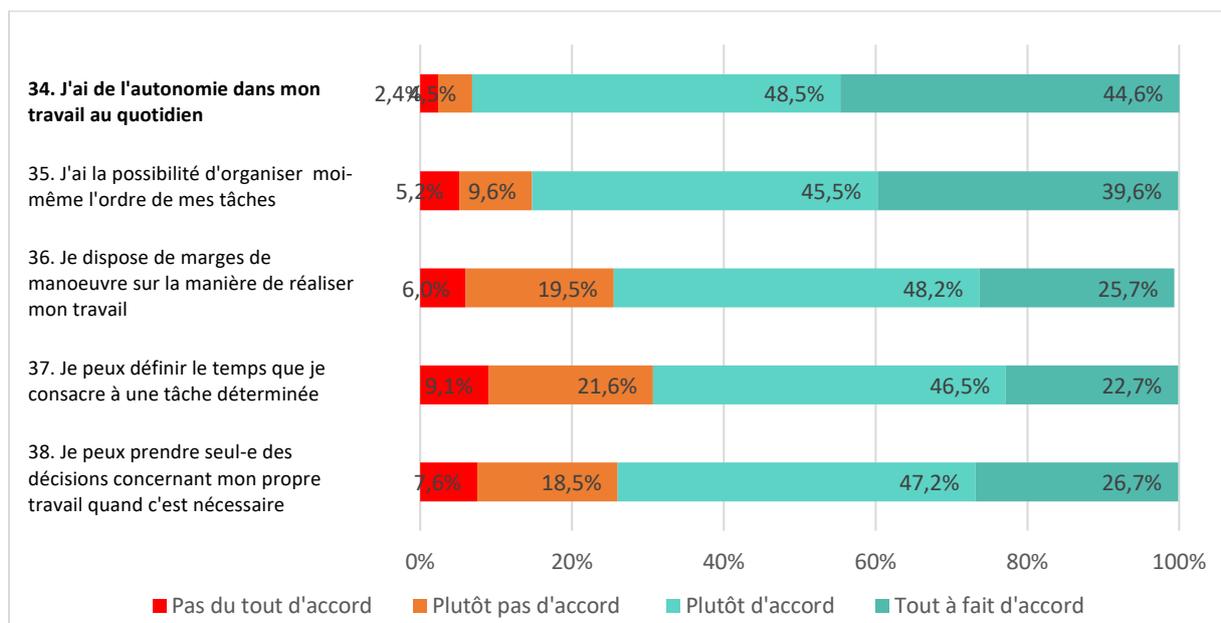
Dimension 6 – Les exigences liées à mon travail



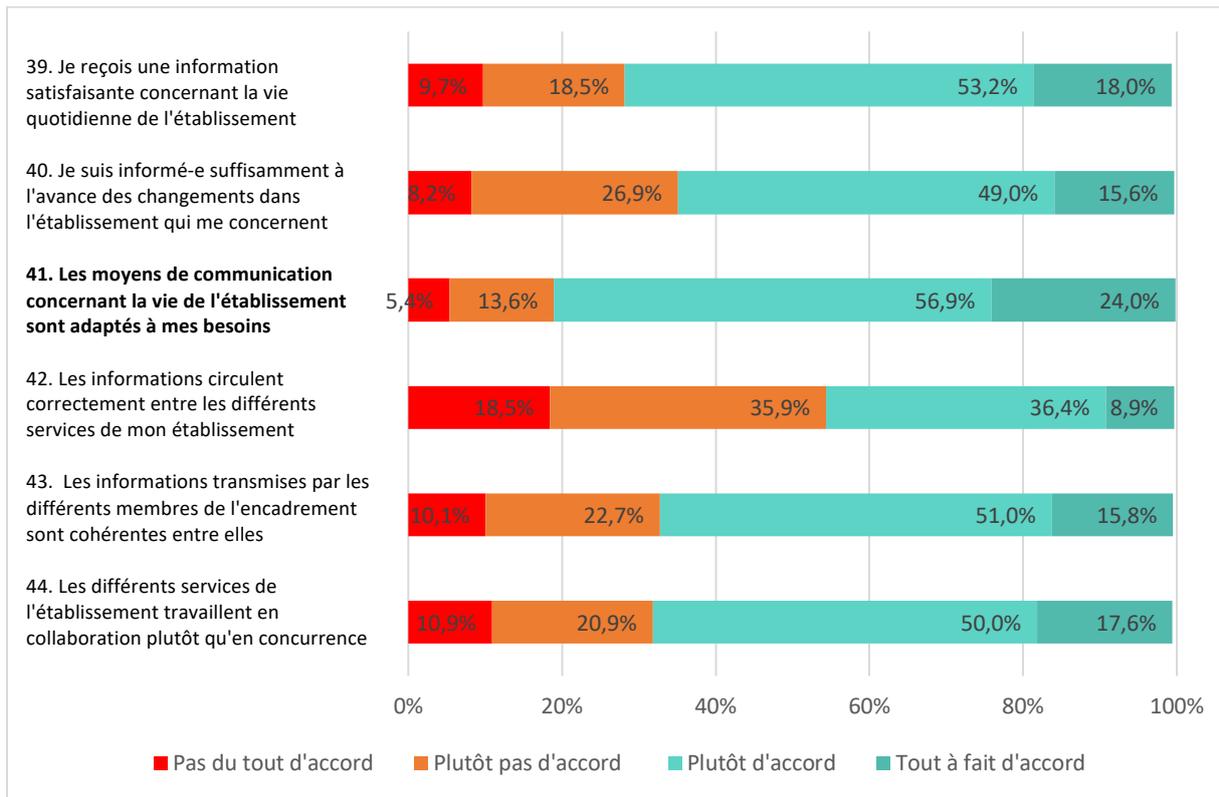
Dimension 7 – Le travail relationnel



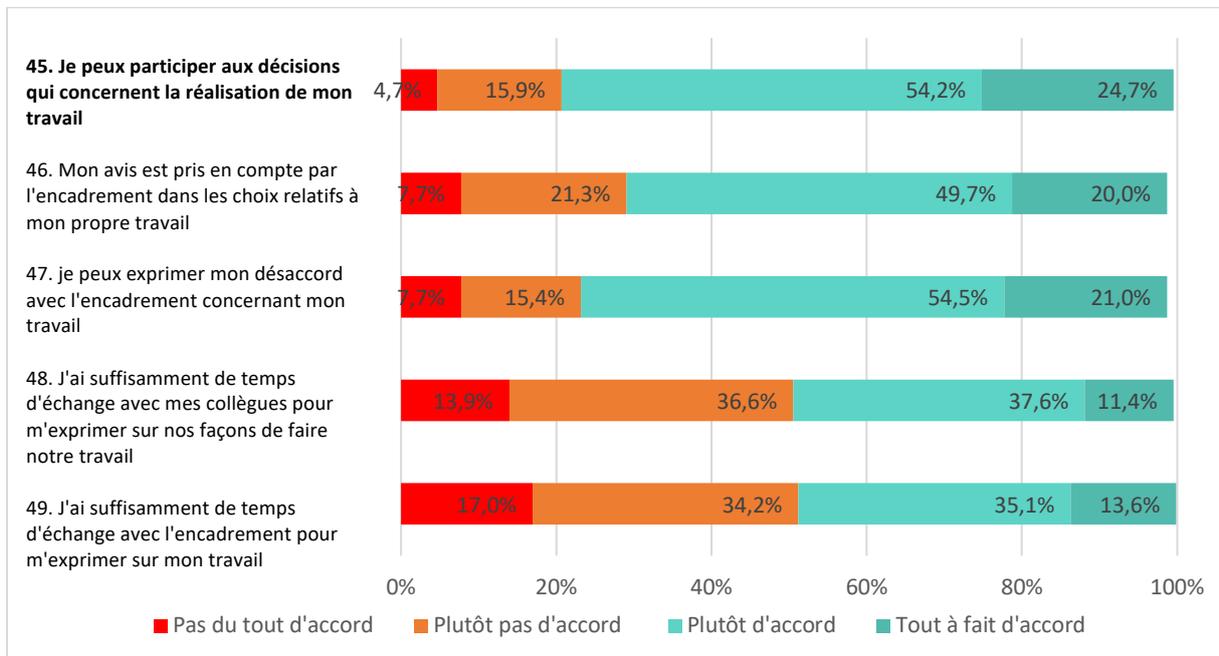
Dimension 8 – L'autonomie dans mon travail



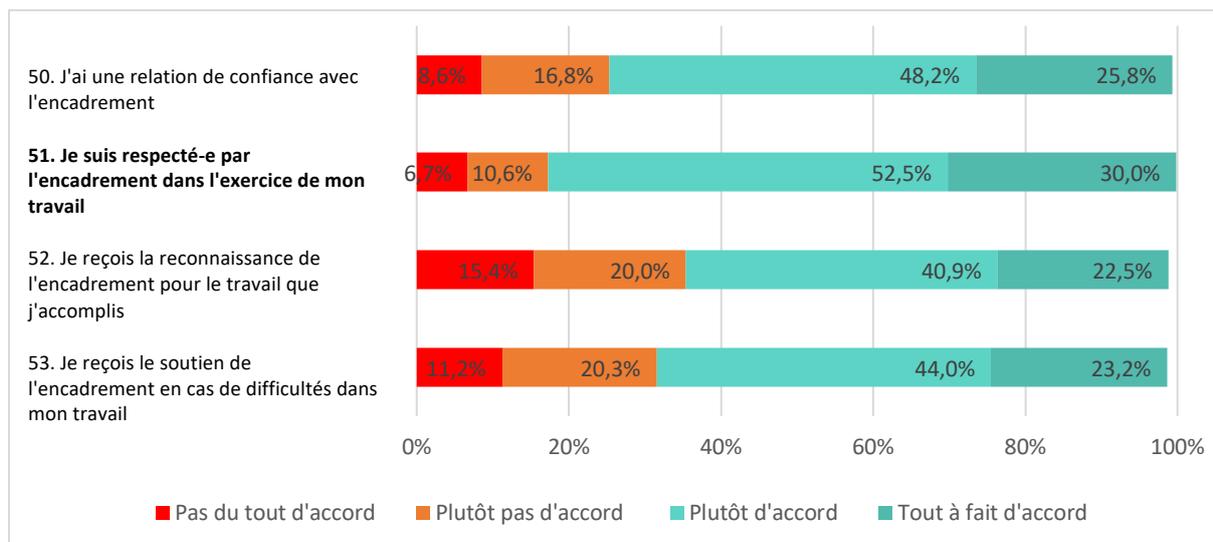
Dimension 9 – La circulation de l'information



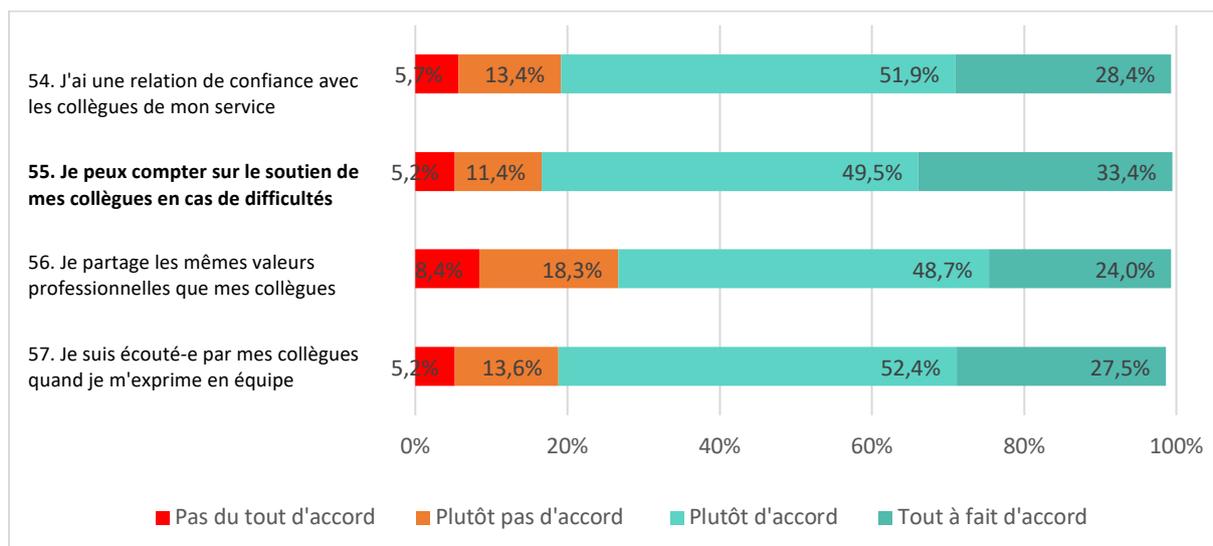
Dimension 10 – La prise en compte de ma parole



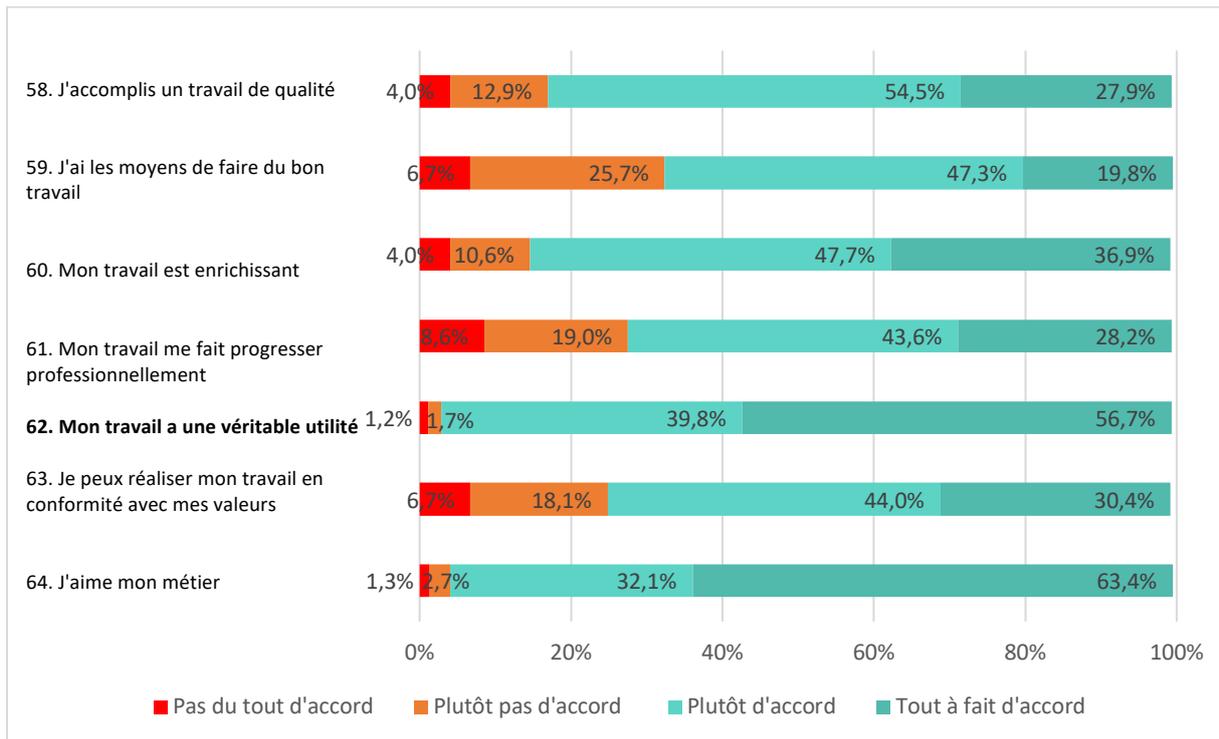
Dimension 11 – Mes relations avec l'encadrement (direction et responsable de proximité)



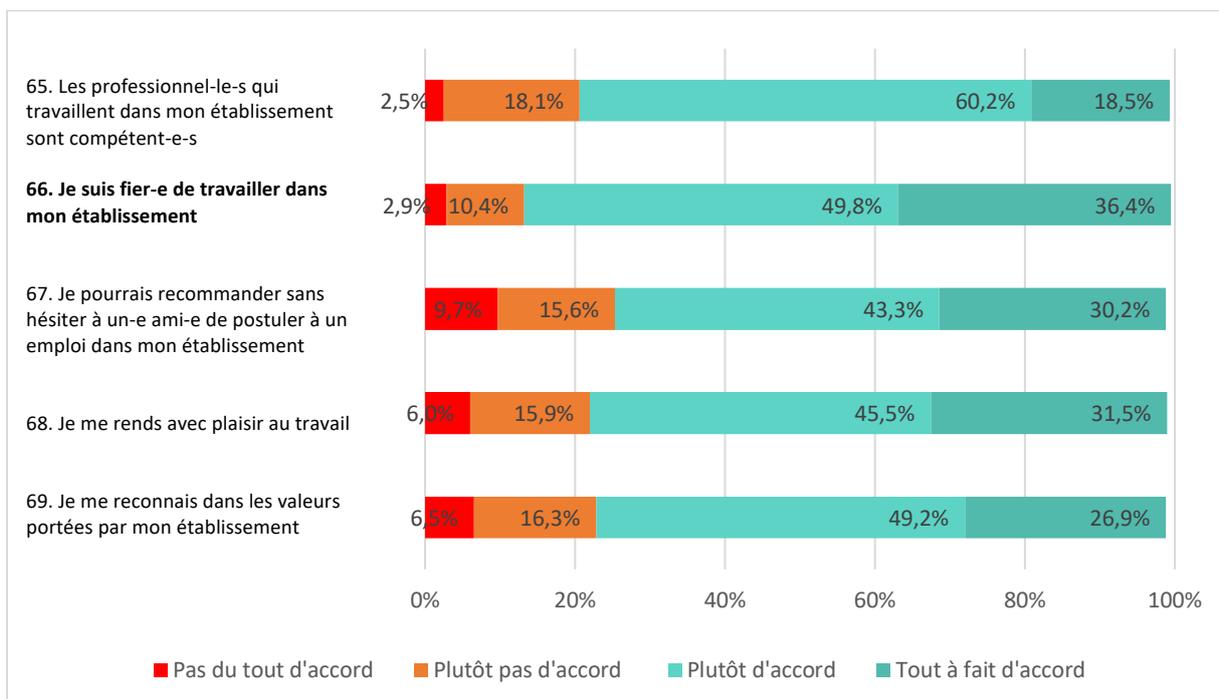
Dimension 12 – Mes relations avec mes collègues



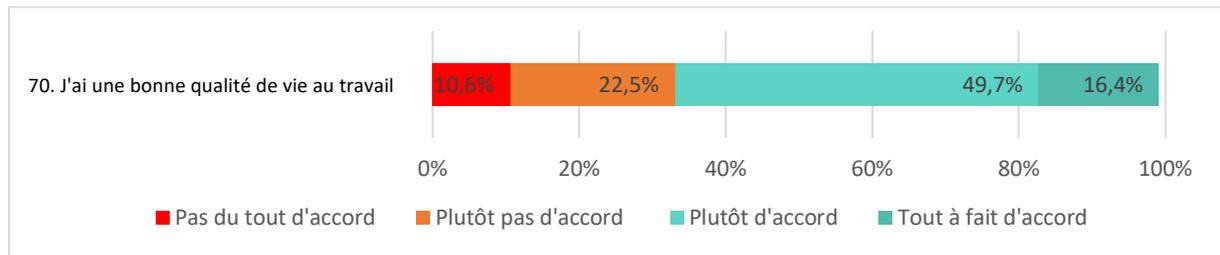
Dimension 13 – Mon rapport à mon travail



Dimension 14 – Mon rapport à mon établissement



Question générale sur la qualité de vie au travail



Trois meilleurs et trois moins bons items

Les trois items ayant reçu les réponses les plus positives (« Plutôt d'accord » + « Tout à fait d'accord ») et les 3 items ayant reçu les réponses les plus négatives (« Plutôt pas d'accord » + « Pas du tout d'accord ») ont été identifiés parmi l'ensemble des items du questionnaire.

Les trois items ayant reçu les réponses les plus positives (N=596)

Items	Pourcentage de réponses positives
62. Mon travail a une véritable utilité	96,48%
64. J'aime mon métier	95,47%
34. J'ai de l'autonomie dans mon travail au quotidien	93,12%

Les trois items ayant reçu les réponses les plus négatives (N=596)

Items	Pourcentage de réponses négatives
24. Les effectifs de personnel sont adaptés à la charge de l'établissement	76,51%
26. Je peux me consacrer pleinement à ce que je fais sans avoir à prendre en charge des imprévus en permanence	63,09%
20. J'ai suffisamment de temps pour accomplir correctement l'ensemble de mes tâches	58,56%

Scores QVCT global et par dimension

Méthode de calcul des scores

Les scores QVCT sont calculés au global³⁴ et pour chacune des 14 dimensions selon une méthode définie :

Pour chaque item de chaque dimension, une note est préalablement attribuée aux différentes modalités de réponses :

- 0 pour « Pas du tout d'accord »,
- 1 pour « Plutôt pas d'accord »,
- 2 pour « Plutôt d'accord »,
- 3 pour « Tout à fait d'accord »
- 1,5 pour les réponses manquantes

La moyenne des notes des répondants est calculée selon la formule suivante :

$$(Somme\ des\ notes\ aux\ items\ / Nombre\ de\ répondants)$$

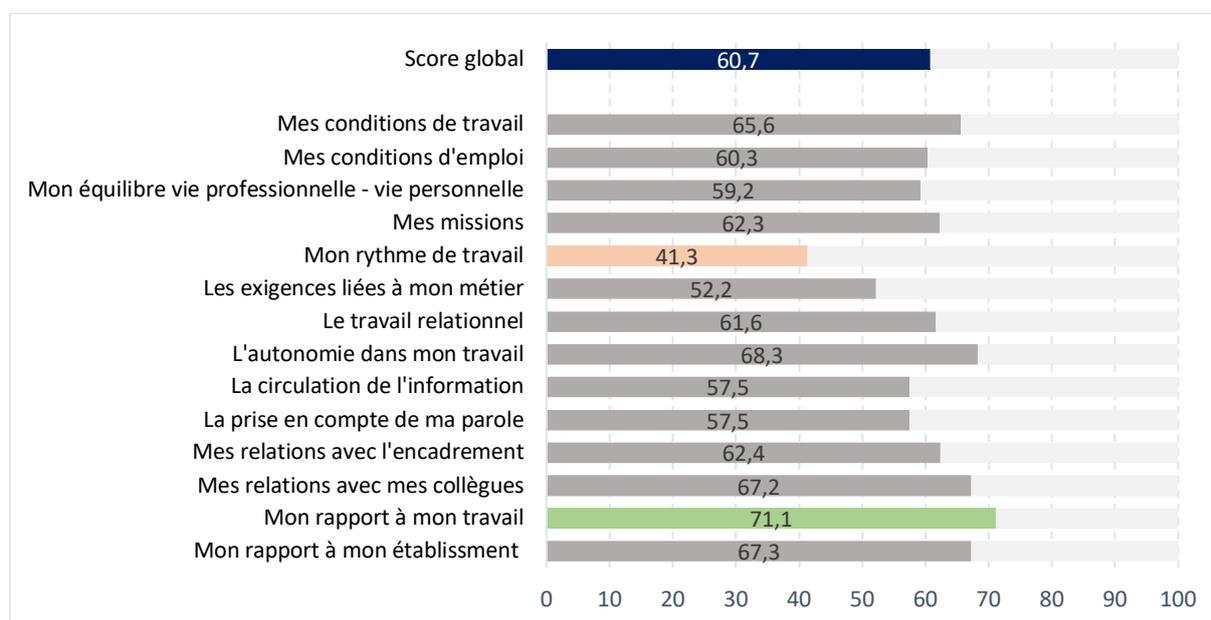
Le score maximum théorique (le score obtenu théoriquement si tous les répondants répondaient « Tout à fait d'accord » à tous les items) est également calculé.

Enfin, le score sur 100 est obtenu grâce à la formule suivante :

$$(Moyenne\ des\ notes\ des\ répondants\ / Score\ maximum\ théorique) \times 100$$

Les scores sont calculés sur les 596 réponses.

Les scores QVCT global et par dimension



³⁴ Le score QVCT global est calculé sur les 69 items du questionnaire, hors item 70.

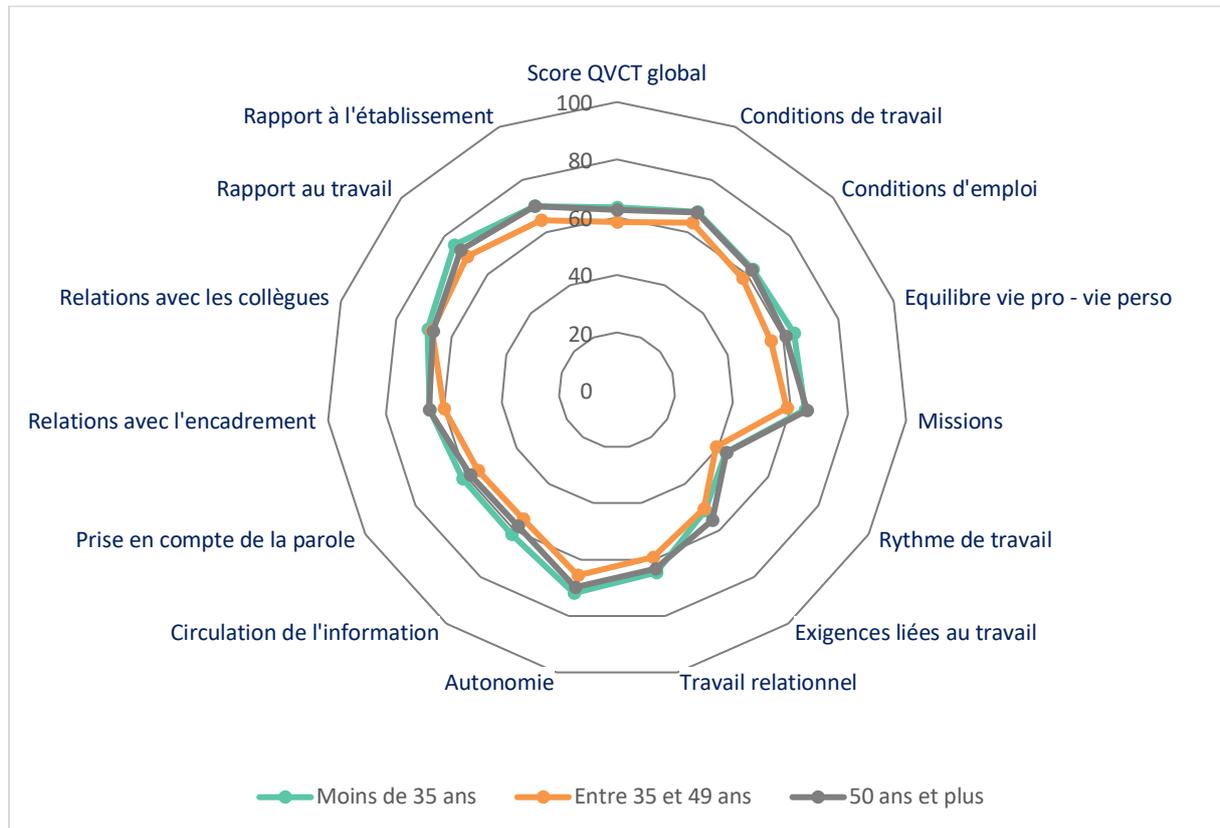
Descriptif de la moyenne et de la médiane pour chaque score

Variable	Moyenne et médiane	Total
Score global	Moyenne (écart-type)	60.7 (17.2)
	Médiane (Q1 ; Q3)	61.4 (50.0 ; 72.0)
Dimension 1 : Mes conditions de travail	Moyenne (écart-type)	65.6 (22.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	76.7 (55.6 ; 77.8)
Dimension 2 : Mes conditions d'emploi	Moyenne (écart-type)	60.3 (22.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	60.0 (46.7 ; 80.0)
Dimension 3 : Mon équilibre vie professionnelle – vie personnelle	Moyenne (écart-type)	59.2 (26.3)
	Médiane (Q1 ; Q3)	60 (40 ; 80)
Dimension 4 : Mes missions	Moyenne (écart-type)	62.3 (21.6)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (50.0 ; 72.2)
Dimension 5 : Mon rythme de travail	Moyenne (écart-type)	41.3 (23.1)
	Médiane (Q1 ; Q3)	42.8 (23.8 ; 57.1)
Dimension 6 : Les exigences liées à mon travail	Moyenne (écart-type)	52.2 (26.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	55.6 (33.3 ; 66.7)
Dimension 7 : Le travail relationnel	Moyenne (écart-type)	61.6 (19.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	58.3 (50.0 ; 72.9)
Dimension 8 : L'autonomie dans mon travail	Moyenne (écart-type)	68.3 (22.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (60.0 ; 86.7)
Dimension 9 : La circulation de l'information	Moyenne (écart-type)	57.5 (22.2)
	Médiane (Q1 ; Q3)	61.1 (44.4 ; 66.7)
Dimension 10 : La prise en compte de ma parole	Moyenne (écart-type)	57.5 (23.3)
	Médiane (Q1 ; Q3)	60 (40 ; 66.7)
Dimension 11 : Mes relations avec l'encadrement	Moyenne (écart-type)	62.4 (27.1)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (50.0 ; 83.3)
Dimension 12 : Mes relations avec mes collègues	Moyenne (écart-type)	67.2 (23.8)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (58.3 ; 83.3)
Dimension 13 : Mon rapport à mon travail	Moyenne (écart-type)	71.7 (18.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	71.4 (61.9 ; 85.7)
Dimension 14 : Mon rapport à mon établissement	Moyenne (écart-type)	67.3 (22.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (53.3 ; 86.7)

Scores QVCT en fonction des profils des répondants

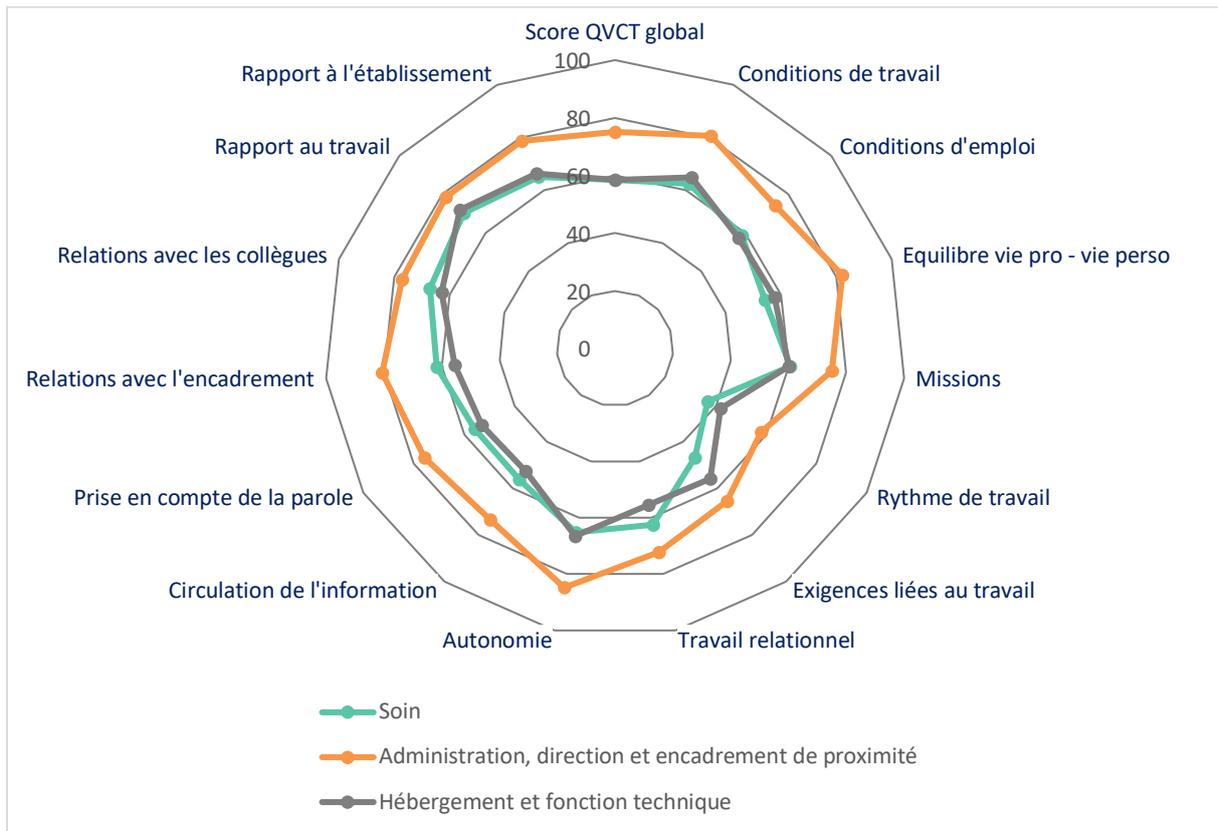
N.B : Les différences présentées dans les radars suivants sont statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'il y a 95% de chance qu'elles ne soient pas liées au hasard. Un lien statistiquement significatif entre deux variables et l'intensité de ce lien sont déterminés grâce à des indicateurs statistiques tels que le Chi-deux, le test de Student, le V de Cramer, la p value...

Âge



Nous constatons des différences statistiquement significatives selon l'âge sur le score global, les dimensions 3 « Mon équilibre vie professionnelle – vie personnelle », 4 « Mes missions », 7 « Le travail relationnel », 8 « L'autonomie dans mon travail », 9 « La circulation de l'information », 10 « La prise en compte de ma parole », 13 « Mon rapport à mon travail » et 14 « Mon rapport à mon établissement ». Globalement, pour ces dimensions, les professionnels ayant entre 35 et 49 ans ont un score QVCT moins élevé que les professionnels de moins de 35 ans et ceux de 50 ans et plus.

Fonctions en 3 catégories

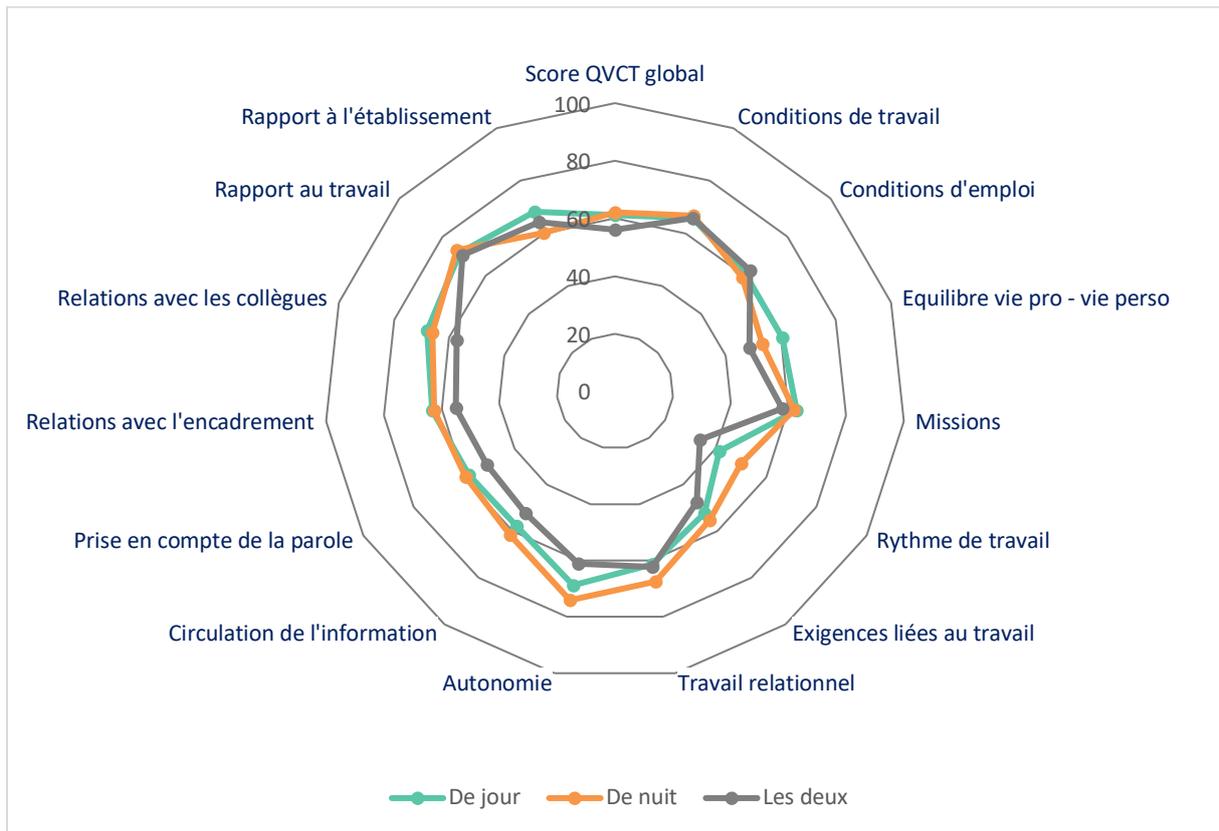


Nous constatons des différences statistiquement significatives sur l'ensemble des dimensions. Globalement, les professionnels du soin et de l'hébergement et de la fonction technique ont des scores QVCT moins élevés que les professionnels travaillant dans l'administration, la direction et l'encadrement.

Pour les dimensions 5 « Mon rythme de travail » et 6 « Les exigences liées à mon travail », les professionnels soignants ont des scores moins élevés que les professionnels de l'hébergement et de la fonction technique.

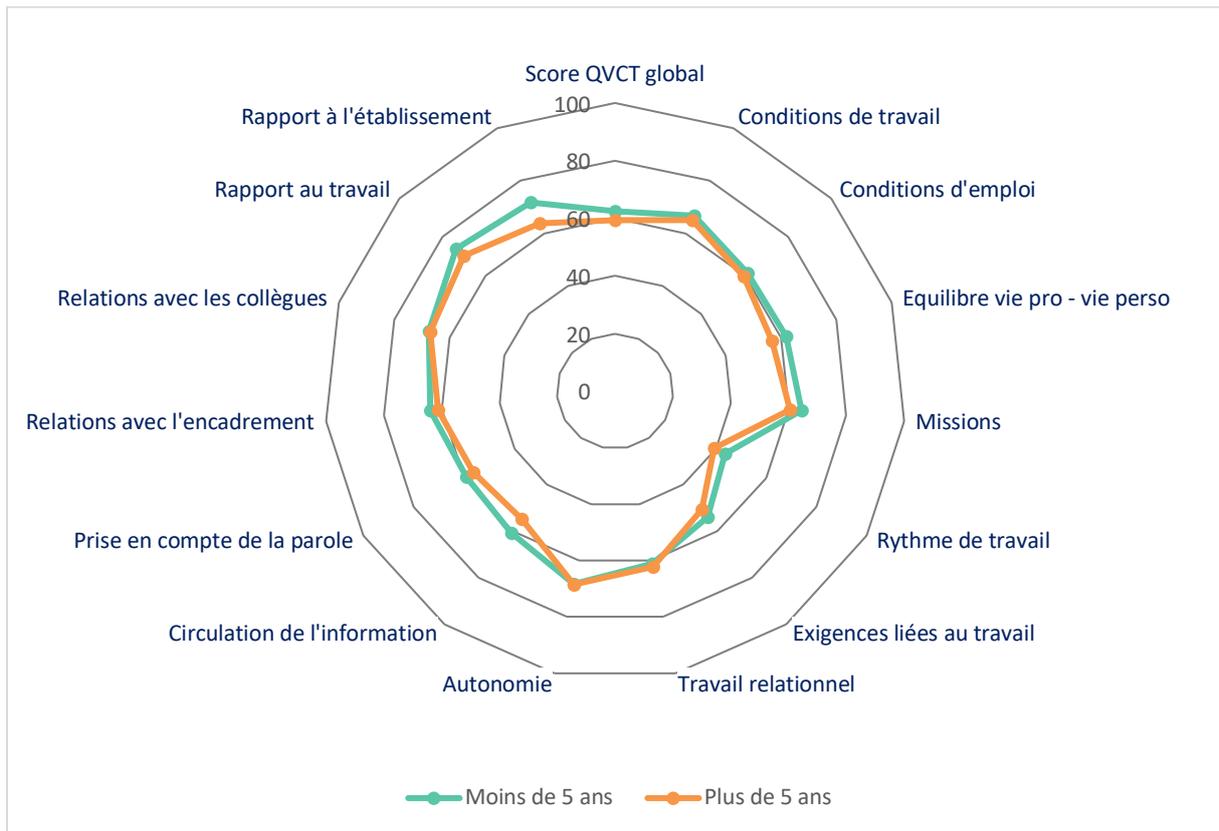
Pour les dimensions 7 « Le travail relationnel » et 11 « Mes relations avec l'encadrement », les soignants ont des scores plus élevés que les professionnels travaillant dans l'hébergement et la fonction technique.

Horaires de travail



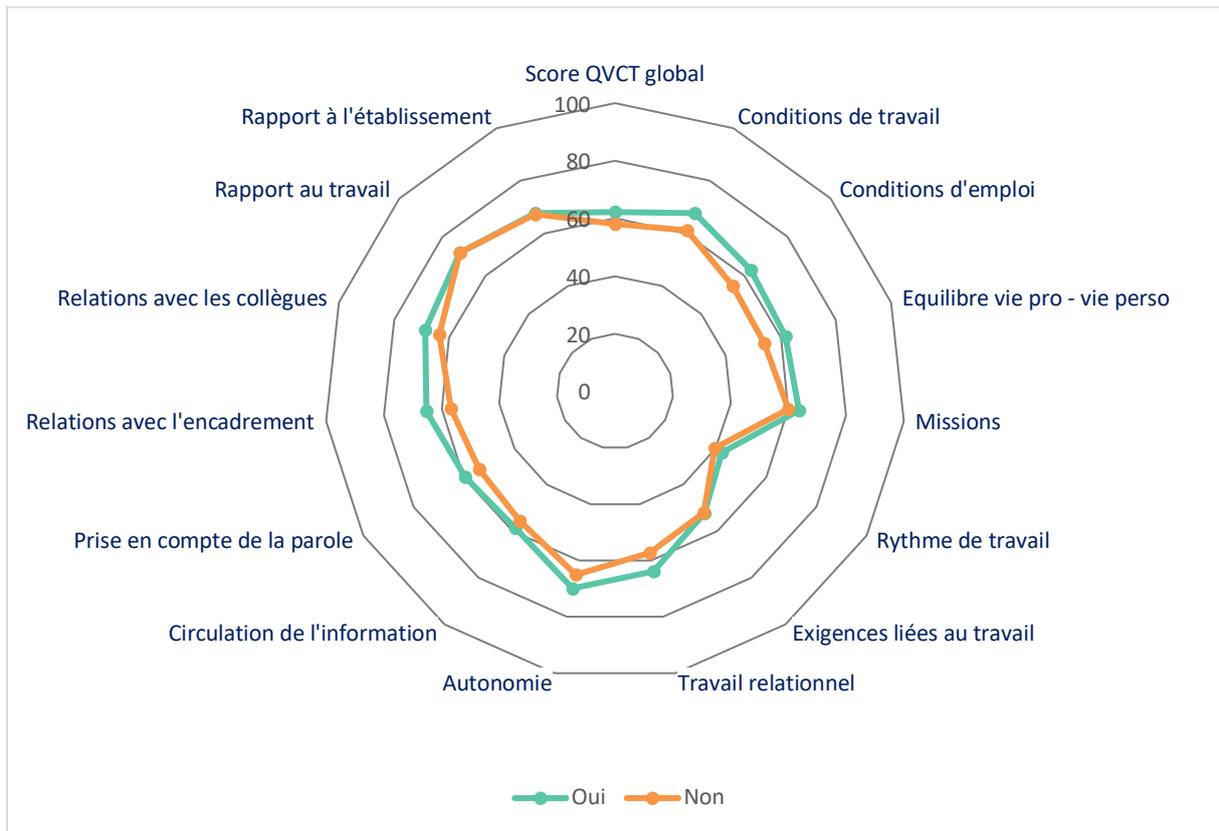
Nous constatons des différences statistiquement significatives pour les dimensions 3 « Mon équilibre vie professionnelle - vie personnelle », 5 « Mon rythme de travail », 8 « L'autonomie dans mon travail » et 12 « Mes relations avec mes collègues » : les professionnels travaillant de jour et de nuit (« Les deux ») ont des scores moins élevés que les professionnels travaillant uniquement de jour. Pour les dimensions 5 et 8, les professionnels travaillant de jour et de nuit ont des scores moins élevés que les individus travaillant uniquement de nuit.

Ancienneté dans l'établissement en 2 catégories



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global, les dimensions 3 « Mon équilibre vie professionnelle – vie personnelle », 4 « Mes missions », 5 « Mon rythme de travail », 9 « La circulation de l'information », 13 « Mon rapport à mon travail » et 14 « Mon rapport à mon établissement » : les professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté dans l'établissement ont des scores plus élevés que ceux ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans l'établissement.

Diplôme en lien avec le métier

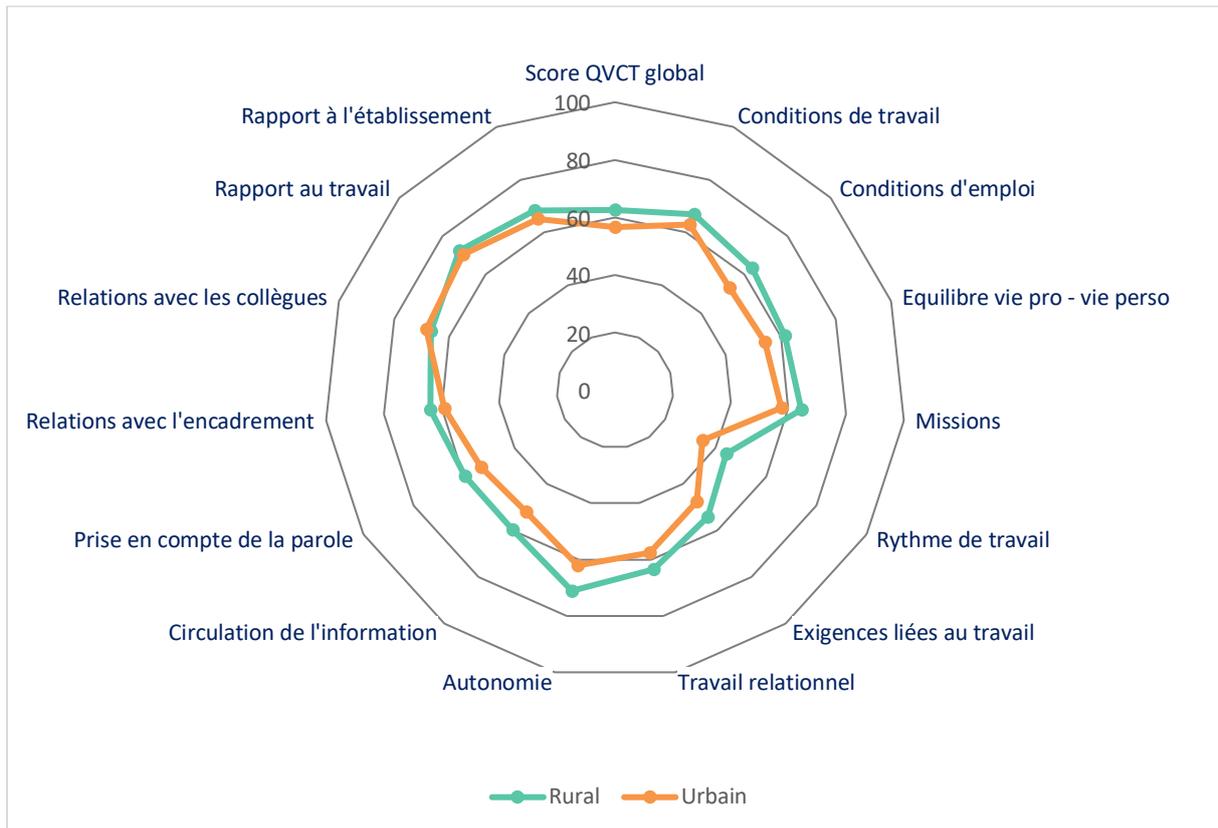


Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score global, ainsi que sur les dimensions 1 « Mes conditions de travail », 2 « Mes conditions d'emploi », 3 « Mon équilibre vie professionnelle - vie personnelle », 7 « Le travail relationnel », 8 « L'autonomie dans mon travail », 10 « La prise en compte de ma parole », 11 « Mes relations avec l'encadrement » et 12 « Mes relations avec mes collègues » : les professionnels ayant un diplôme en lien avec leur métier ont un score QVCT plus élevé que ceux qui n'en ont pas.

Scores QVCT en fonction des caractéristiques des établissements

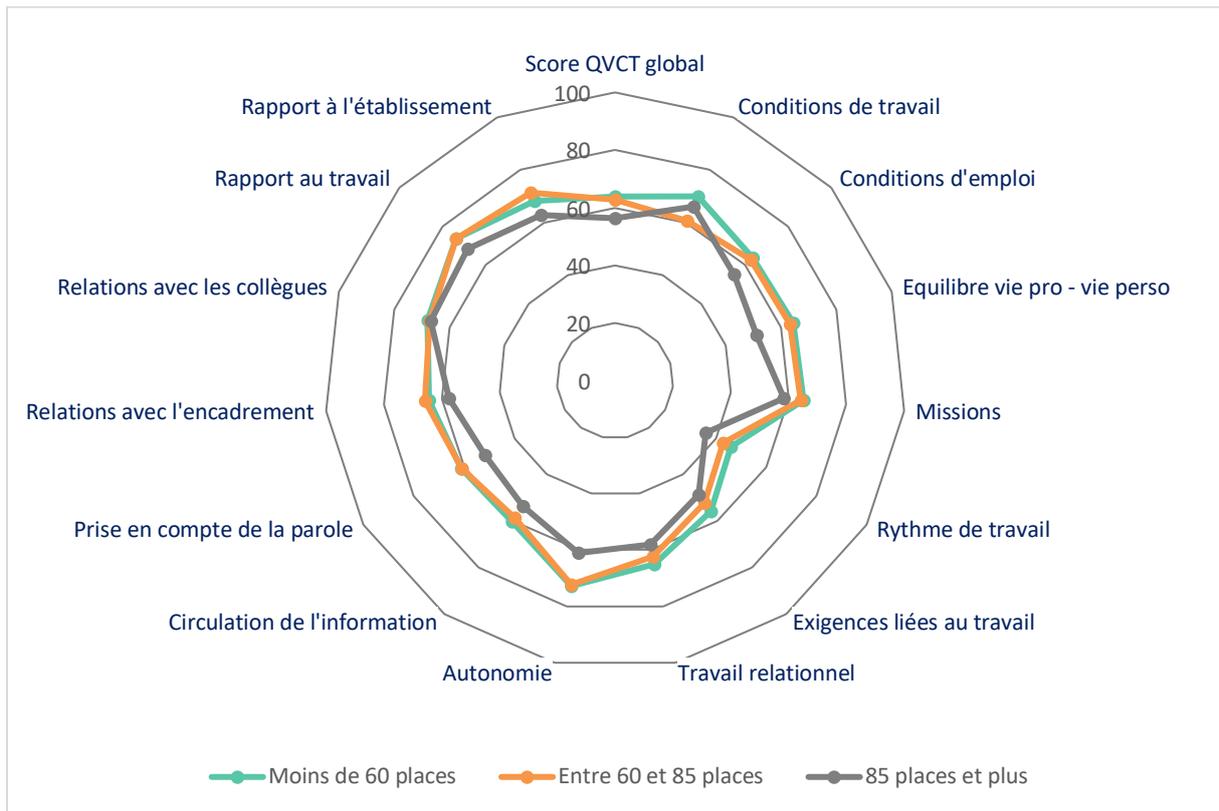
N.B : Les différences présentées dans les radars suivants sont statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'il y a 95% de chance qu'elles ne soient pas liées au hasard. Un lien statistiquement significatif entre deux variables et l'intensité de ce lien sont déterminés grâce à des indicateurs statistiques tels que le Chi-deux, le test de Student, le V de Cramer, la p value...

Localisation de l'établissement



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global, et sur la plupart des dimensions (hormis les dimensions 12 « Mes relations avec mes collègues », 13 « Mon rapport à mon travail » et 14 « Mon rapport à mon établissement ») : les professionnels exerçant dans des établissements ruraux ont des scores plus élevés que ceux exerçant dans des établissements urbains.

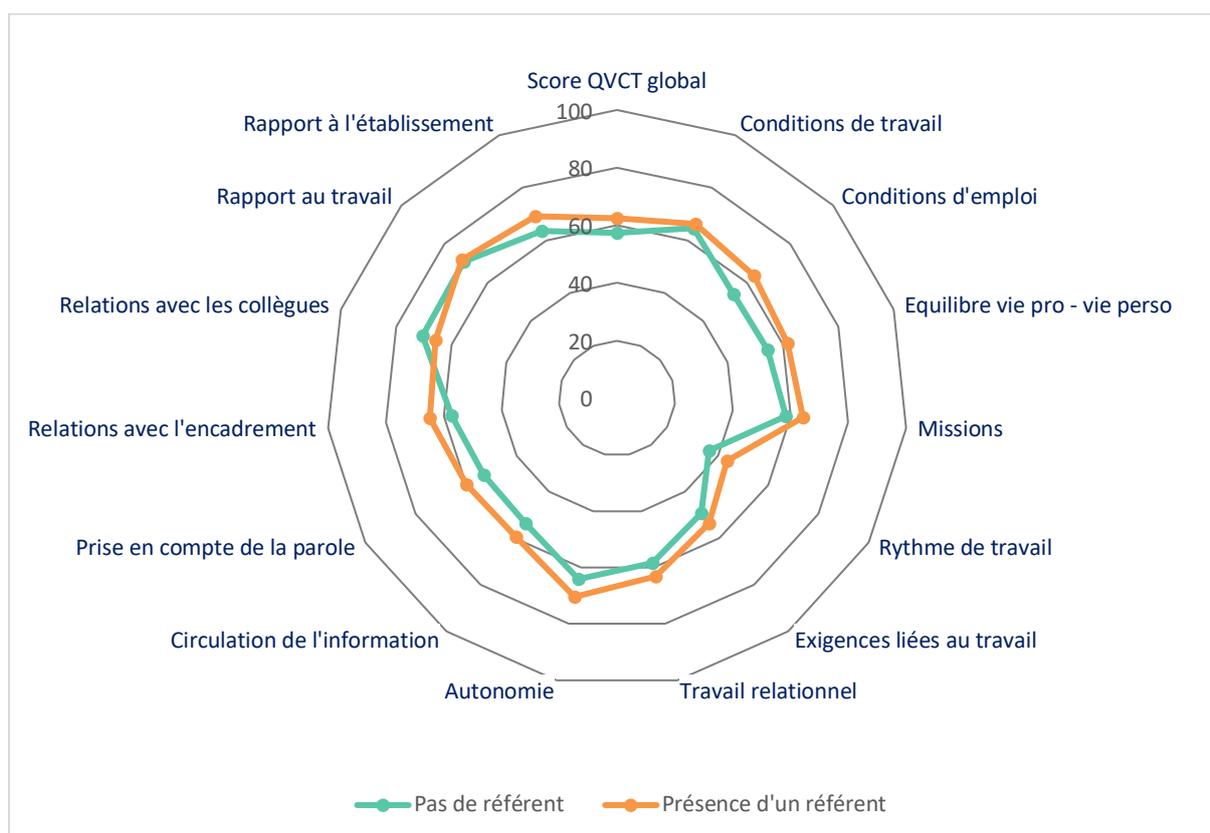
Taille de l'établissement³⁵



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global, et sur la plupart des dimensions (hormis la dimension 12 « Mes relations avec mes collègues ») : les professionnels exerçant dans des établissements de 85 places ou plus ont des moins bons scores que les professionnels exerçant dans les établissements de moins de 60 places ou entre 60 et 85 places.

³⁵ Regroupe le nombre de lits permanents et temporaires. Discretisation des variables réalisée en trois classes selon les quartiles et la moyenne.

Présence d'un référent QVCT sur l'établissement



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et la plupart des dimensions (hormis les dimensions 1 « Mes conditions de travail », 6 « Les exigences liées à mon travail » et 13 « Mon rapport à mon travail ») : les professionnels exerçant dans des établissements dans lesquels il y a un référent QVCT ont des scores plus élevés que ceux exerçant dans des établissements sans référent QVCT.

A l'inverse, sur la dimension 12 « Mes relations avec mes collègues », les professionnels exerçant dans des établissements sans référent QVCT ont un score plus élevé que ceux exerçant sur des établissements avec un référent QVCT.

Absence de résultats pertinents pour l'analyse

Les croisements ci-dessous ont été réalisés mais n'ont pas présenté de résultats pertinents pour l'analyse (peu ou pas de résultats statistiquement significatifs, effectifs d'une ou plusieurs modalités trop bas, variable de confusion, données issues des cahiers d'indicateurs peu fiables) :

- Sexe
- Professionnels transversaux
- Temps de travail
- GMP
- PMP
- Présence d'une unité Alzheimer
- Taux d'encadrement global et taux d'encadrement soignant
- Nombre d'heures de formation par personne
- Part des salariés formés
- Taux d'absentéisme global et par motifs
- Taux de rotation et taux de départ

Analyse de la question ouverte

Les analyses présentées ci-dessous ont été réalisées à partir de la question ouverte posée à chaque répondant en fin de questionnaire. Cette question était la suivante : « Avez-vous des idées pour améliorer votre qualité de vie et vos conditions de travail au quotidien ? ».

1. Profils des répondants et thématiques principales abordées

Plus de répondants à la question ouverte parmi les soignants et les professionnels avec le plus d'ancienneté

Les soignants et les professionnels ayant une ancienneté dans le métier et dans l'établissement égale ou supérieure à cinq ans sont à la fois plus nombreux et légèrement surreprésentés parmi les répondants à la question ouverte.

Caractéristiques des répondants	n total	Pas de réponse à la question ouverte n (%)	Réponse à la question ouverte n (%)
Total	596	375 (62.9)	221 (37.1)
Soignants	321	188 (58.6)	133 (41.4)
Non soignants	261	179 (68.6)	82 (31.4)
Ancienneté métier Moins de 5 ans	162	118 (72.8)	44 (27.2)
Ancienneté métier 5 ans et plus	425	251 (59.1)	174 (40.9)
Ancienneté établissement Moins de 5 ans	270	181 (67.0)	89 (33.0)
Ancienneté établissement 5 ans et plus	317	189 (59.6)	128 (40.4)

Des répondants à la question ouverte ayant une moins bonne perception de leur QVCT

En moyenne, les répondants à la question ouverte ont un score QVCT global plus faible que les non-répondants (55,4 en moyenne contre 63,9). On retrouve la même observation au niveau de la médiane du score QVCT, avec une médiane à 56 pour les répondants à la question ouverte, contre 64,2 pour les non-répondants. Les professionnels ayant répondu négativement à l'item 70 (« J'ai une bonne qualité de vie au travail ») sont également surreprésentés parmi les répondants à la question ouverte.

Indicateurs	Pas de réponse à la question ouverte	Réponse à la question ouverte
Moyenne du score QVCT global (écart-type)	63.9 (15.8)	55.4 (18.3)
Médiane du score QVCT global	64.2	56.0

Réponse à l'item 70	n total	Pas de réponse à la question ouverte n (%)	Réponse à la question ouverte n (%)
Effectif total	596	375 (62.9)	221 (37.1)
Pas du tout d'accord	63	21 (33.3)	42 (66.7)
Plutôt pas d'accord	134	76 (56.7)	58 (43.3)
Plutôt d'accord	296	201 (67.9)	95 (32.1)
Tout à fait d'accord	98	73 (74.5)	25 (25.5)

Les thématiques abordées dans les réponses à la question ouverte

Au total, 221 réponses ont été apportées à la question ouverte, que l'on peut répartir dans différentes thématiques. Les principales thématiques citées par les professionnels dans leur réponse concernent, par ordre de fréquence de citation : la communication au sein de l'établissement (soutien, écoute et transmissions d'information entre collègues et avec l'encadrement), les effectifs, les horaires (plannings, congés, jours de repos, etc.), et le matériel à disposition (ainsi que les locaux).

En synthèse sur les réponses à la question ouverte

- ⇒ Des répondants à la question ouverte plus souvent soignants et ayant une ancienneté dans le métier et dans l'établissement supérieure ou égale à cinq ans
- ⇒ Les professionnels les moins satisfaits de leur QVCT sont surreprésentés parmi les répondants
- ⇒ Les thématiques principales abordées par les répondants ont trait à la communication, aux effectifs, aux horaires et au matériel à disposition

2. Synthèse des réponses à la question ouverte

Les éléments ci-dessous présentent une synthèse de l'ensemble des suggestions faites par les professionnels (tous établissements confondus) ayant répondu à la question ouverte, triés par thématique³⁶.

Effectifs, recrutement

- Recruter davantage de personnel qualifié, formé et motivé, en particulier chez les soignants (AS)
- Augmenter les effectifs en particulier le week-end et le soir
- Améliorer la stabilité de l'emploi et favoriser les titularisations
- Être plus attentif aux distances domicile – travail dans les recrutements
- Mieux former les nouveaux professionnels recrutés

Communication, écoute, soutien et reconnaissance

- Renforcer les échanges et l'écoute entre professionnels à travers la mise en place de davantage de temps individuels et collectifs portant sur les pratiques professionnelles et les difficultés dans le travail (groupes de travail ou d'analyse, réunions...)
- Mieux accompagner les équipes de terrain au quotidien, les soutenir et les écouter en cas de problèmes, de besoins ou de situations difficiles (face aux familles ou aux résidents par exemple)
- Écouter tous les professionnels plus équitablement, sans considération de statut (titulaire ou contractuel par exemple) ou de diplôme ; faire preuve de plus de respect envers les contractuels
- Exercer moins de pression sur les équipes, notamment en termes de respect du budget ou de turn-over des professionnels
- Faire davantage confiance aux professionnels de terrain concernant leur propre travail, les valoriser davantage, faire preuve de plus de considération et de respect pour leur travail
- Être plus ouvert aux idées et aux propositions des professionnels de terrain
- Améliorer la connaissance des encadrants des métiers de terrain (observation en binôme par exemple)
- Renforcer la communication et la cohérence des informations transmises entre cadres (ou responsables de service) et direction
- Mieux lutter contre la mésentente chez le personnel en :
 - o Valoriser tous les services et tous les postes de manière égale,
 - o Favoriser l'entre-aide et le respect entre les professionnels,
 - o Organiser des sorties entre collègues pour renforcer la confiance et l'esprit d'équipe,
 - o Restructurer les équipes en cas de problèmes relationnels
- Pour les soignants, faire preuve de plus de reconnaissance, de considération, et de respect pour le travail des équipes ASH
- Valoriser davantage les bonnes initiatives et bonnes actions, le travail bien fait

Horaires, plannings, congés

- Éviter au maximum de programmer des journées de 12h de travail ou au contraire des journées trop courtes (qui génèrent trop de jours travaillés) et privilégier des journées de 10h pour celles et ceux qui le souhaitent
- Diminuer le nombre de coupures
- Mettre en place une pause supplémentaire et mieux respecter les temps de pause déjà existants dans la journée (afin de ne pas être dérangé-e pendant sa pause)

³⁶ Tri par thématique réalisé par codage croisé entre les deux cheffes de projet QENA©.

- Espacer les week-ends travaillés et les embauches tôt le matin, éviter d'enchaîner les journées de 12h
- Augmenter le nombre de jours de repos consécutifs
- Permettre plus de souplesse dans les plannings en cas de besoin personnel
- Communiquer le planning au moins un mois à l'avance, ou proposer un planning fixe à l'année
- Mieux informer les professionnels en cas de changement de planning
- Éviter au maximum les changements de planning imposés
- Faciliter les changements de plannings entre collègues (arrangements personnels)
- Respecter davantage les choix de jours non travaillés (congés, RTT...)
- Minimiser les rappels sur les jours de repos ou de congés et accorder un droit de refus sans culpabilisation
- Travailler sur l'équilibre et l'équité concernant les plannings : meilleure répartition des jours de travail entre les professionnels (week-ends par exemple), des horaires en coupure, des horaires en matin, des nuits... et respecter de manière égale les demandes personnelles d'aménagement du planning en cas de rendez-vous ou d'évènement personnel.

Matériel, locaux

- Rénover les locaux vétustes, effectuer des travaux sur les locaux inadaptés (exemple : chambres trop petites pour des résidents handicapés, qui rendent le travail plus compliqué)
- Maintenir une température agréable dans l'établissement (climatisation ou chauffage)
- Aménager une salle de repos de taille suffisante avec équipement adapté (réfrigérateur, micro-ondes...)
- Augmenter le nombre de bureaux pour le travail administratif
- Mettre à disposition un téléphone portable professionnel quand c'est pertinent
- Réparer le matériel défectueux, remplacer le matériel inadapté ou vétuste (chariots par exemple)
- Acheter du matériel en nombre suffisant pour soulager la charge physique ou faciliter le travail. Exemples : plateaux à peser, chariots, auto-laveuse, appareils à vapeur, balais ergonomiques, échelles à plateaux pour distribution des repas en chambre, soulèvements malade, verticalisateurs, franges et lavettes...
- Mettre en place un règlement intérieur

Rémunération, avantages en nature

- Proposer un meilleur salaire et plus d'avantages sociaux
- Mettre en place une prime « Grand âge » pour tout le personnel
- Proposer une prime ou un avancement d'échelon en cas de charge de travail augmentée sur une longue période (en cas de sous-effectif par exemple)
- Mettre en place un treizième mois pour les « agents sociaux »
- Revaloriser la prime « Enfant » ainsi que la prime « Chaussures »
- Proposer aux professionnels des séances de yoga, Pilate, relaxation etc. sur l'EHPAD pendant ou après le travail

Formation

- Mieux informer les professionnels sur les formations disponibles
- Proposer davantage de formations
- Proposer des formations sur des thématiques spécifiques et utiles au quotidien. Exemples : la bienveillance, l'utilisation du matériel, l'évolution de la vieillesse, les troubles du comportement et les pathologies associées...

Accompagnement des résidents

- Ouvrir davantage l'EHPAD sur l'extérieur, à la fois en faisant venir des personnes extérieures à l'EHPAD et en sortant les résidents de l'établissement (activités, animations, fêtes, sorties culturelles...)
- Prévoir du temps purement relationnel (temps d'échange et d'écoute avec les résidents et les familles) dans la planification des tâches au quotidien
- Mieux respecter les choix et les demandes des résidents. Exemples : refus de douche, rester en chambre...
- Organiser des groupes de travail avec une psychologue pour parler des difficultés rencontrées dans le travail et libérer la parole des soignantes
- Veiller à ce que les nouveaux résidents accueillis soient bien adaptés à la structure. Exemples : risque de fugues, comportements agressifs ou opposants, état de santé nécessitant des soins spécifiques type psychiatrie...

Missions et tâches

- Diminuer les tâches administratives pour les soignants
- Mettre en place des fiches de poste avec un référentiel de tâches, obligations et responsabilités associées, et les faire respecter
- Éviter que les ASH ou les « agents sociaux » ne remplacent trop souvent les AS absentes
- Travailler sur l'équilibre et l'équité concernant la répartition des missions, des tâches ou des postes (meilleure répartition de la charge physique et mentale), notamment dans le service hôtellerie / restauration

Organisation du travail

- Favoriser l'esprit d'équipe et de collaboration, l'entraide et la solidarité entre les services, notamment avec le travail en binôme AS – IDE ou les binômes AS pour les cas lourds
- Mettre en place davantage de protocoles afin d'éviter d'appeler le SAMU inutilement
- Prévoir du personnel de remplacement pour les arrêts maladie et les congés, et anticiper le sous-effectif avec des remplacements (en cas d'arrêts maladies renouvelés par exemple)
- Isoler le secteur protégé du reste de l'EHPAD
- Permettre le remplacement des ASH par les AS et auxiliaires de vie en cas de déséquilibre dans l'effectif lié aux absences

Les principales difficultés du travail en EHPAD

Des pressions temporelles fortes

La difficulté la plus saillante mise en évidence par le questionnaire QENA© - EHPAD est celle des pressions temporelles. Le « Rythme de travail » est en effet la dimension qui présente le moins bon score (41,3 sur 100), et l'ensemble des items de cette dimension obtiennent les réponses parmi les plus négatives du questionnaire (entre 47% et 76% de réponses négatives³⁷). Les deux items les moins bien perçus par les professionnels sur la dimension et sur l'ensemble du questionnaire sont :

- L'item 24 : « Les effectifs de personnel sont adaptés à la charge de travail de l'établissement », avec 76% des répondants qui ne sont « Plutôt pas d'accord » ou « Pas du tout d'accord » avec cette affirmation,
- L'item 26 : « Je peux me consacrer pleinement à ce que je fais sans avoir à prendre en charge des imprévus en permanence » avec 63% de réponses négatives.

Par ailleurs, près de 60% des professionnels affirment ne pas avoir suffisamment de temps pour accomplir correctement l'ensemble de leurs tâches professionnelles (item 20) et pour échanger avec les résidents et leur famille (items 22 et 23).

Ces difficultés s'observent d'autant plus chez les professionnels travaillant de manière alternée de jour et de nuit. En effet, sur la dimension « Rythme de travail », ces derniers obtiennent un score de 33,7 contre 41,5 pour les professionnels travaillant uniquement de jour et 50,2 pour ceux qui travaillent uniquement de nuit. Des différences³⁸ existent également chez les professionnels ayant 5 ans d'ancienneté ou plus, qui obtiennent des scores légèrement plus bas sur cette dimension (39,4 sur 100) par rapport aux professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté (43,6 sur 100).

Ces difficultés ayant trait au rythme de travail se retrouvent dans la littérature^{39, 40} et dans les réponses à la question ouverte proposée en fin de questionnaire, dans lesquelles sont pointés le manque de moyens humains lié aux contraintes budgétaires (limitant les possibilités de recrutement) et l'évolution des profils des résidents, plus dépendants, qui nécessitent des prises en soin plus lourdes et plus chronophages. En conséquence, les professionnels perçoivent une intensification du travail et un morcellement des tâches au détriment de la relation humaine et sociale, et considèrent que les effectifs et les temps dédiés à leurs tâches sont insuffisants au regard de leur charge de travail. Le travail en EHPAD est en effet contraint par des impératifs temporels forts à respecter tout au long de la journée (toilettes, repas, coucher). Ces impératifs obligent les professionnels à un exercice d'équilibriste permanent entre ce qui devrait être fait et ce qui peut effectivement l'être en fonction des aléas et des imprévus du quotidien. L'interruption fréquente des tâches, perturbant le travail, augmente d'autant plus la perception de cadences élevées.

³⁷ Correspondent à la somme des réponses « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord ».

³⁸ Toutes les différences entre types de professionnels et d'établissements évoquées dans l'analyse des résultats sont des différences statistiquement significatives c'est-à-dire qu'il y a 95% de chance qu'elles ne soient pas liées au hasard. Un lien statistiquement significatif entre deux variables et l'intensité de ce lien sont déterminés grâce à des indicateurs statistiques tels que le Chi-deux, le test de Student, le V de Cramer, la p value...

³⁹ DECOSTER, A., FORT, A., LEROYER, A., CAMUS, I. & CHABROTEL, B., « Conditions de travail et santé des salariés travaillant auprès des personnes âgées », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 2011, Vol. 72, No. 1, pp13-23

⁴⁰ MARQUIER, Rémy, VROYLANDT, Thomas, CHENAL, Marie, JOLIDON, Pierre, LAURENT, Thibaut, PEYROT, Clémence, STRAUB, Thomas & TOLDRE, Camille, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la Drees*, No. 5, 2016.

« La quantité de tâches à accomplir grandi au détriment de la qualité des soins apportés aux résidents, c'est un constat, et il faudrait solliciter l'avis de nos aînés pour avoir un témoignage fiable du peu de temps que nous avons à leur consacrer individuellement.

Puisque choisir c'est renoncer, vous avez fait le choix que le sous-effectif devienne la norme, au prix de quelques économies.

Nous avons fait le choix de rester là, et tenter d'accomplir la mission que vous nous avez confiée malgré le ternissement de nos valeurs.

En nous privant de moyens humains et en nous laissant doucement nous transformer en automates disciplinés c'est le sens de ce métier qui est en train de se perdre.

Vous savez que notre engagement ne faiblit pas et il reste toujours des agents présents sur le terrain qui entretiennent le mouvement de cette course folle pour répondre à vos exigences d'économie en laissant toujours moins de place à l'essentiel, l'Humain.

Il faut garder les résidents au cœur de nos problématiques, et de leur donner l'accompagnement qu'ils méritent.

Nous avons besoin de personnel pour répondre à cette nécessité.

Merci d'entendre cet appel à l'aide. » (Professionnel soignant, EHPAD)

Un travail exigeant sur le plan physique, mental et émotionnel

La deuxième dimension qui obtient le score le plus faible (52,2 sur 100) est celle des « Exigences liées au travail ». Ainsi :

- 43,6% des professionnels perçoivent la charge physique liée à leur travail peu ou pas acceptable,
- Ils sont 41,3% à estimer que la charge émotionnelle liée à leur travail (situations émouvantes ou déstabilisantes, comportements agressifs...) est peu ou pas acceptable,
- Et l'item 28 portant sur la charge mentale (vigilance, attention, concentration...) obtient 38,9% de réponses négatives.

Ces résultats sont alignés avec la littérature^{41, 42, 43} qui décrit des métiers aux charges physiques, mentales et émotionnelles importantes. D'un point de vue organisationnel, le travail très routinier, très répétitif mais aussi très rythmé, avec des cadences soutenues, accentue la charge mentale (il faut travailler vite et garder en tête ce qu'il y a à faire, les tâches à venir, etc.) et la charge physique des professionnels. Cette dernière est également liée à l'évolution des profils des résidents évoquée précédemment, de plus en plus âgés et dépendants, intensifiant la charge physique dans ces métiers. Ces conditions de travail produisent une sinistralité particulièrement élevée chez les agents de service hospitalier, les aides-soignants, et les AMP et débouchent sur un recours au licenciement pour inaptitude plus fréquent que la moyenne⁴⁴.

Le travail en EHPAD est aussi spécifique par son type de prise en soin : les soignants s'impliquent dans des relations au long-courant et créent souvent des liens affectifs avec les résidents. Si cette spécificité est un aspect de valorisation du métier, elle a également pour effet une forte charge émotionnelle liée à la compassion pour la personne âgée.

⁴¹ Ibid

⁴² PÉLISSIER, Carole, VOHITO, Michel, FORT, Emmanuelle, SELIER, Brigitte, AGARD, Jean-Pierre, FONTANA, Luc & CHARBOTEL Barbara, « Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: A cross-sectional study », *Journal of Occupational Health*, 2015, Vol.57, No. 3, pp.285–296. 3

⁴⁴ SIGNORETTO Camille et VALENTIN Julie (2023), « Quels changements de comportements des employeurs après l'ordonnance travail instituant le barème et modifiant les règles du licenciement ? », *Droit social*, à paraître.

A travers leur réponse à la question ouverte, les professionnels formulent des recommandations pour alléger ces différentes charges : pour la charge physique à travers l'achat de matériel par exemple, pour la charge émotionnelle avec des demandes d'accompagnement par des psychologues, ou pour la charge mentale avec l'allègement de leurs tâches administratives.

Ces métiers pénibles et exigeants manquent de surcroît de reconnaissance salariale selon 45,5% des professionnels qui ont répondu au questionnaire.

« Ce métier, aide-soignante, est un des métiers les plus difficiles que j'ai fait. Il n'est pas assez payé pour le travail fourni, pas assez reconnu, et dans la théorie super en pratique épuisant physiquement, mentalement » (Professionnel soignant, EHPAD)

Des échanges interprofessionnels insuffisants

Certains aspects des dimensions « Circulation de l'information » et « Prise en compte de la parole » se révèlent également très négativement perçus. C'est le cas de l'item 42 qui a trait à la circulation de l'information entre les différents services de l'établissement, perçu négativement par 54,4% des professionnels. Les items 48 et 49 sont également mal notés par plus de 50% des professionnels qui expriment à travers leurs réponses ne pas avoir suffisamment de temps d'échange avec leurs collègues et l'encadrement pour parler de leur travail.

Ces difficultés ont également été mises en évidence à travers les réponses à la question ouverte. En effet, la communication et les échanges au sein de l'établissement est la thématique la plus fréquemment abordée par les professionnels.

« Beaucoup plus d'échanges et de possibilités de discussions interprofessionnelles seraient à mettre en place, afin d'optimiser le travail de chacun et la collaboration interservices. A ce jour, 2 temps de transmissions ne sont pas suffisants. Échanges à thèmes, projets d'animation en interne à partager (évolution positive des projets personnalisés des résidents). Un staff "animation" avec 1 personne de chaque service : transparence, partage d'idées, collaboration, écoute.... Le personnel comme membre à part entière dans le projet d'animation, et par là même, dans le projet de vie de l'EHPAD. » (Professionnel non-soignant, EHPAD)

Cette perception négative peut être liée à l'organisation du travail sur le terrain. Selon la littérature, les managers (infirmière coordinatrice, médecin coordonnateur, direction) sont peu présents au quotidien, et les échanges et le travail en commun entre les différents professionnels, notamment entre les soignants et les autres types de professionnels (médecins, psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, etc.), demeurent restreints⁴⁵. Cette limitation des échanges entre certains professionnels pourrait expliquer les réponses négatives obtenues à ces items. Les pressions temporelles limitent également les temps d'échange avec les collègues, ces temps n'étant pas considérés comme productifs.

Ces aspects négatifs concernent avant tout les temps d'échanges professionnels et la circulation de l'information entre services. D'autres items des dimensions « Prise en compte de la parole » et « Circulation de l'information » sont perçus plus positivement. Par exemple 80,9% des répondants considèrent que les moyens de communication concernant la vie de l'établissement sont adaptés. Ils

⁴⁵ MARQUIER, Rémy, VROYLANDT, Thomas, CHENAL, Marie, JOLIDON, Pierre, LAURENT, Thibaut, PEYROT, Clémence, STRAUB, Thomas & TOLDRE, Camille, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les dossiers de la Drees*, No. 5, 2016.

sont également 78,9% à estimer pouvoir participer aux décisions concernant leur travail, et 75,5% à considérer pouvoir exprimer leur désaccord avec l'encadrement concernant leur travail.

Les ressources des professionnels travaillant en EHPAD

Un travail qui fait sens et un fort attachement à l'établissement

Malgré des conditions de travail difficiles et des exigences fortes, les professionnels des EHPAD ont un rapport très positif à leur travail, lié au sentiment d'exercer un métier riche et porteur de sens. Cette dimension du « Rapport au travail » est en effet celle qui a obtenu le meilleur score, avec 71,7 sur 100. On note ainsi que 95,5% des répondants aiment leur métier, 96,5% le trouvent utile, et 84,6% le trouvent enrichissant.

Ces résultats positifs renvoient notamment au fort sentiment d'utilité sociale ressenti par les professionnels des EHPAD, qui exercent à la fois un rôle indispensable à la société et un métier difficile que peu de personnes pourraient faire. Le sens accordé au travail et l'amour du métier sont des éléments qui montrent que les professionnels témoignent également de valeurs liées leur profession : prendre soin au-delà de soigner, accompagner et soulager les personnes fragiles, donne du sens.

Outre un attachement à leur métier, les professionnels ont un rapport positif à leur établissement. La dimension du « Rapport à l'établissement » est en effet la troisième dimension la mieux notée du questionnaire, avec un score de 67,3 sur 100. Les professionnels interrogés sont ainsi 86,2% à être fiers de travailler dans leur établissement, et les autres items de la dimension du « Rapport à l'établissement » obtiennent entre 73,5% et 78,7% de réponses positives⁴⁶.

Ces résultats peuvent légèrement différer en fonction du type de contrat de travail et de l'ancienneté des professionnels. En effet, les professionnels en CDD et ceux ayant moins de 5 ans d'ancienneté (dans le métier ou dans l'établissement) ont de meilleurs scores sur ces dimensions par rapport aux professionnels en CDI/titulaires et ceux présents depuis 5 ans ou plus.

L'autonomie comme ressource face aux exigences du travail

Le deuxième score le plus élevé est celui de la dimension « Autonomie », avec un score de 68,3 sur 100. Les résultats de cette dimension montrent que la grande majorité des professionnels estiment avoir de l'autonomie au quotidien (93,1% de réponses positives), pouvoir organiser eux-mêmes l'ordre de leurs tâches (85,1% de réponses positives), et avoir des marges de manœuvre dans la manière de réaliser leur travail (73,9%).

L'autonomie est en effet au cœur de l'organisation du travail en EHPAD et les professionnels disposent, dans leur quotidien, d'une grande indépendance vis-à-vis de leurs managers (infirmière coordinatrice, médecin coordonnateur, direction). Les marges de manœuvre et la flexibilité dans la réalisation de leurs missions permettent aux professionnels de répondre aux objectifs et aux caractéristiques du travail en EHPAD : l'individualisation de la prise en charge et la réponse aux urgences et aux imprévus à mener en parallèle des tâches quotidiennes.

La contrainte externe qui pèse sur les soignants est avant tout incarnée par les prescriptions horaires à respecter et par leur nécessaire enchaînement. On remarque d'ailleurs que, dans cette dimension, 30,7% des répondants estiment ne pas pouvoir définir le temps qu'ils consacrent à une tâche déterminée. Ce résultat fait écho au score bas de la dimension « Rythme de travail », évoqué précédemment.

⁴⁶ Correspondent à la somme des réponses « Tout à fait d'accord » et « Plutôt d'accord ».

Il existe cependant des différences de perception en fonction des horaires de travail : les professionnels qui travaillent de jour et de nuit ont un moins bon score sur la dimension de l'autonomie (61,1 soit 7 points de moins que la moyenne). A l'inverse, les professionnels qui travaillent uniquement de nuit ont un score significativement supérieur à la moyenne (74,1 sur 100), ce qui peut s'expliquer par leur activité nocturne, plus solitaire et moins soumise aux contraintes organisationnelles et managériales.

Un métier humainement riche

Un autre aspect positif mis en évidence par les réponses au questionnaire est celui de l'importance des relations humaines dans le travail, que cela soit entre collègues ou avec les résidents et leur famille. Ainsi les relations avec les collègues sont avant tout marquées par le soutien, la confiance, l'écoute et le respect, comme en témoignent les réponses aux items suivants :

- « Je peux compter sur le soutien de mes collègues en cas de difficultés » (item 55) : 82,9% de réponses positives,
- « J'ai une relation de confiance avec les collègues de mon service » (item 54) : 80,2% de réponses positives,
- « Je suis écouté-e par mes collègues quand je m'exprime en équipe » (item 57) : 79,6% de réponses positives,
- « Je suis respecté-e par l'encadrement dans l'exercice de mon travail » (item 51) : 82,5% de réponses positives.

La qualité des relations entre collègues est une ressource indispensable pour répondre au mieux aux contraintes organisationnelles, aux exigences du métier et pour préserver la qualité de vie au travail. La solidarité passe par le partage des tâches et l'appui aux collègues en difficultés : l'entraide est au cœur des stratégies des soignants pour rendre leurs conditions de travail moins difficiles.

Les relations avec les résidents et leur famille au quotidien sont également perçues de manière très positive par les répondants :

- 90,9% des professionnels estiment avoir de bonnes relations avec les familles (item 31),
- 81,7% des professionnels estiment passer régulièrement de bons moments avec les résidents (item 30).

Ces relations humainement riches que les professionnels entretiennent avec leurs collègues et les personnes qu'ils accompagnent, expliquent en partie l'attachement et le sens qu'ils accordent à leur travail, évoqué précédemment.

« [...] Nos personnes âgées sont aussi en demande de sorties extérieures car ça les valorise, ils oublient le temps d'un instant les souffrances de la vieillesse et pour nous personnel de santé, ces moments sont précieux et créent plein de souvenir et une relation de confiance extraordinaire qui nous sert beaucoup dans les prises en soins. » (Professionnel soignant, EHPAD)

Cependant, face aux comportements agressifs de certaines familles, les professionnels témoignent de difficultés et d'un manque de formation, puisque 50,3% des répondants ne sont « Plutôt pas d'accord » ou « Pas du tout d'accord » avec l'affirmation selon laquelle ils sont suffisamment préparés face à cette agressivité (item 33).

Des différences significatives en fonction du métier et du diplôme des professionnels

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

Les croisements des scores par fonctions montrent que les professionnels de l'administration, de la direction et de l'encadrement obtiennent systématiquement de meilleurs scores en comparaison aux professionnels du soin, de l'hébergement et de la fonction technique. Cette observation est également vraie au niveau des items. Elle est particulièrement marquée sur les dimensions « Équilibre vie professionnelle – vie personnelle », « Rythme de travail », « Prise en compte de la parole », « Circulation de l'information » et « Relations avec l'encadrement » : on constate plus de 20 points d'écart sur ces dimensions et jusqu'à 28 points d'écart entre soignants et administratifs sur la dimension « Équilibre vie professionnelle – vie personnelle ».

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces écarts importants dans les résultats. En premier lieu, la nature des activités et des missions confiées à ces professionnels est nettement différente, les soignants et les professionnels de l'hébergement étant plus souvent en contact direct avec les résidents et les familles, avec des charges physiques et émotionnelles plus élevées, et un rythme de travail davantage contraint. À l'inverse, les administratifs et les encadrants sont moins souvent sur le terrain, ce qui leur donne davantage d'autonomie et de souplesse dans leur travail. Par ailleurs, leur statut hiérarchique respectif et leur place dans les différents processus de décision et d'organisation du travail peuvent également expliquer les écarts observés, en particulier sur les dimensions liées à l'autonomie, l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle, à la prise en compte de la parole et aux relations avec l'encadrement.

Les scores QVCT des soignants et des professionnels de l'hébergement et de la fonction technique sont quant à eux assez proches, à l'exception de quelques dimensions⁴⁷.

Un effet protecteur du diplôme

Grâce à l'analyse des résultats, on constate également que les professionnels ayant un diplôme en lien avec leur métier ont un meilleur score QVCT global que ceux qui n'en ont pas, et ce, quelle que soit la fonction qu'ils exercent dans l'établissement. Le diplôme a également un effet protecteur sur 8 des 14 dimensions QVCT du questionnaire QENA⁴⁸, en particulier sur les dimensions « Conditions d'emploi », « Équilibre vie professionnelle – vie personnelle » et « Relations avec l'encadrement ».

C'est particulièrement le cas chez les administratifs et chez les professionnels de la direction et de l'encadrement, pour qui des différences statistiquement significatives entre diplômés et non diplômés apparaissent sur l'ensemble des dimensions (hormis la dimension « Conditions de travail »). Ces différences sont les plus importantes sur la dimension « Rythme de travail » où on constate un écart de 12 points entre le score des diplômés et celui des non diplômés.

Pour les professionnels de l'hébergement et de la fonction technique, l'« effet diplôme » est le plus important sur la dimension « Équilibre vie professionnelle – vie personnelle ». Chez les soignants, cet effet est le plus marqué sur les « Conditions d'emploi », avec des écarts de 9,8 points.

Ces différences de perception de la QVCT entre les diplômés et non diplômés peuvent s'expliquer par des parcours professionnels différents. Si les premiers ont fait des choix de carrière en adéquation avec leur diplôme, les seconds occupent parfois des postes « par défaut » voire contraints, plutôt en lien avec des opportunités d'emploi (remplacements par exemple) dans un contexte de travail qu'ils n'ont pas nécessairement choisi.

L'absence de diplôme peut également générer des difficultés dans les missions et les tâches au quotidien liées au manque de formation (en particulier pour les professionnels non expérimentés), et un sentiment de déconsidération de la part des collègues et de l'encadrement.

⁴⁷ Voir le détail des dimensions sur le radar concerné dans la partie « Scores QVCT en fonction des caractéristiques des répondants »

⁴⁸ Voir le détail des dimensions sur le radar concerné dans la partie « Scores QVCT en fonction des caractéristiques des répondants »

Enfin, les personnels non diplômés subissent des conditions d'emploi moins favorables que les professionnels diplômés (rémunérations, type de contrat de travail plus précaires...).

Des différences significatives en fonction des caractéristiques des établissements

Des croisements ont également été réalisés avec les caractéristiques des établissements participants. Certaines caractéristiques, présentées ci-dessous, ont un effet statistiquement significatif sur la perception de la QVCT des professionnels qui y exercent.

Il ressort notamment que la localisation de l'établissement a un impact significatif sur la QVCT des professionnels qui y exercent. En effet, on constate de meilleurs scores QVCT sur le score global et sur la plupart des dimensions dans les établissements implantés dans une commune rurale⁴⁹ par rapport aux établissements implantés dans une commune urbaine. Cette différence est particulièrement marquée sur les dimensions « Autonomie », « Rythme de travail » et « Conditions d'emploi » sur lesquelles on note environ 10 points d'écart entre les scores de ces deux types d'établissements.

La taille de l'établissement dans lequel les professionnels exercent a également un impact sur la perception de la qualité de vie au travail. Ainsi, dans les plus grands établissements (85 places ou plus), les scores QVCT sont moins bons, en particulier sur les dimensions « Équilibre vie professionnelle – vie personnelle » (12 points d'écart), « Autonomie » (11 points d'écart) et « Prise en compte de la parole » (9 points d'écart).

Dans les établissements à grande capacité d'accueil, on peut faire l'hypothèse que des difficultés spécifiques sont rencontrées par les professionnels : une organisation plus rigide et cloisonnée, moins d'écoute et de possibilité d'échanges du fait des effectifs plus importants, et moins de proximité avec l'encadrement que sur des établissements de taille plus restreinte.

Enfin, la présence d'un référent QVCT sur l'établissement améliore les scores QVCT des professionnels qui y exercent, en particulier sur les dimensions « Conditions d'emploi » (10 points d'écart), « Prise en compte de la parole » et « Rythme de travail » (7 points d'écart).

La présence d'un référent QVCT témoigne de la prise en compte de ces problématiques de la part des établissements, et peut influencer sur la perception des professionnels de leur QVCT. Par ailleurs, la présence de ce référent et les actions qu'il mène en matière de prévention semblent également avoir un effet bénéfique sur la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels.

En synthèse sur les résultats QVCT QENA© - EHPAD

- ⇒ D'importantes difficultés au niveau du rythme de travail, avec des pressions temporelles fortes et un manque de moyens humains
- ⇒ Un manque de temps qui a pour conséquence des échanges interprofessionnels insuffisants
- ⇒ Un travail en EHPAD très exigeant sur le plan physique, mental et émotionnel mais une forte autonomie et un métier humainement riche comme ressources pour faire face à ces exigences
- ⇒ Un travail qui fait sens malgré tout et un fort attachement à l'établissement
- ⇒ Une bien meilleure perception de la QVCT chez les professionnels de l'administration, de la direction et de l'encadrement
- ⇒ Un effet protecteur du diplôme sur la perception de la QVCT chez tous les types de professionnels
- ⇒ Une meilleure QVCT en fonction de plusieurs caractéristiques d'établissement : dans les établissements ruraux, dans les établissements de moins de 85 places et dans ceux ayant nommé un référent QVCT

⁴⁹ La commune d'implantation est rurale si sa population est inférieure à 2000 habitants ou urbaine si sa population est supérieure à 2000 habitants.

Deuxième partie

Expérimentation QENA© - DOM dans les Landes

**Objectifs, méthode de construction et de
déploiement, résultats détaillés, analyse et
discussion des résultats de l'enquête QENA© -
DOM**



AXE 2 – DEVELOPPEMENT ET DEPLOIEMENT DE QENA© - DOM

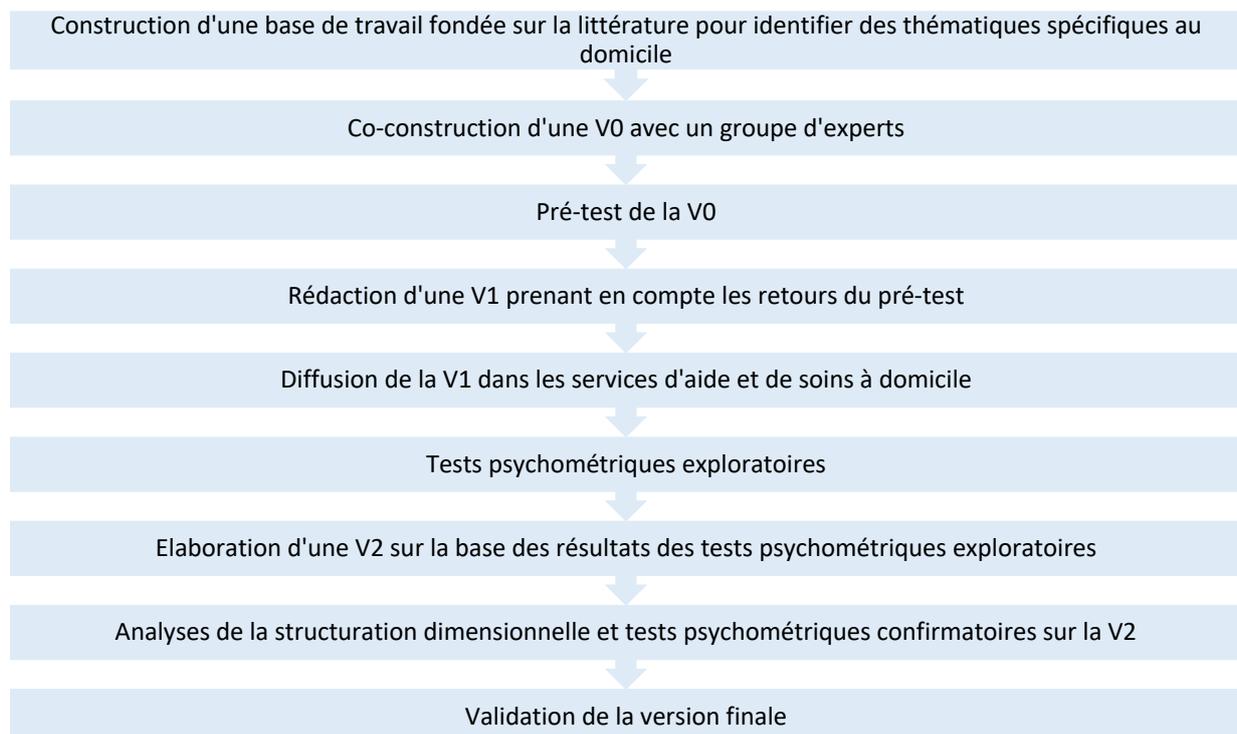
Objectifs

Les objectifs de l'axe 2 étaient les suivants :

- Co-construire et valider statistiquement un outil de mesure de la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) des professionnels des services d'aide et de soins à domicile (SSIAD, SAAD, SPASAD) ;
- Proposer à chaque structure du domicile du département des Landes la passation numérique du questionnaire QENA© - DOM sur l'ensemble de ses salariés ;
- Fournir un diagnostic QVCT précis et détaillé à chaque structure participante afin de permettre aux professionnels et aux équipes de direction d'identifier des points d'alerte, des repères et des leviers d'action en faveur de la QVCT sur leur établissement.
- Fournir un diagnostic QVCT global, précis et détaillé à l'échelle du territoire des Landes à travers les résultats de l'ensemble des SAAD, SSIAD et SPASAD participants

Construction et validation du questionnaire QENA© - DOM

La construction et la validation du questionnaire QENA© – Domicile a suivi les étapes suivantes :



1- Revue de littérature et identification des thématiques manquantes dans QENA© - EHPAD

En amont du travail avec le groupe d'experts, une revue de littérature a été réalisée. Cette dernière avait pour objectif de déterminer les spécificités du contexte de travail des professionnels intervenant à domicile en SAAD, SSIAD et SPASAD, et ainsi d'identifier les thématiques manquantes dans le questionnaire QENA© - EHPAD afin de construire un questionnaire de mesure de la QVCT s'adressant spécifiquement à ces professionnels (auxiliaires de vie, aides à domicile, infirmières à domicile, aides-soignantes à domicile, agents de portage des repas...).

Les éléments ci-dessous détaillent ces spécificités, repérées dans la littérature et absentes du questionnaire QENA© – EHPAD.

Une mauvaise qualité de l'emploi et des conditions de travail difficiles

Tout d'abord, les professionnelles⁵⁰ exerçant dans le secteur de l'aide et des soins à domicile sont confrontées à une mauvaise qualité de l'emploi^{51,52}. Exerçant des métiers précaires et fortement féminisés, les rémunérations sont faibles malgré des amplitudes horaires importantes et une forte pénibilité du travail. Par ailleurs, les intervenantes du domicile se voient le plus souvent proposer des contrats de travail à durée déterminée et à temps partiel, malgré leur volonté d'occuper un emploi fixe et à temps plein^{53,54,55}.

L'éclatement des espaces (lieux de travail multiples) et du temps de travail (horaires fractionnés) sont notamment mis en avant comme des freins à de bonnes conditions de travail pour les intervenantes du domicile. Les professionnelles sont confrontées à une forte emprise du travail et à d'importantes contraintes temporelles. En effet, elles doivent composer avec de larges amplitudes horaires, tout en ayant peu de temps de travail réellement rémunéré puisque le calcul de leur temps de travail prend uniquement en compte les temps effectifs d'intervention et ne comptabilise pas ou peu les temps de déplacements et d'échanges. Les contraintes temporelles sont par ailleurs liées à la rareté ou l'absence de pauses pendant le travail, aux horaires décalés ou fragmentés, au travail le week-end, aux difficultés à faire respecter la durée des interventions, et à la flexibilité et l'adaptation permanente demandée aux intervenantes. De plus, les professionnelles sont confrontées à des pressions temporelles importantes, avec des cadences soutenues et un rythme de travail intense^{56,57}.

Les intervenantes du domicile sont également confrontées à une forte charge physique, notamment liée à la manutention (réalisée seule) et aux postures fatigantes. Elles sont aussi exposées à une charge émotionnelle importante tenant au fait d'accompagner des personnes fragilisées, et à la difficulté à trouver la bonne distance (en particulier pour les professionnelles non formées) entre la manifestation de leur « attachement » à la personne aidée, et la préservation de soi (se protéger de situations où leurs affects sont mobilisés). Au-delà des exigences physique et émotionnelle de ces métiers, la gestion de la relation avec les personnes accompagnées est parfois délicate et demande un « effort relationnel ». En effet, soutenir moralement les personnes accompagnées est l'une des fonctions explicites des aides à domicile, avec des interactions longues et répétitives, et des demandes de contacts pouvant être pesantes.

Les professionnelles du domicile peuvent en outre avoir des relations conflictuelles avec les bénéficiaires ou leur entourage, et faire face à des injonctions parfois contradictoires (entre le plan

⁵⁰ Les intervenants exerçant dans le secteur de l'aide et des soins à domicile étant très majoritairement des femmes, nous avons choisi de rédiger cette partie au féminin.

⁵¹ MARQUIER, Rémy et NAHON, Sandra. Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. Solidarité santé. Etudes statistiques, 2012, no 30.

⁵² DEVETTER, François-Xavier, MESSAOUDI, Djamel, et FARVAQUE, Nicolas. Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. Revue française des affaires sociales, 2012, no 2, p. 244-268.

⁵³ ibid

⁵⁴ KULANTHAIVELU, E. et THIÉRUS, L. Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi. Dares analyses, 2018, vol. 38, no 8, p. 1-12.

⁵⁵ DIRECCTE Hauts-de-France, « Santé au travail : aide à domicile et hébergement médicalisé dans les Hauts-de-France », janvier 2020

⁵⁶ MESSAOUDI, D., FARVAQUE, N., et LEFEBVRE, M. Les conditions de travail des aides à domicile : pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel. Dossiers solidarité et santé, 2012, no 30, p. 5-28.

⁵⁷ DARES Analyses, « Quels risques psychosociaux chez les salariées de l'aide à domicile ? », n°53, octobre 2021

d'aide, les besoins des bénéficiaires, les demandes des familles...) ou des formes de violences allant de gestes ou de comportements déplacés à des agressions verbales ou physiques^{58, 59, 60}.

Travailler au domicile des personnes accompagnées : la question des déplacements et de l'environnement de travail

Travailler au domicile des personnes implique deux spécificités au cœur de ces métiers : celle des déplacements pour se rendre chez les personnes accompagnées, et celle de l'environnement de travail particulier : les logements des bénéficiaires. Ce contexte singulier a des implications sur plusieurs dimensions de la qualité de vie et des conditions de travail de ces professionnelles.

Tout d'abord, la question des déplacements sur la voie publique, que ce soit avec un véhicule, à pied ou par les transports en commun peut être un facteur de risques supplémentaire : risques de chute ou de glissade, prise de risques sur la route et risques d'accidents en raison des pressions temporelles sont à prendre en compte. L'utilisation des véhicules personnels peut également impliquer des risques en cas de véhicule en mauvais état.

Les déplacements peuvent aussi représenter des difficultés supplémentaires : en cas de conditions météorologiques défavorables (notamment lorsqu'ils sont faits à pied ou en transport en commun), de difficulté de stationnement, d'embouteillages, de distances importantes à parcourir (notamment en milieu rural). Ils pèsent par ailleurs sur le rythme de travail, avec des temps de déplacement programmés parfois trop courts, qui impliquent des retards pris dans les tournées. La prise en compte des déplacements est parfois biaisée car ces derniers sont estimés au nombre kilomètres parcourus et non au temps passé, ce qui peut être problématique en cas d'embouteillages ou d'utilisation de modes de déplacements différents de la voiture. Cette problématique est également un obstacle à la bonne indemnisation des temps de déplacements des professionnelles.

Autre spécificité au cœur de ces métiers, les logements des personnes accompagnées, qui constituent l'environnement principal de travail des professionnelles du domicile. Ce cadre de travail spécifique, sur lequel les professionnelles n'ont pas de maîtrise, peut générer des difficultés dans la réalisation du travail. C'est le cas par exemple lorsque les personnes accompagnées n'ont pas le matériel et les produits nécessaires ou que les équipements sont insuffisants ou vétustes. Les logements en eux-mêmes peuvent aussi être en état d'insalubrité, ou être dans des états dégradés (électricité, sols, chauffage et ventilation...), et les difficultés peuvent également être liées à la configuration des domiciles : l'exiguïté du logement ou l'agencement des espaces peuvent ainsi rendre le travail plus compliqué⁶¹.

La localisation des logements peut finalement être problématique en raison de leur environnement géographique (fréquentations du quartier et sentiment d'insécurité par exemple) ou de leur inaccessibilité.

Un isolement des professionnelles mais une coordination nécessaire avec les autres intervenantes du domicile

Une autre caractéristique notable des métiers du secteur de l'aide et des soins à domicile correspond au fait que les professionnelles travaillent seules au domicile des personnes. Cette caractéristique de

⁵⁸ DEVETTER, François-Xavier, MESSAOUDI, Djamel, et FARVAQUE, Nicolas. Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 2012, no 2, p. 244-268.

⁵⁹ DIDIER, Pierrine, POCHE, Pascal, ZOUBIR, Ayman, et al. Mobilités spatiales et conditions de travail des soignants réalisant des soins à domicile en région Auvergne-Rhône-Alpes. 2022. Thèse de doctorat. LAET (Lyon, France).

⁶⁰ MARQUIER, Rémy et NAHON, Sandra. Les conditions de travail des aides à domicile en 2008. *Solidarité santé. Etudes statistiques*, 2012, no 30.

⁶¹ AVRIL, Christelle. Le travail des aides à domicile pour personnes âgées : contraintes et savoir-faire. *Le mouvement social*, 2006, vol. 216, no 3, p. 87-99.

l'emploi sous-tend une exigence d'autonomie importante dans le travail et dans la réalisation des tâches quotidiennes, nécessitant des compétences singulières de savoir-faire et de savoir-être. Si l'autonomie peut être perçue comme un atout dans l'exercice d'un métier, les intervenantes du domicile expriment souvent un sentiment d'isolement dans leur travail, et cette solitude peut devenir problématique en cas d'imprévu, d'urgence, de situations critiques ou de tâches lourdes à réaliser⁶². Les intervenantes peuvent alors être amenées à improviser et faire face à ces situations sans bénéficier du soutien de collègues ou de la hiérarchie.

Il apparaît d'ailleurs que le soutien social dans ces professions est assez faible en raison de l'éclatement du collectif de travail : le travail s'exerce de manière très isolée, et les temps de réunions sont peu fréquents.

Malgré ce travail solitaire, les professionnelles doivent travailler en coordination avec les autres intervenants à domicile. Les infirmières sont de surcroît dans une forme de dépendance vis-à-vis des autres professionnels dans l'exercice de leur activité, en particulier vis-à-vis des médecins. La communication est parfois difficile, mais la prise en compte des observations faites par les autres intervenants est nécessaire pour délivrer des soins et un accompagnement de qualité. La coordination entre les différents acteurs du champ sanitaire et médico-social est ainsi centrale dans l'exercice de ces métiers.

Un travail perçu comme naturel, peu reconnu et peu valorisé socialement

Peu soutenues dans leur environnement de travail, les intervenantes du domicile sont également peu valorisées socialement. Perçu comme un travail « naturel » (travail au domicile, perçu comme banalement quotidien et non qualifié) ou confondu avec les services à domicile de « confort », la pénibilité de ces métiers est peu reconnue par les personnes accompagnées, leur entourage, les autres professionnels du domicile, voire les professionnelles elles-mêmes⁶³.

La problématique du « glissement de tâches » est également mise en évidence dans la littérature : les professionnelles peuvent en effet recevoir des demandes de la part de la personne accompagnée ou de son entourage pour des actes qui ne relèvent pas du rôle de l'aide à domicile (des soins ou des tâches ménagères spécifiques par exemple)⁶⁴. Ces situations de glissements de tâches ou de dépassements de leur périmètre de compétences les exposent à des risques, tant pour elles que pour les bénéficiaires. Les intervenantes du domicile peuvent également être confrontées à des injonctions contradictoires entre bénéficiaires et entourage, et responsable de secteur et manquer ainsi de clarté sur les missions qu'elles doivent effectuer.

De plus, la qualité du travail est « cachée » puisqu'elle reste au domicile. Ainsi, la hiérarchie ne la constate pas, et la reconnaissance repose uniquement sur les appréciations des bénéficiaires et de leur entourage. Le manque de reconnaissance empêche parfois les salariées de donner un sens positif à leur travail.

Au-delà du manque de reconnaissance et des problématiques de définitions de tâches peuvent s'ajouter des discriminations de la part des bénéficiaires en raison du profil des personnes exerçant ces métiers (peu qualifiées, femmes seules avec enfants, d'origine immigrée, ayant eu des périodes de chômage fréquentes, ayant un conjoint sans emploi, etc.).

⁶² DUSSUET, Annie. Santé au travail et prévention des risques professionnels dans les associations d'aide à domicile. La Revue de l'IRE, 2013, no 3, p. 77-97.

⁶³ *ibid*

⁶⁴ MESSAOUDI, D., FARVAQUE, N., et LEFEBVRE, M. Les conditions de travail des aides à domicile : pénibilité ressentie et risque d'épuisement professionnel. Dossiers solidarité et santé, 2012, n° 30, p. 5-28.

Le contenu du travail permet néanmoins aux professionnelles de donner un sens positif à leur activité. Ne se résumant pas aux tâches ménagères mais aussi au travail du « prendre soin », la satisfaction tient à l'aide apportée aux personnes fragiles et au rôle social rempli vis-à-vis de ces dernières. Et si les tâches peuvent paraître monotones, la « personnalisation » de l'activité et l'individualisation du travail à travers la prise en compte des particularités des personnes aidées permet de donner du sens et de l'intérêt aux activités réalisées. Le fort investissement social vis-à-vis des bénéficiaires est un élément important de valorisation du travail. Le sens accordé au travail peut cependant être compromis quand les professionnelles sont face au dilemme de la « qualité empêchée ». Le manque d'informations et de communication, de formation ou des moyens nécessaires pour bien faire son travail peuvent donner le sentiment de ne pas le réaliser correctement.

L'ensemble de ces éléments témoignent de conditions de travail difficiles, qui peuvent compromettre l'engagement de la part des professionnelles. Les contraintes temporelles notamment, limitent les possibilités d'engagement professionnel, et, pour beaucoup, les interventions au domicile représentent une activité d'appoint seulement. Les salariées qui sont engagées dans un parcours de professionnalisation aspirent souvent à quitter le secteur de l'aide à domicile⁶⁵. En effet, des études montrent que la formation et la professionnalisation des salariées sont corrélées avec la dégradation des conditions de travail de ces dernières, qui sont amenées à travailler avec les personnes les plus fragiles, sur les tâches les plus complexes. Ce constat peut expliquer la difficulté de fidélisation des professionnelles les plus formées.

2- Co-construction du questionnaire QENA© - DOM avec le groupe d'experts

La construction du questionnaire QENA© - DOM a été réalisée avec l'appui d'un groupe d'experts sur la base du questionnaire QENA© - EHPAD et de la revue de la littérature sur la qualité de vie et les conditions de travail spécifiques aux professionnels du secteur du domicile (présentés ci-dessous).

Les experts du groupe de travail ont été identifiés avec l'appui du Département des Landes. Ils ont été sélectionnés pour leur connaissance du sujet ou leur légitimité à exprimer un avis dans le cadre du processus d'adaptation du questionnaire QENA© - EHPAD. La majorité des experts sollicités sont des professionnels exerçant dans des services d'aide ou de soins à domicile (IDEC, référente de secteur, pilote cellule QVCT, auxiliaires de vie, directeurs...). Le responsable scientifique du projet QENA© - DOM, en tant qu'expert académique sur la QVCT, et une référente du programme « Aidant / Aidé » ont également participé à ce groupe.

Quatre réunions ont permis au groupe d'experts d'adapter le questionnaire QENA© - EHPAD, en sélectionnant les items à conserver, en ajoutant des items spécifiques en fonction des thématiques identifiées comme manquantes, et en modifiant certains items afin qu'ils s'ajustent au mieux à la réalité des contextes de travail des professionnels du domicile. Les questions de profil ont également été travaillées avec le groupe d'experts.

Le travail du groupe d'experts participe directement à la validation scientifique de l'outil, à travers leur appréciation de sa validité de contenu et de face.

3- Pré-test de la version 0 du questionnaire QENA© - DOM

A l'issue du travail avec le groupe d'experts, la V0 du questionnaire QENA© - DOM a été rédigée par l'équipe projet et soumise à la validation des experts.

⁶⁵ DEVETTER, François-Xavier, MESSAOUDI, Djamel, et FARVAQUE, Nicolas. Contraintes de temps et pénibilité du travail : les paradoxes de la professionnalisation dans l'aide à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 2012, no 2, p. 244-268.

À la suite de cette validation, la V0 a été pré-testée en mai 2023 dans un SAAD privé de Gironde et dans un SSIAD associatif de Charente. Au total, 16 professionnels aux profils variés ont pré-testé le questionnaire (9 professionnels en SAAD, 7 professionnels en SSAID) afin de vérifier sa lisibilité, sa pertinence, sa clarté et le temps de passation moyen. Le pré-test participe donc également à la validation scientifique de l'outil, à travers l'appréciation de sa validité de face.

Grâce aux retours des pré-testeurs, des modifications mineures ont été apportées à l'outil, aboutissant à une V1 du questionnaire QENA© - DOM.

Cette V1 a ensuite été soumise à l'expérimentation dans tout le département des Landes à travers une grande enquête QVCT en ligne.

4- Analyses psychométriques exploratoires sur la V1 et rédaction de la V2

Les analyses statistiques réalisées sur le questionnaire V1 grâce à la base de données constituée lors de la grande enquête QVCT en ligne sont présentées dans le tableau ci-dessous. Elles ont permis de mesurer les qualités psychométriques de l'outil.

Analyses statistiques réalisées sur la V1

Type de test	Données manquantes	Valeurs extrêmes	Corrélations entre items - corrélations de Spearman	Indice de reproductibilité	Modèle GRM		
					Corrélation inter-item ajusté	ICC (<i>Item Characteristic Curves</i>)	Discrimination
Seuils utilisés	Supérieurs à 5%	Supérieure à 70%	Coefficient supérieur à 0,7	Kappa de Cohen inférieur ou égal à 0,4	Coefficient inférieur à 0,3	Inférieur à 0,75% de l'information totale	Pente inférieure à 0,65
Interprétation	L'item est mal compris ou peu adapté	L'item génère une faible variabilité des réponses	Deux ou plusieurs items sont corrélés entre eux et potentiellement redondants	Les réponses apportées à l'item entre deux passations rapprochées se ressemblent peu : item peu stable	L'item est incohérent avec l'ensemble des autres items du questionnaire	L'item contribue peu à l'information globale : il est peu informatif	L'item ne permet pas de différencier des profils de répondants

Les différents tests effectués ont mis en évidence que :

- Le questionnaire présente une bonne acceptabilité :
 - o Faible taux de données manquantes : aucun item n'a un pourcentage de données manquantes supérieur à 4%, et seuls 3 items ont un pourcentage de données manquantes supérieur à 2%
 - o Bonne variabilité des réponses : aucun item ne présente un pourcentage de réponses de la valeur la plus basse supérieur à 40%, seuls deux items ont un pourcentage de réponses de la valeur la plus haute supérieur à 60%
- Le questionnaire présente une bonne fiabilité : le questionnaire mesure bien un seul et même concept à travers les relations que chaque item entretient avec les autres. L'analyse en composante principale (ACP) donne une valeur propre (part de l'information des composantes par rapport au total de l'information) de la 1^{ère} composante très forte en rapport aux autres composantes, ce qui valide l'hypothèse d'unidimensionnalité ; un seul item présentait un coefficient de corrélation inter-item ajusté <0,3
- Les items sont pour la plupart reproductibles (Kappa de Cohen >0,4)
- Aucun item ne présente une discrimination faible ou très faible
- La quasi-totalité des items présentent une bonne qualité informative : un seul item présente un pourcentage d'ICC <0,75%

Les analyses ont permis d'identifier les items potentiellement problématiques (faible variabilité des réponses, apport d'information insuffisant, redondance des items, faible reproductibilité). Sur cette base, 14 items ont ainsi été supprimés par le groupe d'experts, faisant passer le questionnaire de 81 à 67 questions sur la QVCT. C'est sur cette deuxième version du questionnaire (V2) qu'ont été réalisées les analyses statistiques suivantes.

5- Analyses de la structuration dimensionnelle du questionnaire

Le but de cette étape était de déterminer comment se structure le questionnaire en dimensions (ou facteurs) sur la base des tests d'analyse factorielle. Il s'agissait d'explorer la structure sous-jacente des données afin de vérifier si l'on pouvait obtenir un meilleur modèle avec les statistiques d'ajustement, c'est-à-dire une meilleure structuration dimensionnelle que celle de la V2.

L'analyse factorielle exploratoire a permis, à travers différentes méthodes (méthodes des valeurs propres >1, MAP et PARALLEL), de proposer un découpage du questionnaire en un certain nombre de facteurs (ou dimensions) en fonction des corrélations et de la force des liens entre les items.

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

Le nombre de dimensions proposé par les différentes approches était variable, allant de 10 pour l'approche PARALLEL à 14 pour la version V2 du questionnaire ou 15 pour l'approche MAP. L'analyse factorielle confirmatoire évaluait ces différentes approches à travers 8 critères.

Les critères principaux d'évaluation sont :

- Le RMSEA ou erreur quadratique moyenne de l'approximation, dont le seuil doit être $\leq 0,06$ pour être satisfaisant
- Le SRMR ou racine du carré moyen d'erreur standardisée (seuil $\leq 0,08$)
- Le CFI ou index d'ajustement comparatif (seuil $\geq 0,95$)

D'autres critères sont également présentés :

- Le TLI : Tucker–Lewis index (seuil $\geq 0,95$)
- Le RNI : Relative Noncentrality Index (seuil $\geq 0,95$)
- L'IFI : Incremental fit index (seuil $\geq 0,95$)

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

Analyses factorielles confirmatoires pour chaque approche

Critère d'évaluation Version (Nombre de facteurs)	RMSEA	CFI	TLI	RNI	IFI	SRMR
V2 (F=14)	0.053	0.986	0.984	0.985	0.979	0.063
Valeurs propres (F=13)	0.055	0.973	0.973	0.971	0.968	0.071
MAP (F=15)	0.055	0.979	0.981	0.981	0.979	0.065
PARALLEL (F=10)	0.084	0.949	0.949	0.951	0.952	0.087

Ces explorations statistiques ont dévoilé que le questionnaire V2 était bien structuré puisqu'il a obtenu les meilleurs résultats aux tests des analyses factorielles confirmatoires, en comparaison aux autres

structurations proposées par l'analyse factorielle exploratoire. Une autre version, avec un autre découpage proposé par l'analyse exploratoire (la version MAP), a également obtenu de bons résultats aux différents tests.

Les deux versions ayant obtenus les meilleurs résultats (V2 et MAP) ont été comparées et analysées afin d'en choisir une, ou de construire une nouvelle version mixant la V2 et la MAP. Il a finalement été décidé par l'équipe projet de conserver la V2 comme version définitive. En effet, en plus d'être la version qui obtient les meilleurs résultats à l'analyse factorielle confirmatoire, la V2 apparaît comme la plus cohérente, la plus équilibrée et la plus lisible.

6- Analyses psychométriques confirmatoires et validation de la version finale

Principaux résultats des tests sur la version définitive de l'outil :

Les principaux résultats aux tests réalisés sur la version définitive de l'outil (V2) sont les suivants :

- Taux de données manquantes : aucun item n'a un pourcentage de données manquantes supérieur à 4%, et seuls 3 items ont un pourcentage de données manquantes supérieur à 2%
- Variabilité des réponses : aucun item ne présente un pourcentage de réponses de la valeur la plus basse supérieur à 40%, seuls deux items ont un pourcentage de réponses de la valeur la plus haute supérieur à 60%
- Validité informative : aucun item de la version définitive ne présente un coefficient de corrélation inter-ajusté <0,3
- Consistance interne : Coefficient de Cronbach global = 0,97 (seuil \geq 0,7) ; Rhô de Jöreskog global = 0,99 (seuil > 0,7) ; Coefficients de Spearman : aucune corrélation au-dessus de 0,7

Coefficients de Cronbach par dimension

Dimensions	Coefficients de Cronbach	Dimensions	Coefficients de Cronbach
Les conditions de travail (5 items)	0.78	L'autonomie (4 items)	0.80
Les conditions d'emploi (6 items)	0.78	La circulation de l'information (5 items)	0.90
L'équilibre vie professionnelle –vie personnelle (7 items)	0.82	La prise en compte de la parole (4 items)	0.83
Les missions (5 items)	0.84	Les relations avec l'encadrement (4 items)	0.87
Le rythme de travail (5 items)	0.81	Les relations avec les collègues (4 items)	0.77
Les exigences liées au métier (3 items)	0.77	Le rapport au travail (6 items)	0.84
Le travail relationnel (4 items)	0.72	Le rapport à l'établissement (5 items)	0.88

Rhô de Jöreskog par dimension

Dimensions	Rhô de Jöreskog	Dimensions	Rhô de Jöreskog
Les conditions de travail (5 items)	0.78	L'autonomie (4 items)	0.81
Les conditions d'emploi (6 items)	0.79	La circulation de l'information (5 items)	0.89
L'équilibre vie professionnelle –vie personnelle (7 items)	0.81	La prise en compte de la parole (4 items)	0.82
Les missions (5 items)	0.83	Les relations avec l'encadrement (4 items)	0.89
Le rythme de travail (5 items)	0.79	Les relations avec les collègues (4 items)	0.76
Les exigences liées au métier (3 items)	0.79	Le rapport au travail (6 items)	0.80
Le travail relationnel (4 items)	0.71	Le rapport à l'établissement (5 items)	0.88

Validation de la version définitive

Les analyses psychométriques réalisées sur cette dernière version permettent d'affirmer que l'outil construit est fiable et valide, dans la mesure où l'ensemble des items concourent à mesurer un même concept, et où chacune des questions posées apporte une information suffisamment spécifique et utile à la mesure de ce concept. Cela signifie que les réponses aux items du questionnaire se regroupent sur un même endroit dans la cible désirée de mesure (voir illustration ci-dessous).

Schématisation du principe de la fiabilité et de la validité d'une mesure



- La fiabilité d'un questionnaire représente la capacité de l'outil à donner les mêmes résultats, quelles que soient les conditions d'application de cet outil (et en l'absence de variations objectives dans le contexte étudié). Sur le schéma ci-dessus, la fiabilité est représentée par le regroupement de l'ensemble des points sur une même zone de la cible.
- La validité représente quant à elle la capacité d'un outil à mesurer ce qu'il prétend mesurer (dans le cas de ce projet : la QVCT). Sur le schéma, la validité est représentée par le positionnement de tous les points dans la cible.

Les tests de fiabilité et de validité réalisés permettent de s'assurer que tous les points sont bien regroupés au centre de la cible dans cette schématisation. L'outil final mesure donc bien la qualité de vie et les conditions de travail des professionnels du domicile de manière fiable et avec justesse.

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

Le questionnaire QENA© - DOM validé

Le questionnaire QENA© - DOM co-construit et validé dans le cadre du projet QENA© Landes comporte 67 questions réparties dans 14 dimensions détaillées ci-dessous :

Dimension 1 : Conditions de travail	Dimension 8 : Autonomie
Dimension 2 : Conditions d'emploi	Dimension 9 : Circulation de l'information
Dimension 3 : Équilibre vie professionnelle- vie personnelle	Dimension 10 : Prise en compte de la parole
Dimension 4 : Missions	Dimension 11 : Relations avec l'encadrement
Dimension 5 : Rythme de travail	Dimension 12 : Relations avec les collègues et les autres intervenants du domicile
Dimension 6 : Exigences liées au travail	Dimension 13 : Rapport au travail
Dimension 7 : Travail relationnel	Dimension 14 : Rapport à la structure

Les modalités de réponses du questionnaire sont les mêmes sur tous les items afin de faciliter la lecture du questionnaire et la démarche de réponse. Elles se composent d'une échelle sémantique d'accord à

4 modalités (« Tout à fait d'accord », « Plutôt d'accord », « Plutôt pas d'accord », « Pas du tout d'accord »).

Le questionnaire est également complété d'un item sur la qualité de vie au travail en général (item 68), de 12 questions de profil permettant de caractériser le profil sociodémographique du répondant et d'une question ouverte en fin de questionnaire afin de recueillir les suggestions des professionnels pour l'amélioration de leur qualité de vie au travail.

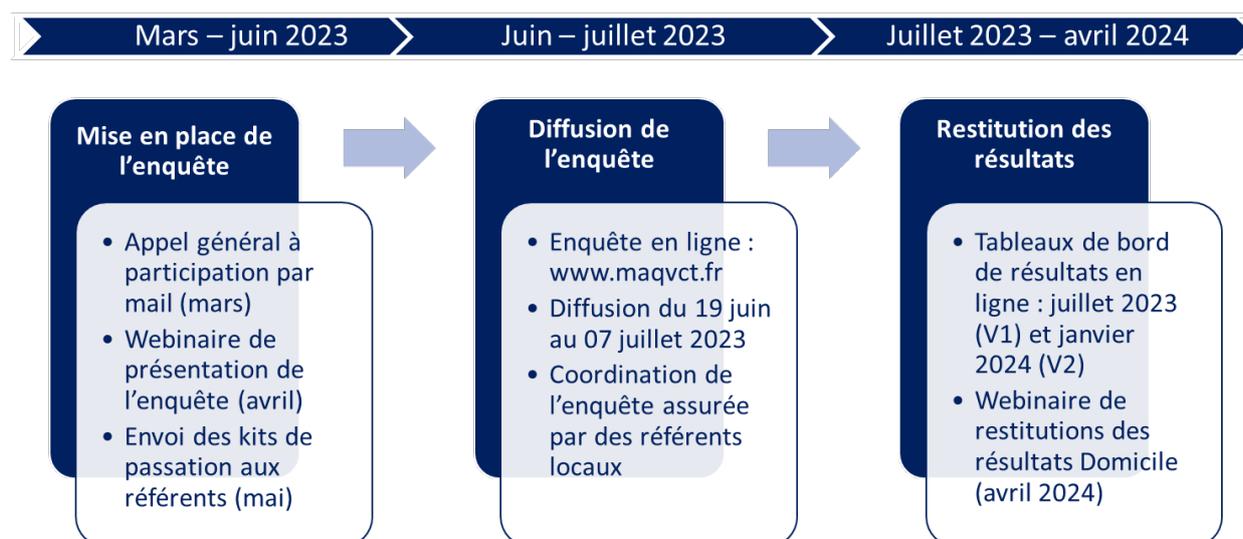
Le temps de passation du questionnaire est en moyenne de 9 minutes.

Tous les professionnels sont ciblés par le questionnaire QENA© - DOM, quels que soient leur profession ou leur statut, travaillant de jour comme de nuit, à temps plein ou à temps partiel. Les personnels en CDD ou intérimaires présents au moment de l'enquête sont également inclus, ainsi que les professionnels libéraux travaillant en SSIAD.

Les modalités de mise en œuvre, de diffusion et de restitution de l'enquête QENA© - DOM sont similaires à celles détaillées dans l'axe 1 (QENA© - EHPAD).

Déroulement du volet QENA© - DOM

Le déploiement de l'enquête a suivi les étapes suivantes :



1- Mise en place de l'enquête auprès des structures landaises

L'enquête QVCT via le questionnaire QENA© - DOM a été officiellement annoncée à l'occasion de la présentation de la feuille de route « Attractivité des métiers de l'accompagnement » en mars 2023. Un appel à participation a ensuite été réalisé par le Département des Landes et relayé par ses partenaires (Centre de Gestion des Landes – CDG40, fédérations...). Les structures se sont inscrites au projet sur la base du volontariat.

Sur chaque structure inscrite, un « référent QENA© » a été identifié. Ce dernier avait la responsabilité de la coordination de l'enquête au sein de sa structure. Ses rôles étaient notamment d'informer et de communiquer autour du projet et de l'enquête QVCT auprès des salariés, de diffuser le lien URL et le QR Code du questionnaire à tous les professionnels de son établissement et d'inciter les professionnels à répondre au questionnaire.

Trois webinaires de présentation du projet et de l'enquête ont eu lieu entre fin avril et début mai 2023. Ils ont été conduits par l'équipe opérationnelle du projet QENA© et présentaient aux référents le contexte du projet, ses objectifs, le déroulement de l'enquête et les différents outils mis à leur disposition par l'équipe projet à travers le « kit de passation QENA© », fourni à chacun d'entre eux. Ce kit contenait notamment des supports de communication (affiches, flyer, modèles de mails, modèles de SMS, QR Code...) ainsi que le guide de passation et la charte d'utilisation du questionnaire QENA© - EHPAD.

En amont du lancement de l'enquête, des données « socio-organisationnelles » ont par ailleurs été recensées auprès des structures participantes à travers un « cahier d'indicateurs QENA© » (nom de la structure, structure de l'effectif, indicateurs RH type turn-over, absentéisme, présence d'un référent QVCT...). Ces données ont été utilisées afin de caractériser l'échantillon des structures participantes et seront utilisées dans la phase 2 afin de croiser les données de ces structures avec les scores QVCT, afin d'enrichir l'analyse des résultats.

2- Diffusion de l'enquête aux professionnels des structures landaises

Le questionnaire QENA© - DOM était accessible à tous les professionnels des structures inscrites à l'enquête, via un lien URL unique (www.maqvct.fr) ou un QR code. L'enquête était ouverte du 19 juin au 7 juillet 2023.

Tous les professionnels travaillant sur une structure participante et présents au moment du recueil pouvaient participer à l'enquête et remplir le questionnaire de manière autonome et sans assistance (questionnaire auto-administré), via un ordinateur, un smartphone ou une tablette numérique connectés à internet.

L'anonymat et la confidentialité des répondants ont été entièrement respectés lors du recueil des réponses. Aucun lien d'identification n'a pu être fait entre les professionnels et leur réponse au questionnaire (pas de code d'accès, pas de lien URL personnalisé, pas de données identifiantes recueillies...).

3- Restitution des résultats du questionnaire aux structures participantes

Des tableaux de bord des résultats en ligne (exportable en PDF) ont été fournis à chaque structure d'aide et de soins à domicile ayant participé à la campagne d'enquête. Ces tableaux de bord concernaient uniquement les résultats de la structure participante, et étaient accessibles via un code d'accès QENA©, préalablement fourni au référent de la structure par l'équipe projet.

Ces tableaux de bord en ligne contenaient :

- 1- La description de l'échantillon (profil des répondants)
- 2- Les résultats détaillés par question (pour l'ensemble des répondants)
- 3- Les scores QVCT obtenus, au niveau global et par dimension
- 4- Les scores QVCT en fonction de certains profils des participants (radars)
- 5- Les résultats détaillés par question (pour deux catégories : intervenants à domicile / autres professionnels)
- 6- Les réponses à la question ouverte

Deux synthèses au niveau de l'échantillon général (ensemble des structures d'aide à domicile ayant participé à l'enquête) ont également été fournies aux structures participantes et aux financeurs du projet via deux autres tableaux de bord en ligne⁶⁶ (exportable en PDF). Ces synthèses contenaient les

⁶⁶ Accessible jusqu'en mars 2024 sur <https://gena.enquete-en-ligne.com/cgi-bin/DashB/DB?D=2z34z35z2E8CB9C79A&IDP=3>

mêmes éléments que les tableaux de bords des structures. Afin de préserver l'anonymat des répondants lors de la diffusion des résultats, aucune réponse individuelle n'a été communiquée et chaque structure a reçu uniquement ses propres résultats.

L'envoi des résultats de l'enquête aux structures participantes était accompagné d'un guide de lecture des résultats QENA© et d'un guide d'organisation et d'animation d'ateliers QVCT.

Descriptif de l'échantillon

Au total, 24 structures du domicile sur 67⁶⁷ ont participé au projet QENA© Landes et ont diffusé le questionnaire auprès de leurs professionnels. La population ciblée par l'enquête représentait ainsi 1 640 professionnels⁶⁸.

1- Caractéristiques des structures participantes

Les données recensées à travers les cahiers d'indicateurs ont permis de déterminer les caractéristiques des structures ayant participé au projet QENA© Landes. Elles sont détaillées ci-dessous. Les analyses ont été réalisées sur la base de ces données déclaratives, fournies par les référents QENA© présents sur chaque structure.

Description par type d'activité, mode d'intervention, nombre de personnes prises en charge, statut et régime juridique

Variable		
Type d'activité	n (d.m.)	24
	SAAD	21 (87.5%)
	SPASAD	1 (4.2%)
	SSIAD	2 (8.3%)
Statut juridique	n (d.m.)	24
	Public	20 (83.4%)
	Privé à but lucratif	2 (8.3%)
	Privé à but non lucratif	2 (8.3%)
Mode d'intervention	n (d.m.)	24
	Prestataire	19 (79.2%)
	Mandataire	0 (0.0%)
	Les deux	5 (20.8%)
Régime juridique	n (d.m.)	24
	Service habilité à l'aide sociale	21 (87.5%)
	Service non habilité à l'aide sociale	3 (12.5%)
Nombre de personnes prises en charge	n (d.m.)	22 (2)
	Moyenne (écart-type)	453.6 (305.1)
	Médiane (Q1 ; Q3)	384.5 (211 ; 691)
	Min ; Max	107 ; 1182

Les structures ayant participé au projet QENA© Landes sont majoritairement des SAAD (87% de l'échantillon). Seuls deux SSIAD et un SPASAD se sont inscrits au projet. La très faible participation des SSIAD reste à éclairer. Nous ne pouvons écarter l'hypothèse que ces structures, relevant de l'autorité de l'ARS, aient été légitimement moins enclines à s'associer à la démarche portée par le Département des Landes. Concernant les SPASAD, cette structuration est encore assez minoritaire parmi les services

⁶⁷ Source : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/acces-annuaire#je-recherche-par-annuaire>

⁶⁸ Population cible estimée selon les données fournies par les structures au moment de leur inscription à l'enquête

d'aide et de soins à domicile et donc peu représentée sur le territoire des Landes, ce qui explique la présence d'une seule structure de ce type dans l'échantillon.

Dans l'échantillon du projet QENA© Landes, la grande majorité des structures est publique et gérée par des CIAS. Seules deux structures associatives et deux structures privées se sont inscrites au projet. En effet, sur le département des Landes, la plupart des structures intervenant dans le secteur de l'aide à domicile sont gérés par les CIAS et des associations locales (notamment l'ADMR). Ainsi, selon l'Observatoire landais de l'aide à domicile, le secteur public et associatif représentait 90% des heures en matière d'APA en 2011⁶⁹.

Concernant les modes d'intervention et selon une étude de l'UNCASS réalisée en 2014⁷⁰, plus de 80% des services d'aide à domicile gérés par les CCAS et les CIAS en France interviennent uniquement en mode prestataire et 17% exercent à la fois en mode prestataire et en mode mandataire. L'intervention en mode mandataire seul est très marginale (2%). On retrouve des proportions similaires sur notre échantillon landais, avec 79% des structures intervenant en mode prestataire et 20% exerçant en mode prestataire et mandataire.

Les structures de l'échantillon QENA© Landes prennent en charge en moyenne 453 personnes avec une médiane à 384. A titre de comparaison, selon la même enquête de l'UNCASS (2014), les SAAD gérés par les CCAS/CIAS de son réseau ont pris en charge en moyenne 268 bénéficiaires en 2014, la médiane était quant à elle de 181. Ces données datant d'environ 10 ans, il est cependant difficile d'en tirer des conclusions, d'autant que le virage domiciliaire s'est largement accéléré depuis et qu'il existe également des particularismes locaux (géographiques, politiques).

Description de la part des heures facturées en GIR 1-2-3 et des bénéficiaires en GIR 1-2-3

Variable		
Part des heures facturées GIR 1-2-3⁷¹	n (d.m.)	21 (3)
	Moyenne (écart-type)	50.2 (10.8)
	Médiane (Q1 ; Q3)	50.1 (44.0 ; 54.0)
	Min ; Max	28.6 ; 74.7
Part des bénéficiaires GIR 1-2-3⁷²	n (d.m.)	20 (4)
	Moyenne (écart-type)	30.2 (7.4)
	Médiane (Q1 ; Q3)	30.1 (27.5 ; 33.2)
	Min ; Max	15.3 ; 48.6

Sur notre échantillon, 50% des heures facturées par les structures participantes le sont chez des bénéficiaires GIR 1, 2 ou 3, c'est-à-dire fortement dépendants, en perte d'autonomie physique et/ou mentale, alors qu'ils ne représentent que 30% des personnes accompagnées par ces structures. On

⁶⁹ Observatoire landais de l'aide à domicile, bulletin n°3, mars 2013

⁷⁰ UNCCAS (Union nationale des centres communaux d'action sociale), Enquêtes & Observations sociales : « Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014 : constats et enjeux d'un secteur en difficulté », décembre 2015. La comparaison avec cette étude paraît pertinente au regard de la constitution de notre échantillon (large majorité de structures publiques gérées par des CIAS).

⁷¹ Nombre d'heures facturées GIR 1/2/3 divisé par le nombre d'heures factures GIR 1/2/3/4/5 sur le mois de décembre 2022, en pourcentage

⁷² Nombre de bénéficiaires GIR 1/2/3 divisé par le nombre de bénéficiaires GIR 1/2/3/4/5 sur le mois de décembre 2022, en pourcentage

observe une variabilité importante entre les structures : par exemple, la part des bénéficiaires GIR 1-2-3 varie de 15,3% à 48,6% au sein de l'échantillon.

Description des effectifs, des ETP, et de la part des ETP administratifs

Variable		
Effectifs CDD / CDI⁷³	n	1843
	CDD	669 (36.3)
	CDI	1174 (63.7)
Effectifs temps plein / temps partiel⁷⁴	n	1843
	Temps Plein	375 (20.3)
	Temps Partiel	1468 (79.7)
ETP	n (d.m.)	22 (2)
	Moyenne (écart-type)	55.3 (36.1)
	Médiane (Q1 ; Q3)	45.6 (30.0 ; 78.0)
	Min ; Max	12.8 ; 140.9
Part des ETP administratifs⁷⁵	n (d.m.)	22 (2)
	Moyenne (écart-type)	12.8 (3.9)
	Médiane (Q1 ; Q3)	13.3 (10.6 ; 15.4)
	Min ; Max	0 ; 18.1

Sur notre échantillon, la part des professionnels en contrat à durée déterminée et des professionnels titulaires ou en CDI sont respectivement de 36% et 64%. On constate donc une légère surreprésentation des CDI et titulaires si l'on compare les données de notre échantillon à celles de l'UNCASS. En effet, cette enquête a montré qu'en France en 2014, les intervenants à domicile des CCAS/CIAS étaient titulaires pour 57% d'entre eux et que 43% étaient contractuels.

Les ETP administratifs représentent 12% des ETP dans les structures enquêtées. Ces données semblent cohérentes avec une enquête de l'ORS Nouvelle-Aquitaine menée dans les SAAD en 2020 dans laquelle il ressort que l'effectif de ces structures est composé à 90% d'intervenantes à domicile et à 10% de personnels administratifs et de dirigeant(e)s⁷⁶. Sur certaines structures associatives, les tâches administratives ne sont pas gérées directement par les antennes locales mais sont centralisées sur le siège de l'association, ce qui explique qu'une structure n'a aucun ETP administratif déclaré.

⁷³ Nombre réel de salariés sur la structure en CDI ou titulaires (à temps plein ou à temps partiel) au 31/12/2022 et nombre réel de salariés sur la structure en CDD ou autres contrats salariés à durée déterminée (à temps plein ou à temps partiel) au 31/12/2022

⁷⁴ Nombre réel de salariés sur la structure à temps plein (en CDD ou en CDI) au 31/12/2022 et nombre réel de salariés sur la structure à temps partiel (en CDD ou en CDI) au 31/12/2022

⁷⁵ Nombre des ETP administratifs divisé par le nombre d'ETP total au 31/12/2022, en pourcentage
Nombre d'ETP de l'établissement divisé par le nombre de résidents au 31/12/2022, en pourcentage

⁷⁶ DEBARRE J. SCANDELLA N. *L'aide à domicile en Nouvelle-Aquitaine. Regards croisés. ORS Nouvelle-Aquitaine. Septembre 2021. 12 p.*

Enquête réalisée sur une base de sondage régionale des 513 services d'aide et d'accompagnement à domicile autorisés par les conseils départementaux, constituée à partir des listes fournies par chacun des 12 conseils départementaux de la région. 92 SAAD (Services d'aide à domicile) ont été tirés au sort en tenant compte de leurs caractéristiques. Au final, 71 SAAD ont participé à l'enquête.

Description des taux d'absentéisme total, absentéisme de courte durée et absentéisme pour accident du travail, des taux de rotation et des taux de départ

Variable		
Taux d'absentéisme total ⁷⁷	n (d.m.)	19 (5)
	Moyenne (écart-type)	23.3 (12.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	22.2 (16.6; 25.9)
	Min ; Max	9.2 ; 66.41
Taux d'absentéisme courte durée ⁷⁸	n (d.m.)	19 (5)
	Moyenne (écart-type)	2.8 (6.4)
	Médiane (Q1 ; Q3)	0.6 (0.4 ; 1.9)
	Min ; Max	0 ; 27.8
Taux d'absentéisme accident du travail ⁷⁹	n (d.m.)	19 (5)
	Moyenne (écart-type)	3.9 (2.6)
	Médiane (Q1 ; Q3)	4.2 (1.0 ; 6.1)
	Min ; Max	0 ; 8.3
Taux de rotation ⁸⁰	n (d.m.)	23 (1)
	Moyenne (écart-type)	10.4 (12.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	6.4 (4.0 ; 10.3)
	Min ; Max	0 ; 48.1
Taux de départ ⁸¹	n (d.m.)	23 (1)
	Moyenne (écart-type)	10.3 (14.4)
	Médiane (Q1 ; Q3)	5.6 (1.4 ; 12.8)
	Min ; Max	0 ; 57.7

Le taux d'absentéisme total des structures participantes au projet est de 23,3% en moyenne. Ce taux est très au-dessus de celui constaté par l'enquête de l'UNCASS en 2014, puisqu'il se situait en moyenne à 11% sur les structures de ce réseau. Il est aussi supérieur à celui constaté sur les EHPAD ayant participé au projet QENA© Landes (12%).

⁷⁷ Pourcentage du nombre cumulé de jours calendaires d'arrêts de travail divisé par l'ensemble des ETP réels de la structure, au 31/12/2022, multiplié par 365, tous motifs confondus, hors formation, mandat syndical, congés payés, congés trimestriels liés à l'ancienneté ou mise en disponibilité

⁷⁸ Pourcentage du nombre cumulé de jours calendaires d'arrêts de travail inférieurs ou égaux à 6 jours pour l'ensemble des ETP réels de la structure, au 31/12/2022 multiplié par 365

⁷⁹ Pourcentage du nombre cumulé de jours calendaires d'arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle, pour l'ensemble des ETP réels de la structure, au 31/12/2022 multiplié par 365

⁸⁰ Moyenne des taux d'entrée et des taux de départ. Le taux d'entrée renvoie au nombre cumulé de recrutements en CDI effectués dans l'année 2022, à temps plein ou à temps partiel, au 31/12/2022 en fonction de l'effectif total. Le taux de départ renvoie au nombre cumulé de départs effectués dans l'année 2022 par des salariés en CDI, à temps plein ou à temps partiel, au 31/12/2022 (tous type de départs : fins de contrats, démissions, licenciements...).

⁸¹ Le taux de départ renvoie au nombre cumulé de départs effectués dans l'année 2022 par des salariés en CDI, à temps plein ou à temps partiel, au 31/12/2022 (tous type de départs : fins de contrats, démissions, licenciements...).

Le calcul du turnover (ou taux de rotation des personnels) est uniquement basé sur les embauches et les départs des salariés en CDI ou titulaires. Le turnover des structures d'aide et de soins à domicile de l'échantillon est aussi beaucoup plus important que ce qui a été constaté sur les EHPAD ayant participé au projet : 10,3% sur le domicile contre 2,8% en EHPAD. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que, sur certaines structures, de nombreuses embauches en CDI sont rompues pendant la période d'essai.

Description du nombre d'heures de formation par personne et part des salariés formés

Variable		
Nombre d'heures de formation par personne⁸²	n (d.m.)	23 (1)
	Moyenne (écart-type)	9.7 (6.1)
	Médiane (Q1 ; Q3)	8.9 (4.2 ; 14.1)
	Min ; Max	1.2 ; 22.2
Part des salariés formés (%)⁸³	n (d.m.)	23 (1)
	Moyenne (écart-type)	48.7 (27.3)
	Médiane (Q1 ; Q3)	36.4 (31.6 ; 71.6)
	Min ; Max	10.2 ; 98.1

L'ensemble des structures de l'échantillon propose des formations à leur personnel, avec en moyenne 9,7 heures par personne et près de la moitié des salariés ont été formés en 2022. En 2014, selon l'enquête de l'UNCASS, la quasi-totalité des SAAD (89%) consacraient déjà des heures à la formation.

Description de la présence ou non d'un référent Prévention / QVCT sur la structure

Variable		
Présence d'un référent Prévention / QVCT	n (d.m.)	24
	Oui	17 (70.8%)
	Non	7 (29.2%)

Les risques psychosociaux et la QVCT sont des enjeux majeurs sur le secteur. 70% des structures bénéficient d'un référent QVCT, témoignant ainsi de l'importance de la prise en compte ces problématiques.

⁸² Nombre d'heures de formation (par recours à un prestataire extérieur ou réalisées en interne) en fonction de l'effectif total

⁸³ Part des salariés ayant bénéficié d'une formation en fonction de l'effectif total

En synthèse sur les caractéristiques des structures participantes

- ⇒ Une grande majorité de SAAD publics constitue l'échantillon QENA© Landes, ce qui reflète la réalité de ce territoire
- ⇒ Une majorité de structures intervenant en mode prestataire, correspondant à ce qui est constaté sur les SAAD gérés par les CCAS/CIAS de manière générale
- ⇒ Des structures prenant en charge plus de bénéficiaires que la moyenne en France
- ⇒ Des CDI et titulaires plus nombreux dans les structures participantes qu'en moyenne en France
- ⇒ Des taux d'absentéisme et de turnover élevés comparés aux données d'autres enquêtes et comparés aux données des EHPAD du projet QENA© Landes

2- Caractéristiques des répondants

Nombre de répondants et taux de participation

999 professionnels ont répondu au questionnaire QENA© - DOM sur les 1 640 professionnels ciblés, soit un taux de participation d'environ 61%.

Les caractéristiques socio-démographiques recensées auprès des professionnels à travers les huit questions de profils du questionnaire QENA© - DOM sont présentées ci-dessous.

Profils des répondants par âge

Âge	N	%
Moins de 35 ans	154	15.42
Entre 35 et 49 ans	341	34.13
50 ans et plus	486	48.65
Sans réponses	18	1.80
Total	999	100

Parmi les répondants au questionnaire, quasiment la moitié ont plus de 50 ans (48,65%). Cette proportion se retrouve dans d'autres enquêtes, telle que celle de l'ORS Nouvelle-Aquitaine réalisée en 2020, qui indique que 48,9% des intervenants à domicile ont plus de 50 ans.

Profils des répondants par sexe

Sexe	N	%
Femme	920	92.09
Homme	46	4.61
Sans réponses	33	3.30
Total	999	100

Les femmes représentent plus de 92% des répondants. Les intervenants à domicile sont en effet majoritairement des femmes. Selon la DREES, elles représentaient déjà plus de 97%⁸⁴ des professionnels exerçant ces métiers en 2008. Ces taux ne semblent donc pas avoir évolué depuis.

⁸⁴ Marquier R., "Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008", DREES, Etudes et résultats, n°728, juin 2010

Profils des répondants par type de fonction

Type de fonction	N	%
Soin et accompagnement	839	83.98
<i>Dont Accompagnement⁸⁵</i>	766	76.67
<i>Dont Soin⁸⁶</i>	73	7.31
Administration, direction et encadrement de proximité	137	13.71
<i>Dont Administration et direction⁸⁷</i>	67	6.71
<i>Dont encadrement de proximité⁸⁸</i>	70	7.01
Fonction technique⁸⁹	10	1.00
Sans réponses	13	1.30
Total	999	100

Type de fonction – 2 catégories	N	%
Intervenants au domicile⁹⁰	839	83.98
Autres types de professionnels⁹¹	147	14.71
Sans réponses	13	1.30
Total	999	100

Les professionnels travaillant dans les SAAD sont essentiellement des intervenants à domicile : près de 90% selon l'UNCASS ou selon l'ORS Nouvelle-Aquitaine. Ils représentent également environ 84% de l'échantillon de l'enquête QENA© Landes, essentiellement composé de SAAD. Les professionnels exerçant des fonctions techniques ou d'entretien sont quant à eux quasi-absents de l'échantillon (1%).

Profils des répondants par type de contrat

Type de contrat	N	%
CDD ou autre contrat à durée déterminée et intérimaires	298	29.86
<i>Dont CDD ou autre contrat à durée déterminée</i>	297	29.73
<i>Dont Intérimaire</i>	1	0.10
CDI / Titulaire	685	68.64
En libéral	1	0.10
Sans réponses	15	1.50
Total	999	100

⁸⁵ Auxiliaire de vie, aide à domicile, agent-e de portage de repas...

⁸⁶ Infirmier-ère, aide-soignant-e, professionnel-le paramédical...

⁸⁷ Direction, administration, accueil, secrétariat, agent-e de qualité...

⁸⁸ Responsable ou référent-e de secteur, IDEC, coordinateur-riche, évaluateur-riche...

⁸⁹ Personnel des services technique et d'entretien, informaticien-ne...

⁹⁰ La catégorie « intervenants au domicile » regroupe les professionnels du soin et de l'accompagnement à domicile

⁹¹ La catégorie « autres types professionnels » regroupe tous les professionnels qui ne relèvent pas du soin et de l'accompagnement à domicile : administration, direction, encadrement de proximité et fonction technique.

La répartition entre les effectifs en contrat à durée déterminée et les effectifs titulaires ou en CDI est respectivement de 36% et 64% dans les structures de l'échantillon, selon les données recensées dans les cahiers d'indicateurs. Cette répartition est assez semblable au profil des répondants, puisqu'ils sont environ 30% en CDD à avoir répondu au questionnaire QENA© - DOM et 69% en CDI ou titulaires.

Profils des répondants : diplôme en lien avec le métier ou non

Diplôme en lien avec le métier	N	%
Non	405	40.54
Oui	559	55.96
Sans réponses	35	3.50
Total	999	100

On remarque que les professionnels n'ayant pas de diplôme en lien avec leur profession sont plus de 40% sur notre échantillon landais de structures d'aide et de soins à domicile. En comparaison, seuls 28% des répondants au questionnaire QENA© - EHPAD ont déclaré ne pas avoir de diplôme en lien avec leur métier.

Profils des répondants par temps de travail

Temps complet	N	%
Oui	352	35.24
Non	633	63.36
Sans réponses	14	1.40
Total	999	100

Les professionnels de l'échantillon QENA© Landes travaillent le plus souvent à temps partiel : 63% des répondants indiquent en effet ne pas avoir un contrat à temps complet. En comparaison, sur l'échantillon des répondants au questionnaire QENA© - EHPAD, la part des temps partiel s'élève seulement à 14%.

Un taux de temps partiels élevé sur le secteur du domicile correspond à ce qui est constaté de manière générale dans d'autres études. L'UNCASS relevait ainsi 62% des titulaires et 85% des contractuelles à temps partiel en 2014 dans les structures de son réseau, l'Observatoire Landais constatait quant à lui en 2011 85% de temps partiels dans les structures publiques, et l'étude de ORS Nouvelle-Aquitaine indiquait 80% de temps partiels chez les intervenants à domicile.

Profils des répondants par mode d'exercice sur la structure

Mode d'exercice sur la structure	N	%
Uniquement salarié-e de la structure	891	89.19
Uniquement salarié-e par des Particuliers employeurs	7	0.70
Salarié-e de la structure et par des Particuliers employeurs	84	8.41
En libéral avec la structure	1	0.10
Sans réponses	16	1.60
Total	999	100

La plupart des répondants sont uniquement salariés de leur structure (90%), et seuls 8% sont salariés de leur structure en plus d'être salariés par des particuliers employeurs.

Profils des répondants : professionnels transversaux ou non

Professionnels transversaux ⁹²	N	%
Non	928	92.89
Oui	59	5.91
Sans réponses	12	1.20
Total	999	100

Les professionnels transversaux (travaillant sur plusieurs structures) ne représentent que 6% des répondants. Cette caractéristique a été retrouvée plus fréquemment dans l'enquête EHPAD, avec 9% des répondants.

Profils des répondants par horaires de travail

Travail de nuit	N	%
Jamais	916	91.69
Parfois	52	5.21
Souvent	17	1.70
Toujours	3	0.30
Sans réponses	11	1.10
Total	999	100
Travail le week-end/jours fériés	N	%
Jamais	174	17.42
Parfois	285	28.53
Souvent	390	39.04
Toujours	139	13.91
Sans réponses	11	1.10
Total	999	100

Le travail de nuit est assez marginal sur l'échantillon des répondants (2%), le travail le week-end et les jours fériés est quant à lui beaucoup plus fréquent (plus de 50% de l'échantillon).

Profils des répondants par ancienneté dans le métier et dans la structure

Ancienneté dans le métier	N	%
Moins de 5 ans	306	30.63
<i>Dont Moins d'1 an</i>	87	8.71
<i>Dont Entre 1 an et 5 ans</i>	219	21.92
5 ans et plus	684	68.47

⁹² Professionnels travaillant sur plusieurs structures

<i>Dont Entre 5 et 10 ans</i>	212	21.22
<i>Dont Plus de 10 ans</i>	472	47.25
Sans réponses	9	0.90
Total	999	100

Ancienneté dans la structure	N	%
Moins de 5 ans	433	43.34
<i>Dont Moins d'1 an</i>	132	13.21
<i>Dont Entre 1 an et 5 ans</i>	301	30.13
5 ans et plus	554	55.46
<i>Dont Entre 5 et 10 ans</i>	195	19.52
<i>Dont Plus de 10 ans</i>	359	35.94
<i>Sans réponses</i>	12	1.20
Total	999	100

Dans les structures de notre échantillon, les professionnels sont plutôt stables dans leur emploi puisque ceux ayant plus de 10 ans d'ancienneté dans le métier sont plus de 47% et ceux ayant plus de 10 ans d'ancienneté dans leur structure environ 36%.

En synthèse sur les caractéristiques des répondants

Les caractéristiques des répondants correspondent globalement à celles des professionnels des structures à domicile de manière générale :

- ⇒ Une très grande majorité de professionnels exerçant en tant qu'intervenant à domicile (84%)
- ⇒ Une très forte proportion de femme (92%)
- ⇒ Quasiment la moitié des répondants ayant plus de 50 ans (49%)
- ⇒ Un tiers de CDD et deux tiers de CDI / Titulaires
- ⇒ 35% de temps complet contre 65% de temps partiels

Résultats item par item

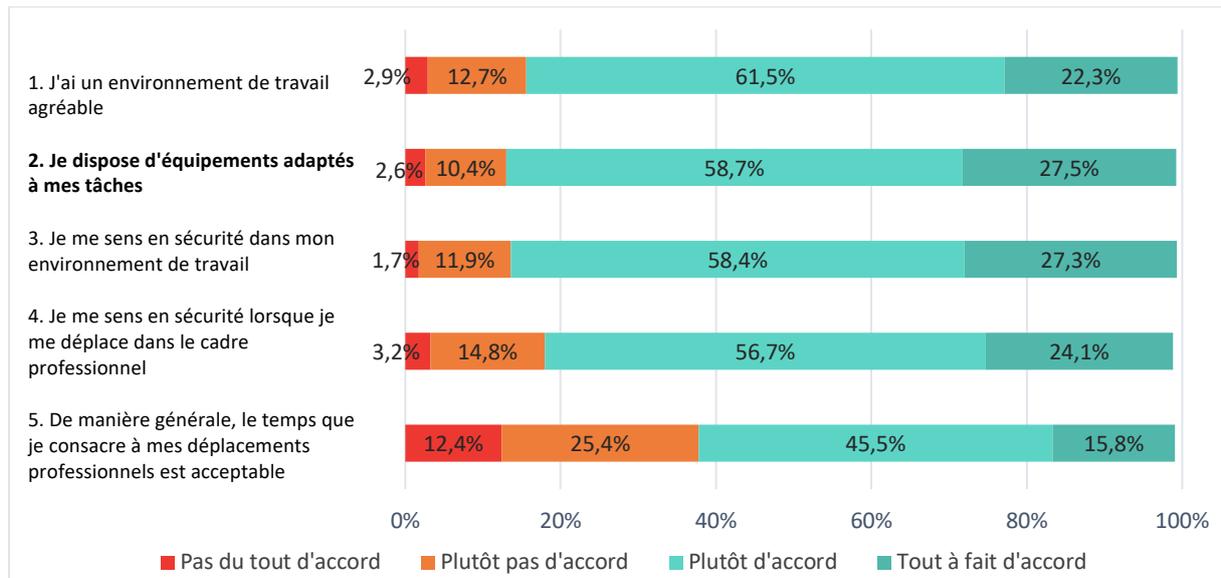
Notice de lecture

Les diagrammes en barres horizontales représentent les pourcentages de réponses par modalité, rapportés au nombre total de répondants. Pour une meilleure lisibilité, les pourcentages de non-réponses n'apparaissent pas dans les graphiques mais ont bien été comptabilisés.

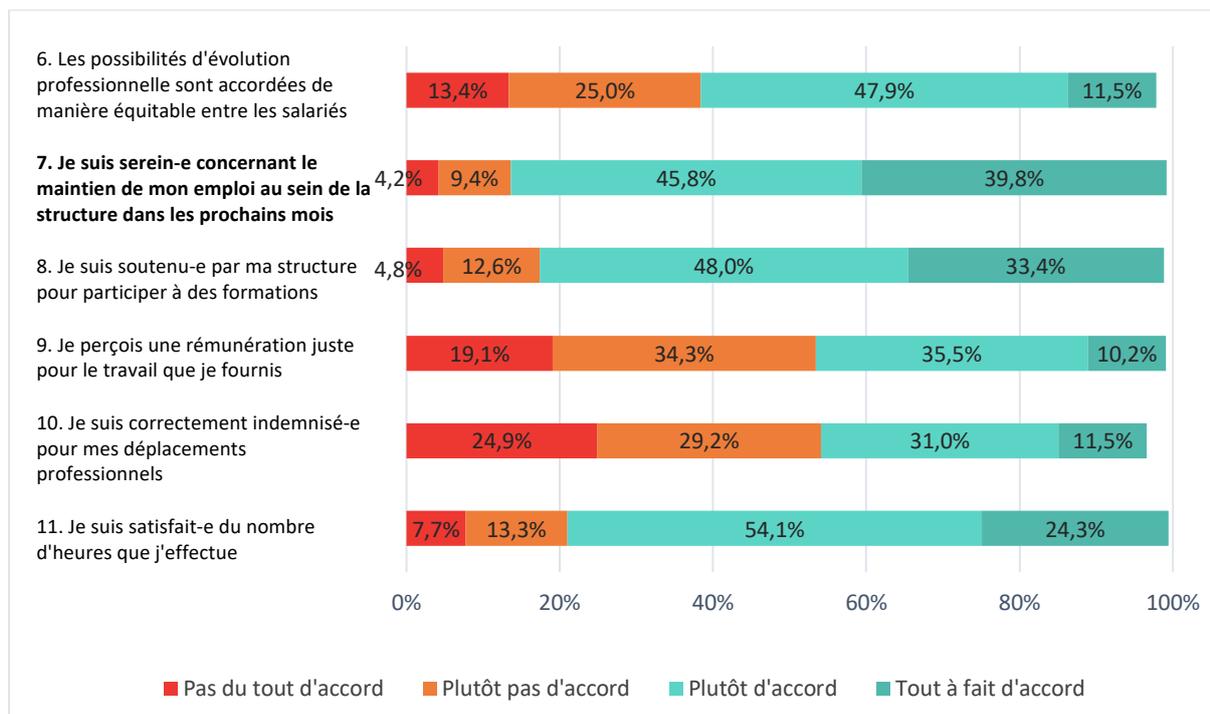
L'item présenté en gras dans chaque dimension est celui qui a obtenu le plus de réponses positives (« Plutôt d'accord » + « Tout à fait d'accord ») parmi les items de la dimension en question.

Les pourcentages sont calculés sur les 999 réponses.

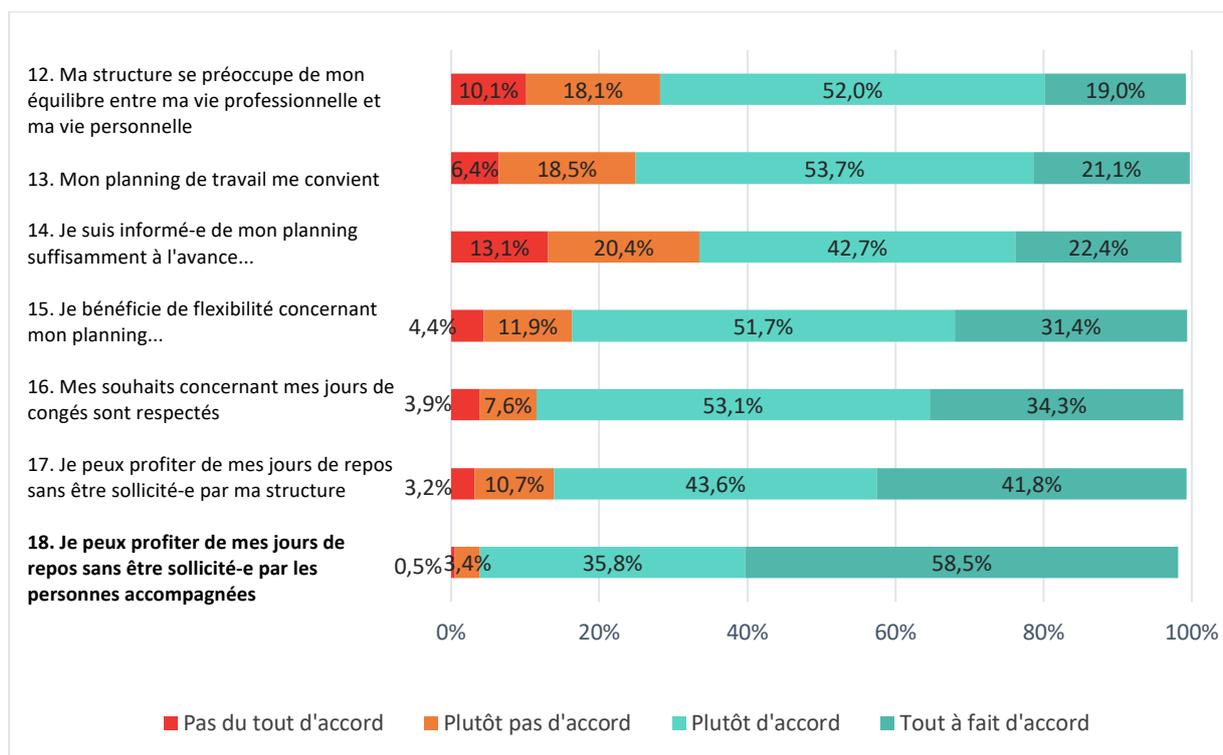
Mes conditions de travail



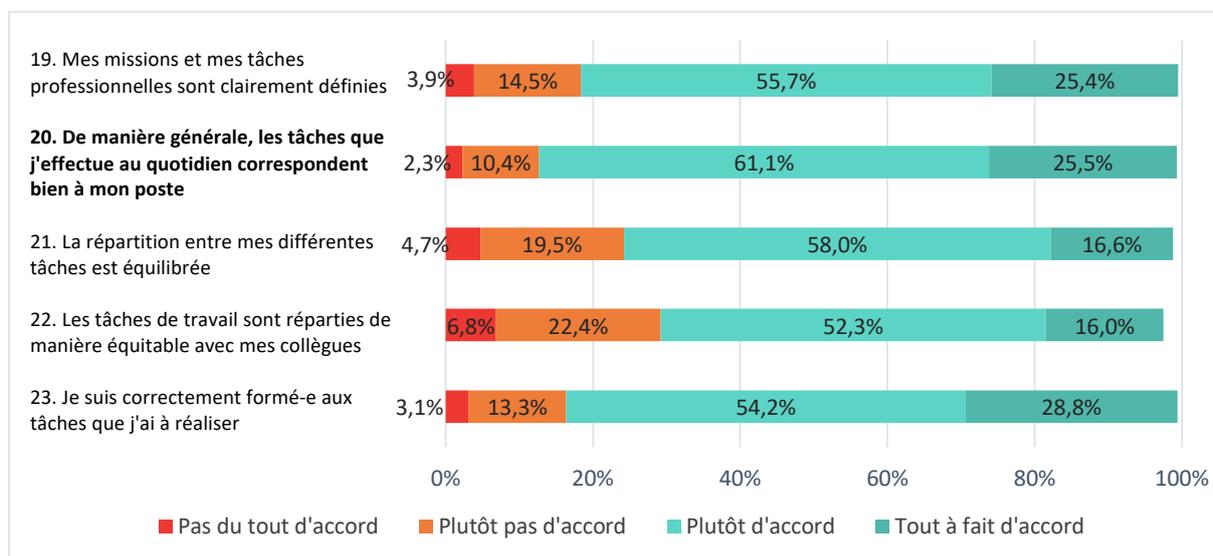
Mes conditions d'emploi



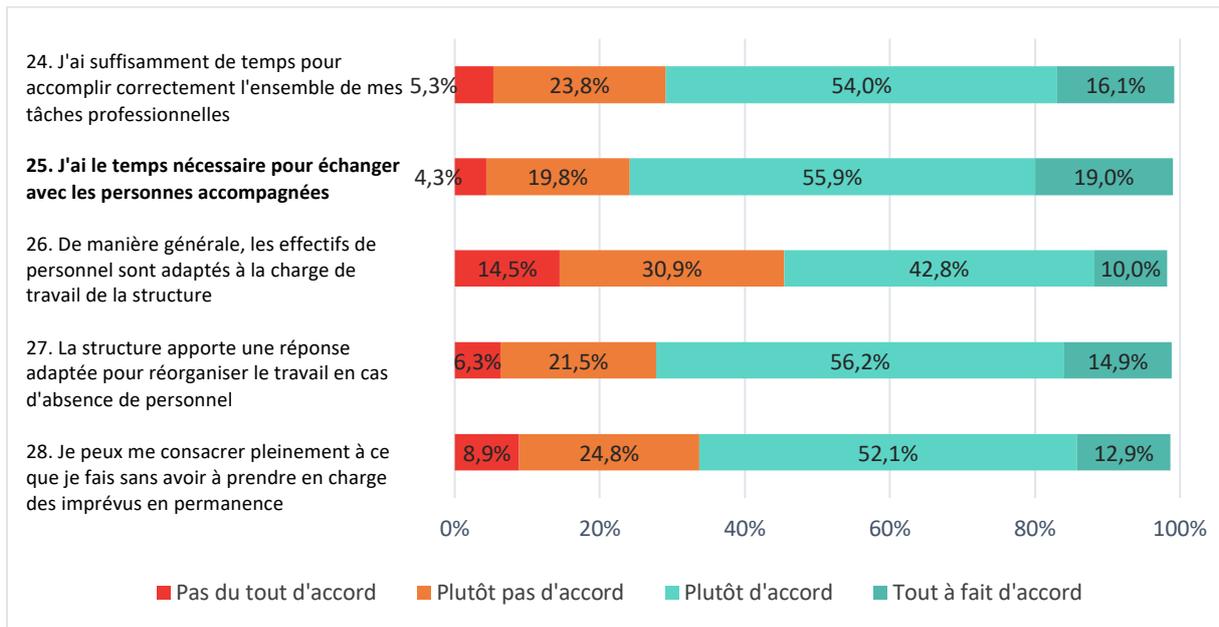
Mon équilibre vie professionnelle – vie personnelle



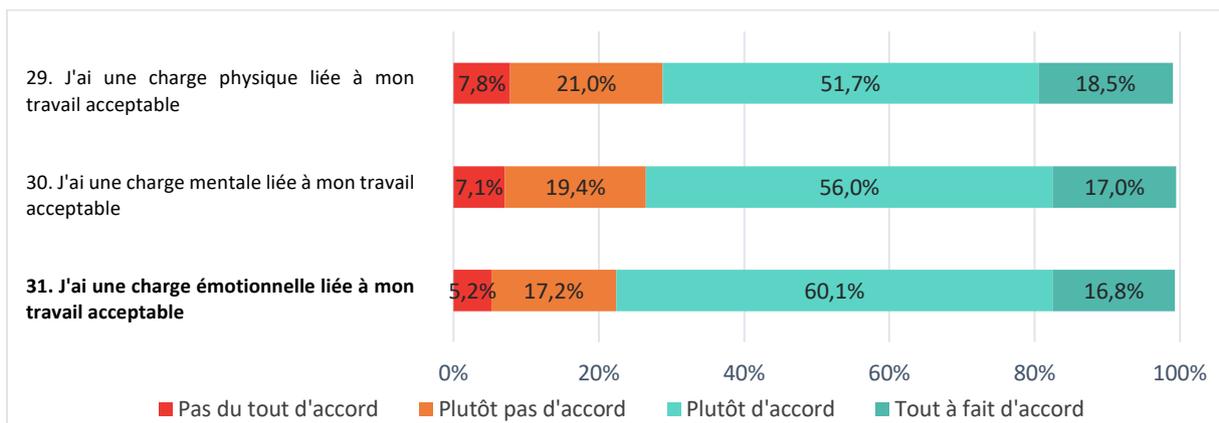
Mes missions



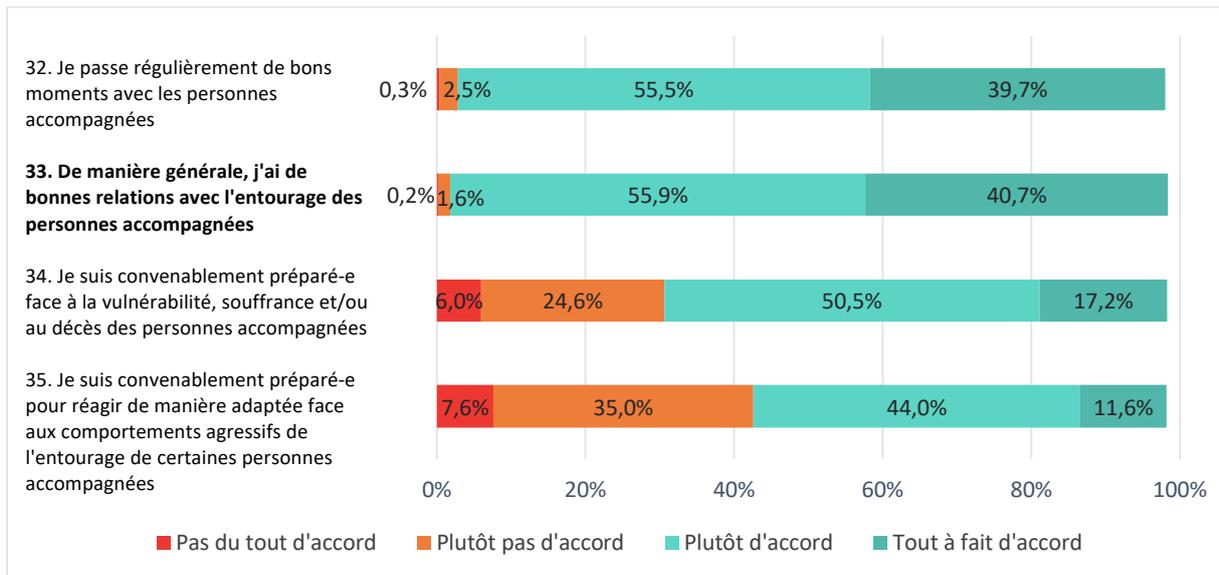
Mon rythme de travail



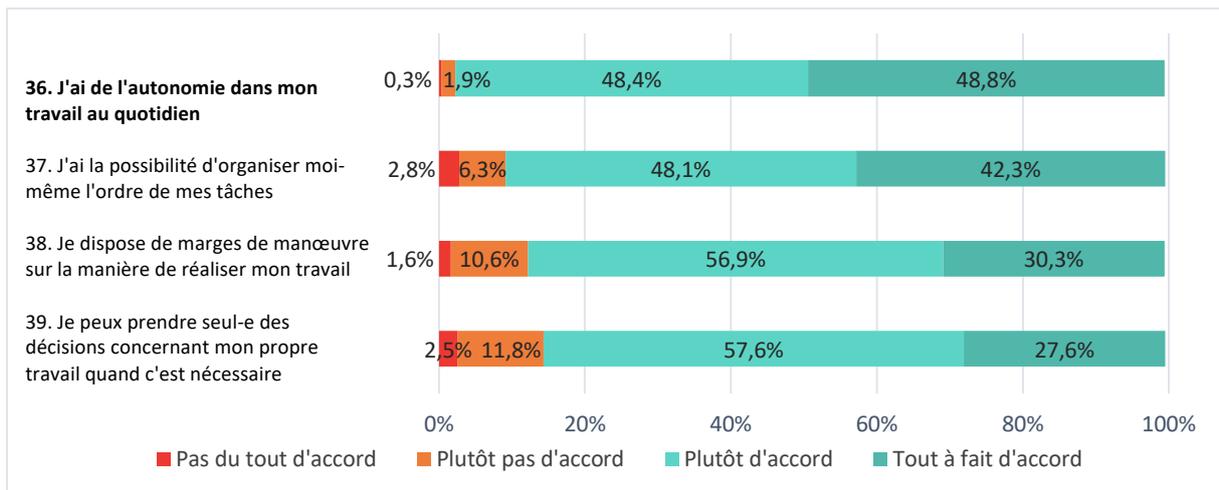
Les exigences liées à mon travail



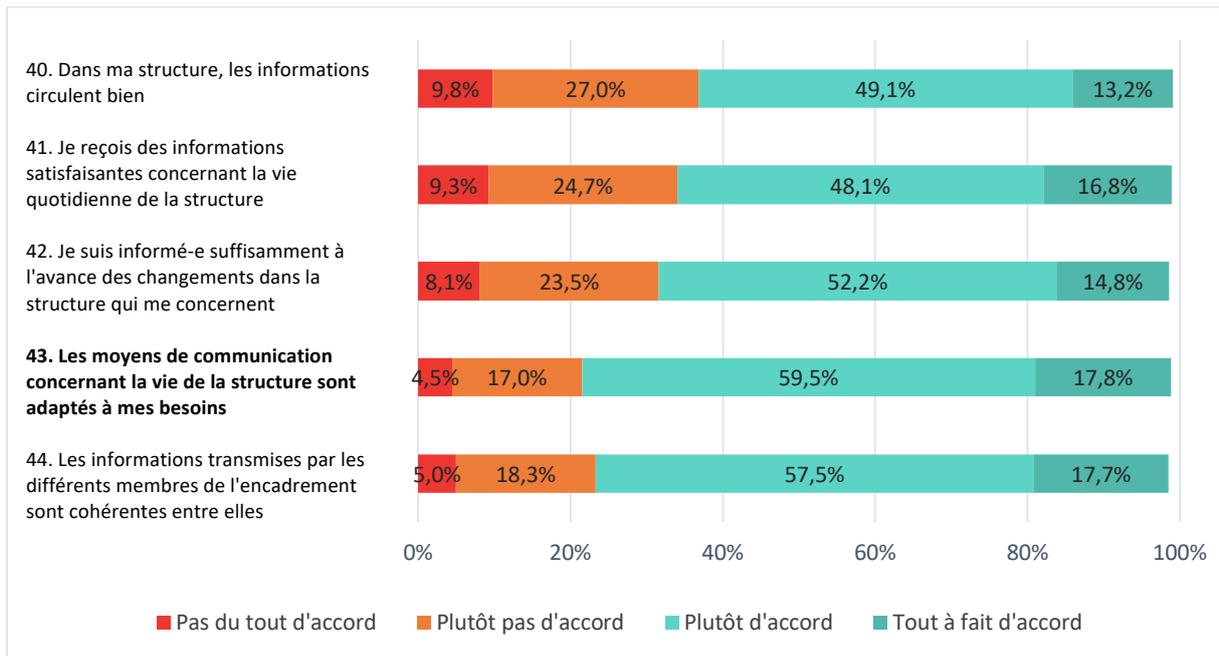
Le travail relationnel



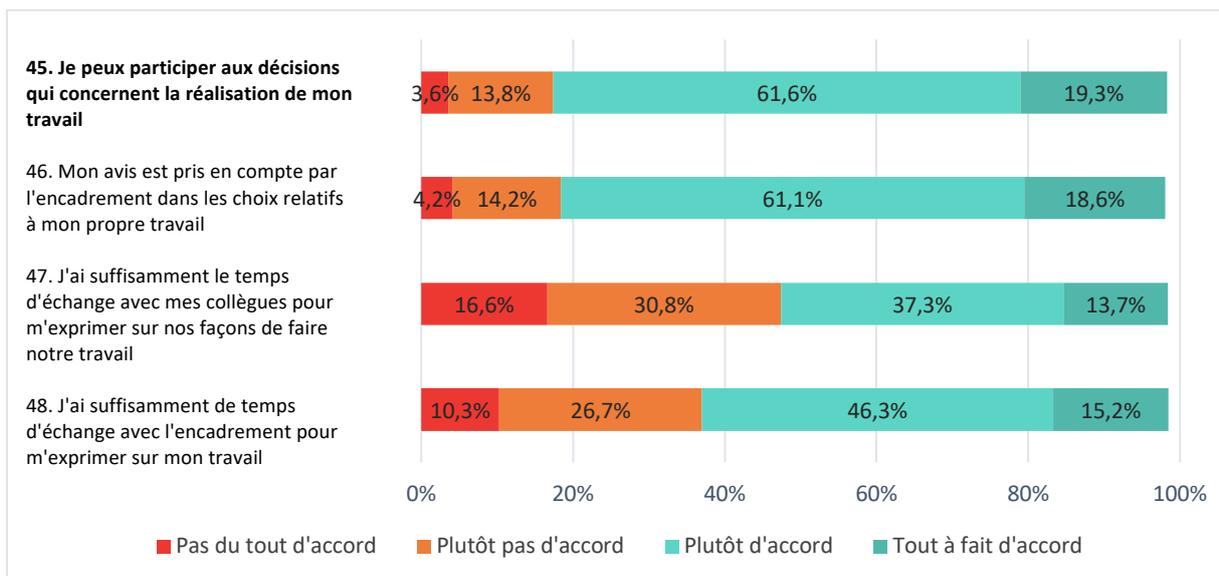
L'autonomie dans mon travail



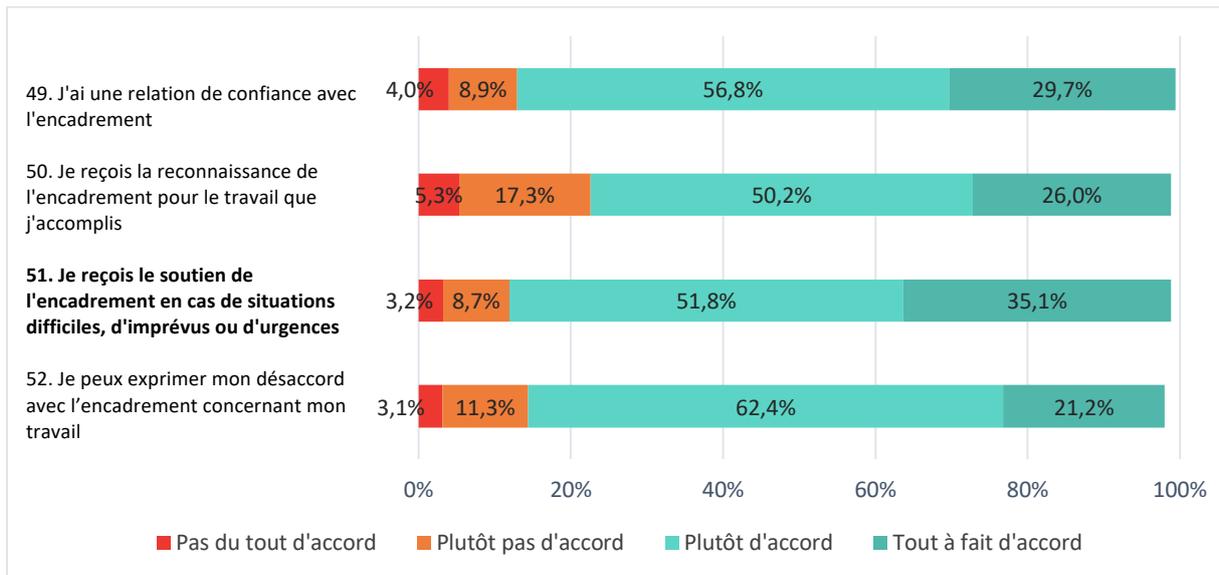
La circulation de l'information



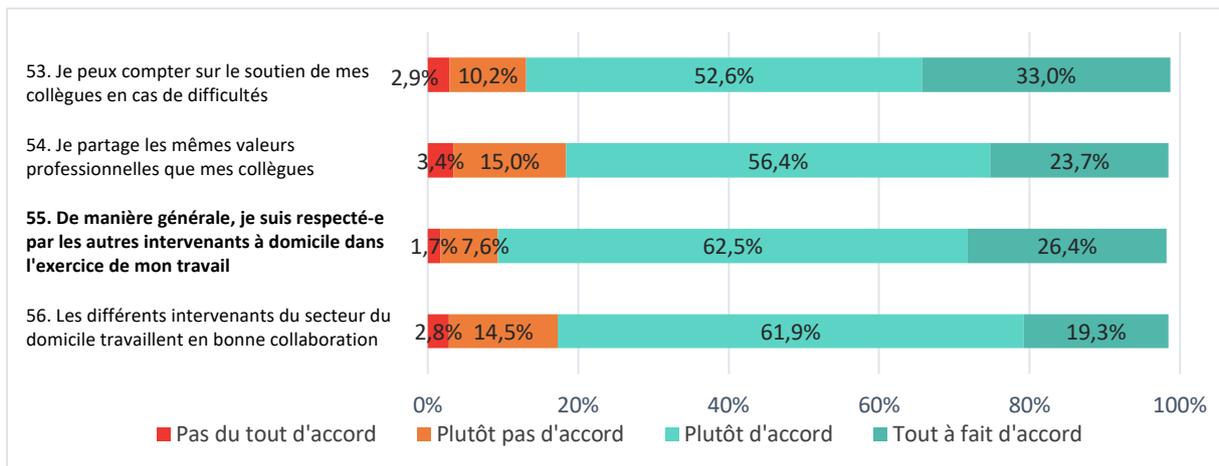
La prise en compte de ma parole



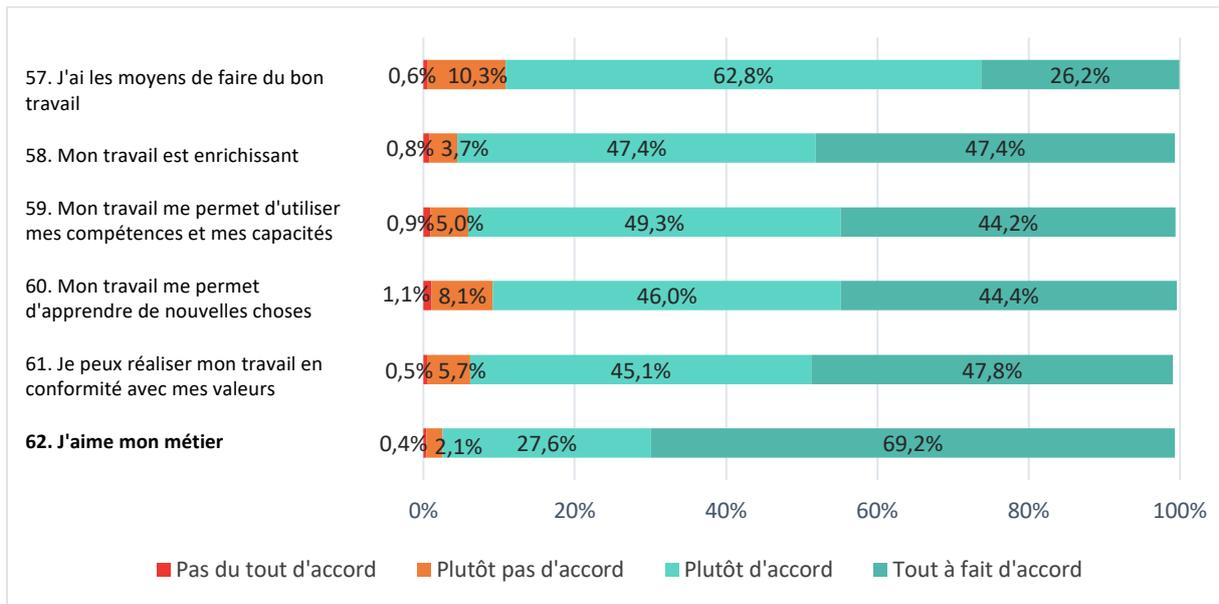
Mes relations avec l'encadrement (direction et responsable de proximité)



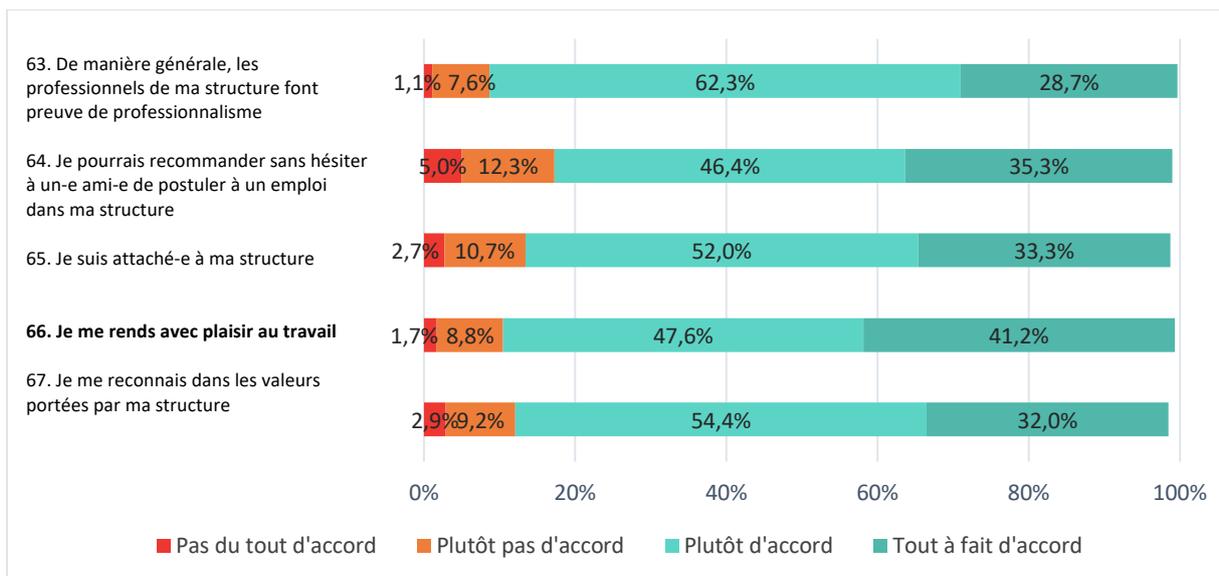
Mes relations avec les collègues et les autres intervenants à domicile



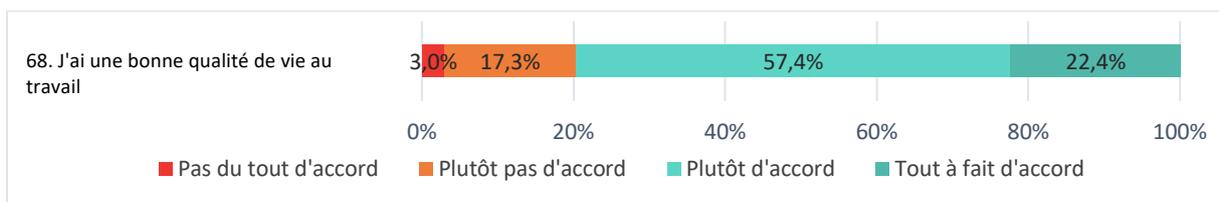
Mon rapport à mon travail



Mon rapport à ma structure



Question générale sur la qualité de vie au travail



Trois meilleurs et trois moins bons items

Les trois items ayant reçu les réponses les plus positives (« Plutôt d'accord » + « Tout à fait d'accord ») et les 3 items ayant reçu les réponses les plus négatives (« Plutôt pas d'accord » + « Pas du tout d'accord ») ont été identifiés parmi l'ensemble des items du questionnaire.

Les trois items ayant reçu les réponses les plus positives (N=999)

Items	Pourcentage de réponses positives
36. J'ai de l'autonomie dans mon travail au quotidien	97,2%
62. J'aime mon métier	96,8%
33. De manière générale, j'ai de bonnes relations avec l'entourage des personnes accompagnées	96,6%

Les trois items ayant reçu les réponses les plus négatives (N=999)

Items	Pourcentage de réponses négatives
10. Je suis correctement indemnisé-e pour mes déplacements professionnels	54,1%
9. Je perçois une rémunération juste pour le travail que je fournis	53,4%
26. De manière générale, les effectifs de personnel sont adaptés à la charge de travail de la structure	45,4%

Scores QVCT global et par dimension

Méthode de calcul des scores

Les scores QVCT sont calculés au global⁹³ et pour chacune des 14 dimensions selon une méthode définie :

Pour chaque item de chaque dimension, une note est préalablement attribuée aux différentes modalités de réponses :

- 0 pour « Pas du tout d'accord »,
- 1 pour « Plutôt pas d'accord »,
- 2 pour « Plutôt d'accord »,
- 3 pour « Tout à fait d'accord »
- 1,5 pour les réponses manquantes

La moyenne des notes des répondants est calculée selon la formule suivante :

$$(Somme\ des\ notes\ aux\ items / Nombre\ de\ répondants)$$

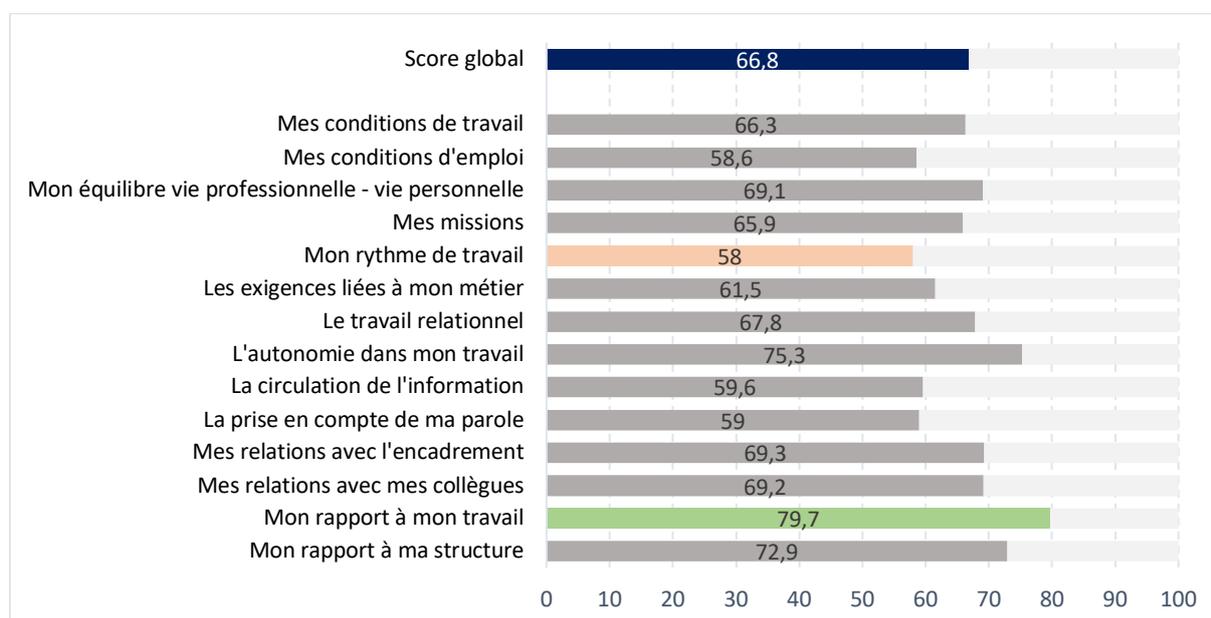
Le score maximum théorique (le score obtenu théoriquement si tous les répondants répondaient « Tout à fait d'accord » à tous les items) est également calculé.

Enfin, le score sur 100 est obtenu grâce à la formule suivante :

$$(Moyenne\ des\ notes\ des\ répondants / Score\ maximum\ théorique) \times 100$$

Les scores sont calculés sur les 999 réponses.

Les scores QVCT global et par dimension



⁹³ Le score QVCT global est calculé sur les 67 items du questionnaire, hors item 68.

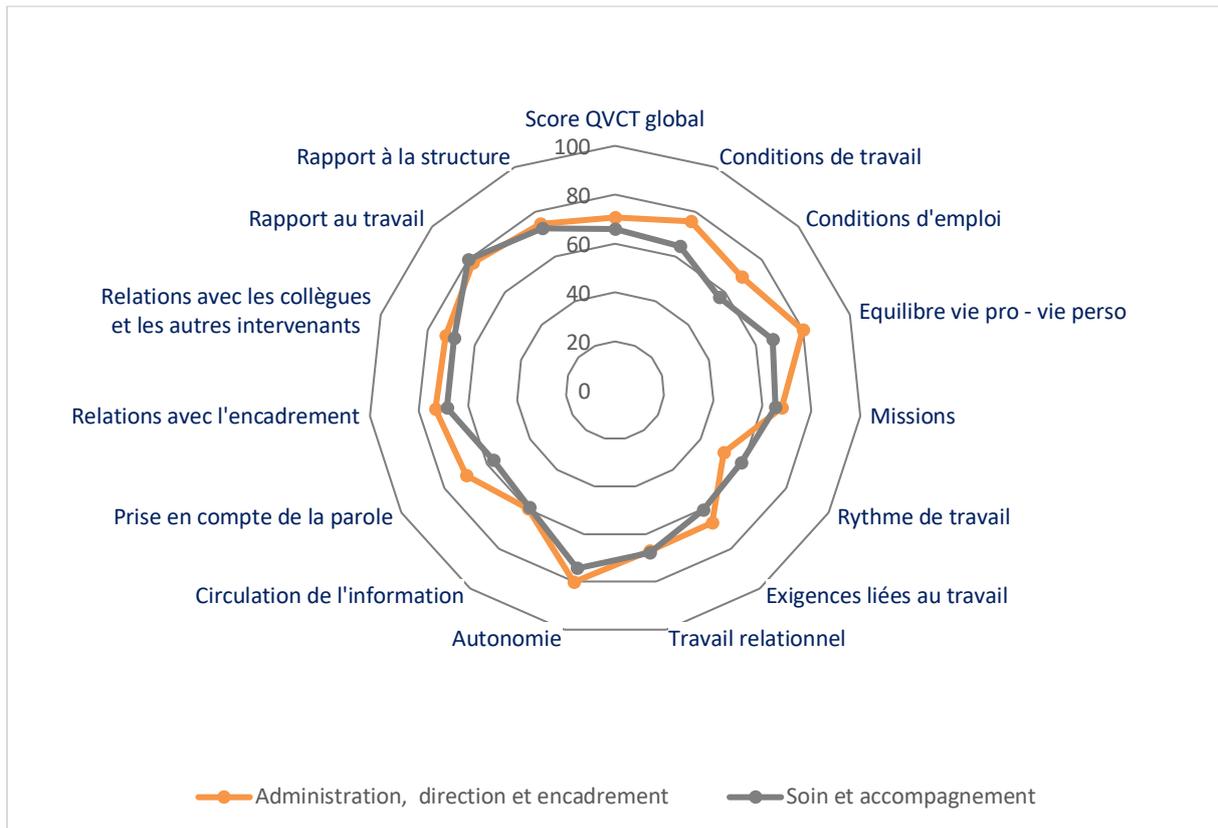
Descriptif de la moyenne et de la médiane pour chaque score

Variable	Moyenne et médiane	Total
Score global	Moyenne (écart-type)	66.8 (13.9)
	Médiane (Q1 ; Q3)	65.7 (58.2 ; 75.6)
Dimension 1 : Mes conditions de travail	Moyenne (écart-type)	66.3 (17.7)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (55.7 ; 80.0)
Dimension 2 : Mes conditions d'emploi	Moyenne (écart-type)	58.6 (19.8)
	Médiane (Q1 ; Q3)	61.1 (44.4 ; 72.2)
Dimension 3 : Mon équilibre vie professionnelle – vie personnelle	Moyenne (écart-type)	69.1 (18.2)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (57.1 ; 81.0)
Dimension 4 : Mes missions	Moyenne (écart-type)	65.8 (19.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (53.3 ; 80.0)
Dimension 5 : Mon rythme de travail	Moyenne (écart-type)	58.0 (19.6)
	Médiane (Q1 ; Q3)	60.0 (46.7 ; 66.7)
Dimension 6 : Les exigences liées à mon métier	Moyenne (écart-type)	61.5 (21.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (55.6 ; 66.7)
Dimension 7 : Le travail relationnel	Moyenne (écart-type)	67.8 (16.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (58.3 ; 83.3)
Dimension 8 : L'autonomie dans mon travail	Moyenne (écart-type)	75.2 (17.4)
	Médiane (Q1 ; Q3)	75.0 (66.7 ; 91.7)
Dimension 9 : La circulation de l'information	Moyenne (écart-type)	59.6 (22.0)
	Médiane (Q1 ; Q3)	60.0 (46.7 ; 66.7)
Dimension 10 : La prise en compte de ma parole	Moyenne (écart-type)	59.0 (21.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	58.3 (50.0 ; 66.7)
Dimension 11 : Mes relations avec l'encadrement	Moyenne (écart-type)	69.3 (20.7)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (58.3 ; 83.3)
Dimension 12 : Mes relations avec les collègues et les autres intervenants à domicile	Moyenne (écart-type)	69.2 (17.6)
	Médiane (Q1 ; Q3)	66.7 (58.3 ; 83.3)
Dimension 13 : Mon rapport à mon travail	Moyenne (écart-type)	79.7 (15.4)
	Médiane (Q1 ; Q3)	77.8 (66.7 ; 94.4)
Dimension 14 : Mon rapport à ma structure	Moyenne (écart-type)	72.8 (19.5)
	Médiane (Q1 ; Q3)	73.3 (66.7 ; 86.7)

Scores QVCT en fonction des profils des répondants

N.B : Les différences présentées dans les radars suivants sont statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'il y a 95% de chance qu'elles ne soient pas liées au hasard. Un lien statistiquement significatif entre deux variables et l'intensité de ce lien sont déterminés grâce à des indicateurs statistiques tels que le Chi-deux, le test de Student, le V de Cramer, la p value...

Fonctions en 2 catégories⁹⁴

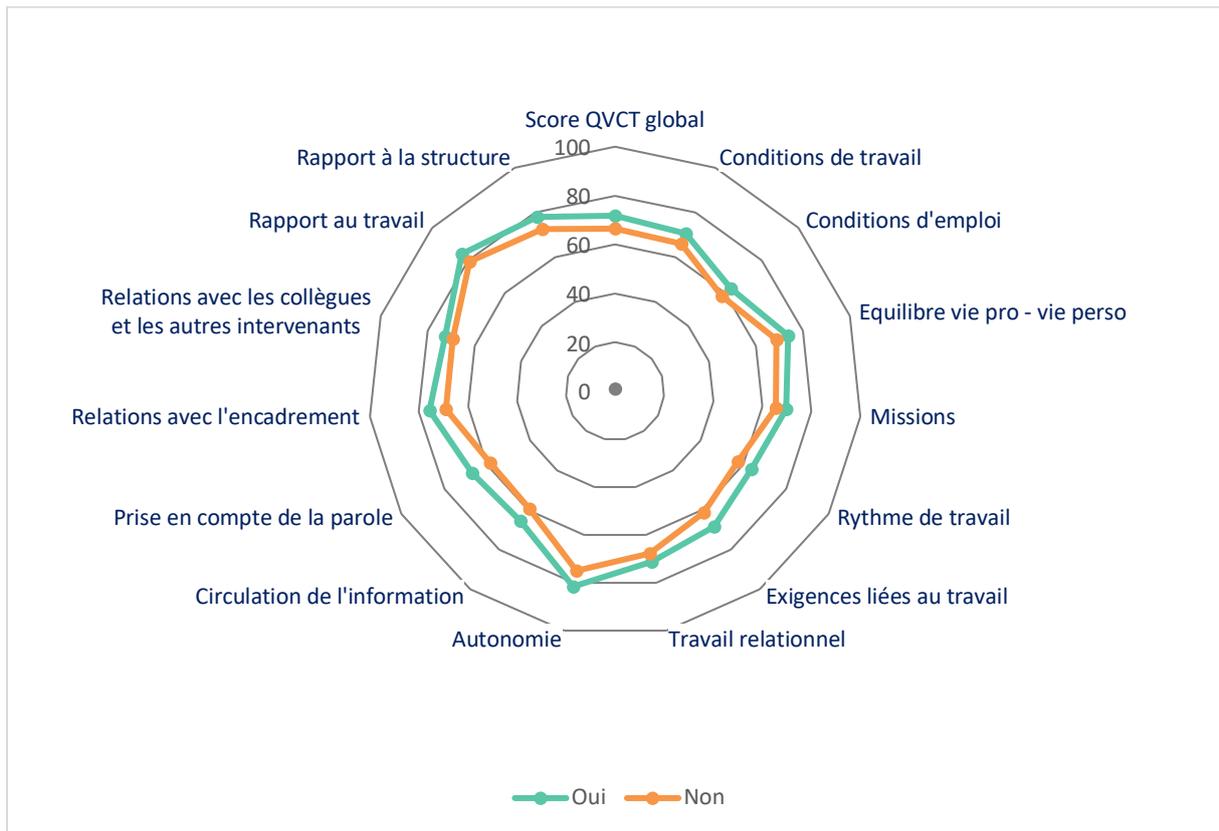


Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur la majorité des dimensions (hormis les dimensions 4 « Mes missions », 7 « Le travail relationnel », 9 « La circulation de l'information », 12 « Mes relations avec mes collègues et les autres intervenants à domicile », 13 « Mon rapport à mon travail » et 14 « Mon rapport à ma structure »). Globalement, les professionnels travaillant dans l'administration, la direction et l'encadrement ont des scores QVCT plus élevés que les professionnels du soins et de l'accompagnement.

A l'inverse, pour la dimension 5 « Mon rythme de travail », les professionnels travaillant dans l'administration, la direction, et l'encadrement ont des scores moins élevés que les professionnels du soins et de l'accompagnement.

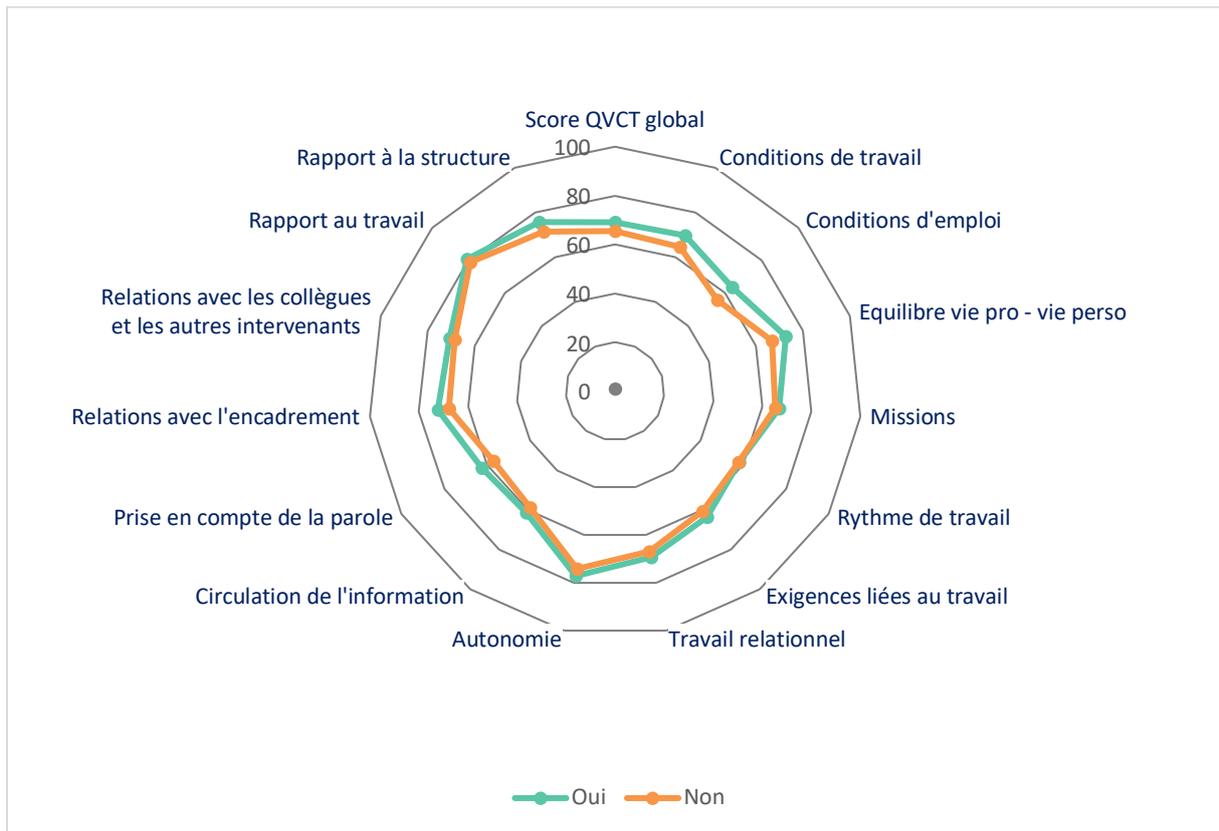
⁹⁴ La catégorie « Fonction technique » ne contenant que 10 individus, cette dernière a été exclue du radar pour des questions de pertinence statistique.

Professionnels transversaux



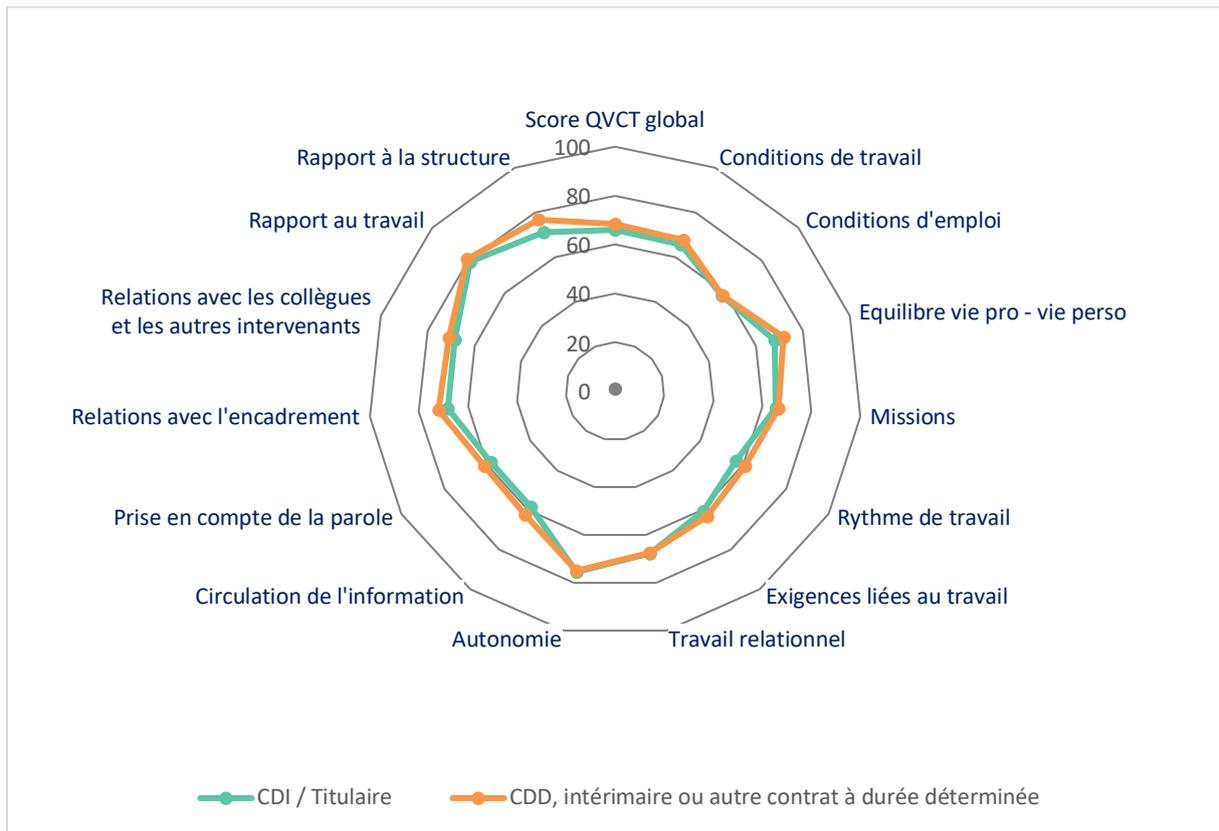
Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et les dimensions 3 « Mon équilibre vie professionnelle - vie personnelle », 6 « Les exigences liées à mon travail », 8 « L'autonomie », 10 « La prise en compte de ma parole », 11 « Mes relations avec l'encadrement », et 14 « Mon rapport à ma structure » : les professionnels transversaux ont des scores plus élevés que les professionnels non-transversaux.

Temps complet



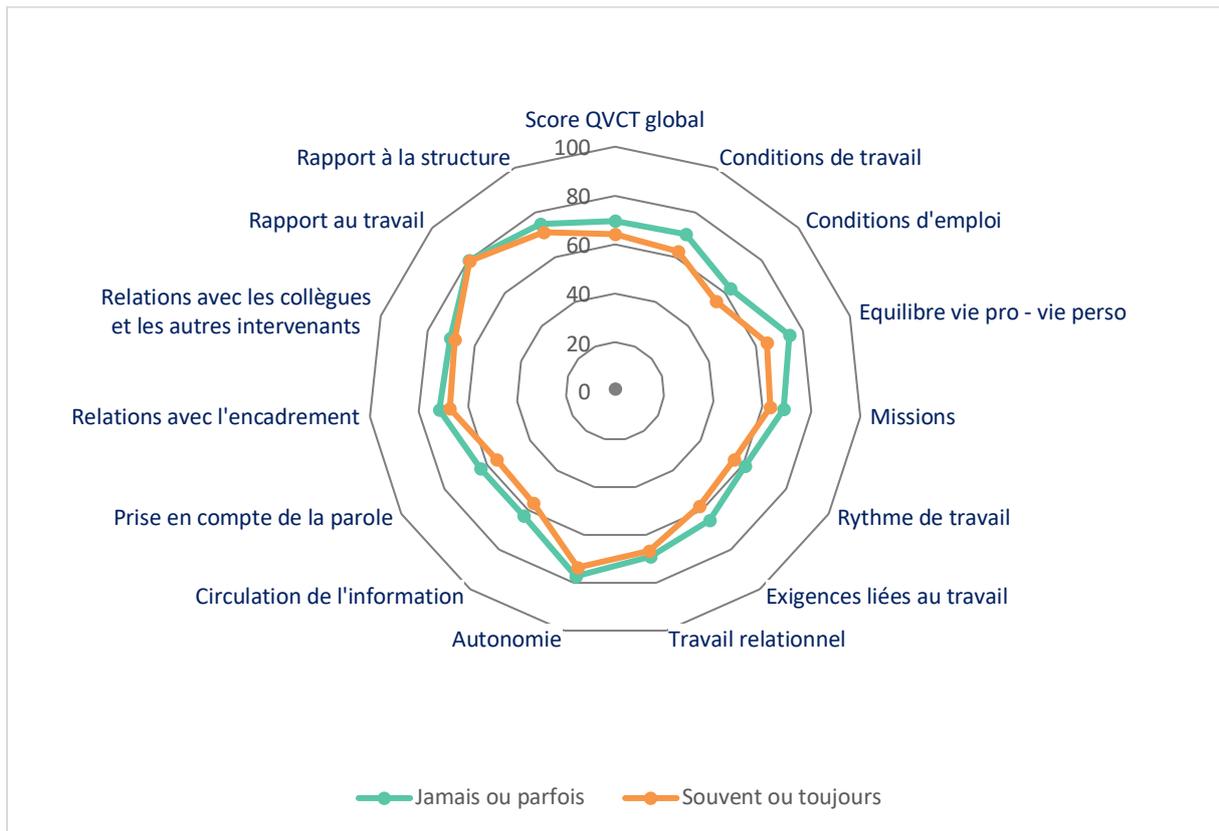
Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur la plupart des dimensions, hormis les dimensions 5 « Mon rythme de travail », 12 « Mes relations avec mes collègues et les autres intervenants à domicile », et 13 « Mon rapport à mon travail » : les professionnels à temps complet ont des scores plus élevés que les professionnels à temps partiel.

Type de contrat de travail



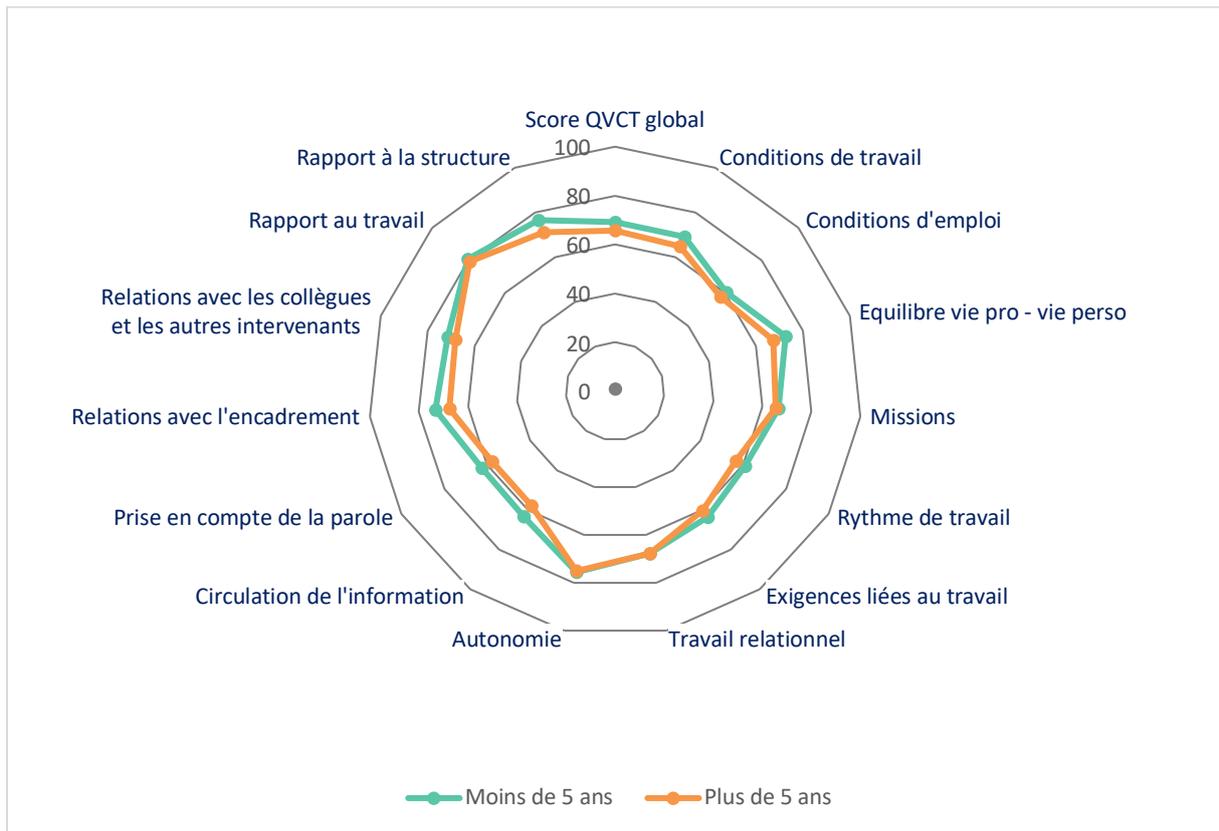
Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur la majorité des dimensions (hormis les dimensions 2 « Mes conditions d'emploi », 4 « Mes missions », 6 « Les exigences liées à mon travail », 7 « Le travail relationnel », 8 « L'autonomie », 12 « Mes relations avec mes collègues et les autres intervenants à domicile », et 13 « Mon rapport à mon travail ») : les professionnels en CDD, intérimaires ou ayant un autre type de contrat à durée déterminée ont des scores plus élevés que les professionnels en CDI ou titulaires.

Travail le week-end et les jours fériés en 2 catégories



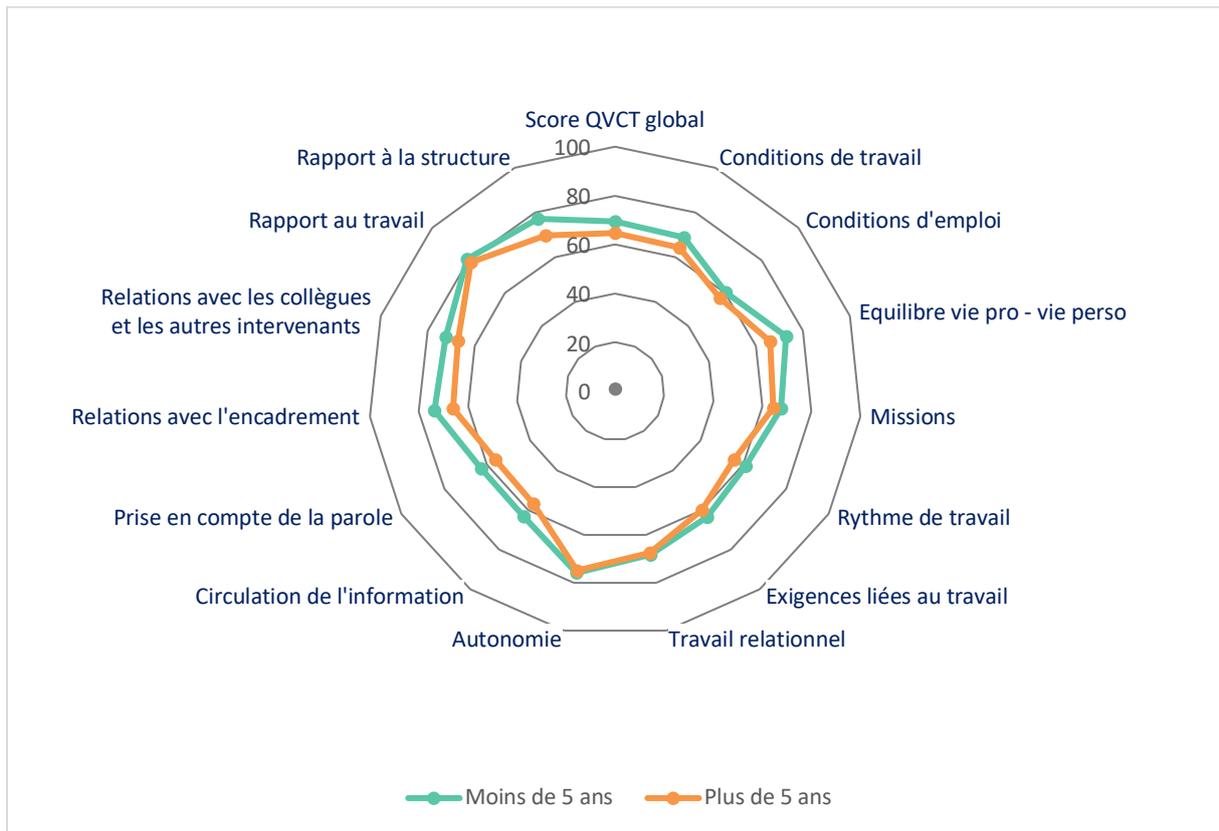
Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur la plupart des dimensions (hormis les dimensions 12 « Mes relations avec mes collègues et les autres intervenants à domicile », et 13 « Mon rapport à mon travail ») : les professionnels travaillant « Jamais ou parfois » le week-end et les jours fériés ont des scores plus élevés que les professionnels qui le font « Souvent ou toujours ».

Ancienneté dans le métier en 2 catégories



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur la plupart des dimensions (hormis les dimensions 4 « Mes missions », 7 « Le travail relationnel », 8 « L'autonomie », et 13 « Mon rapport à mon travail ») : les professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté dans le métier ont des scores plus élevés que ceux ayant plus de 5 ans d'ancienneté.

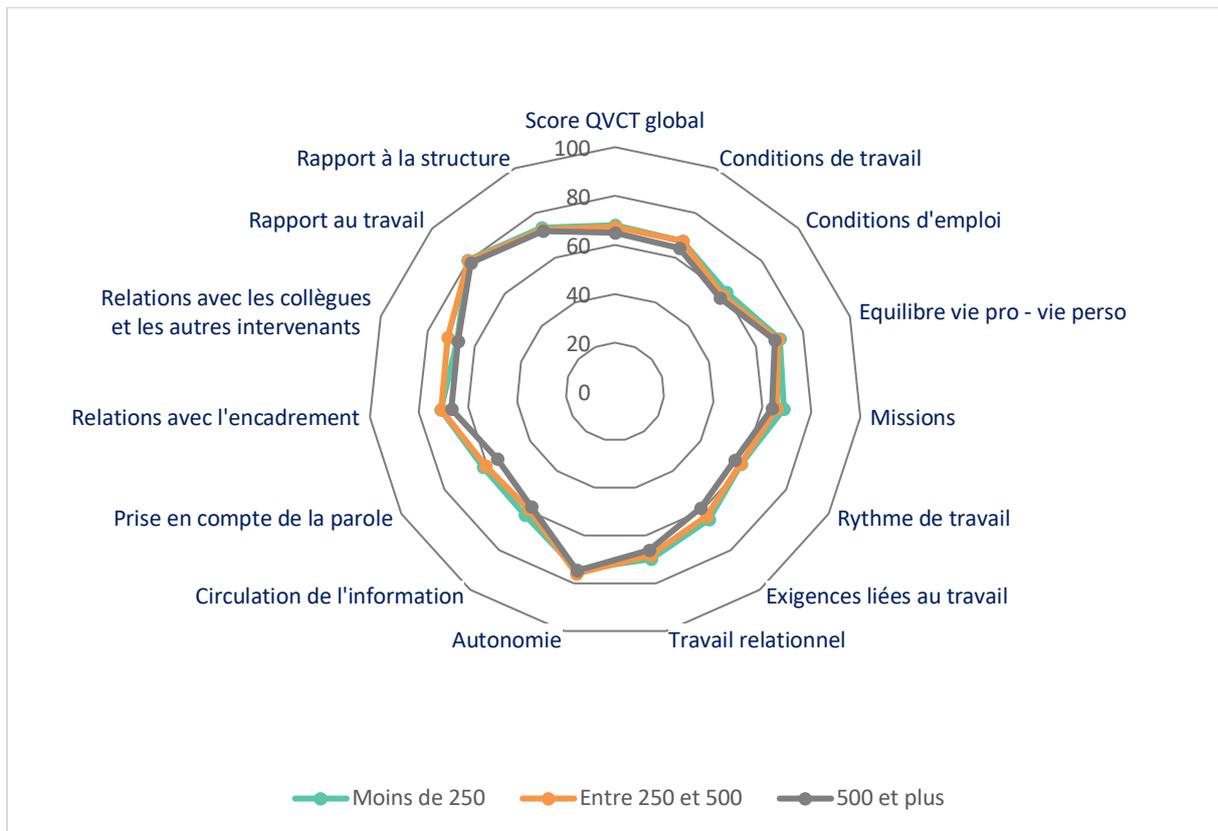
Ancienneté dans la structure en 2 catégories



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur la plupart des dimensions (hormis les dimensions 7 « Le travail relationnel » et 8 « L'autonomie ») : les professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté dans la structure ont des scores plus élevés que ceux ayant plus de 5 ans d'ancienneté.

Scores QVCT en fonction des caractéristiques des structures

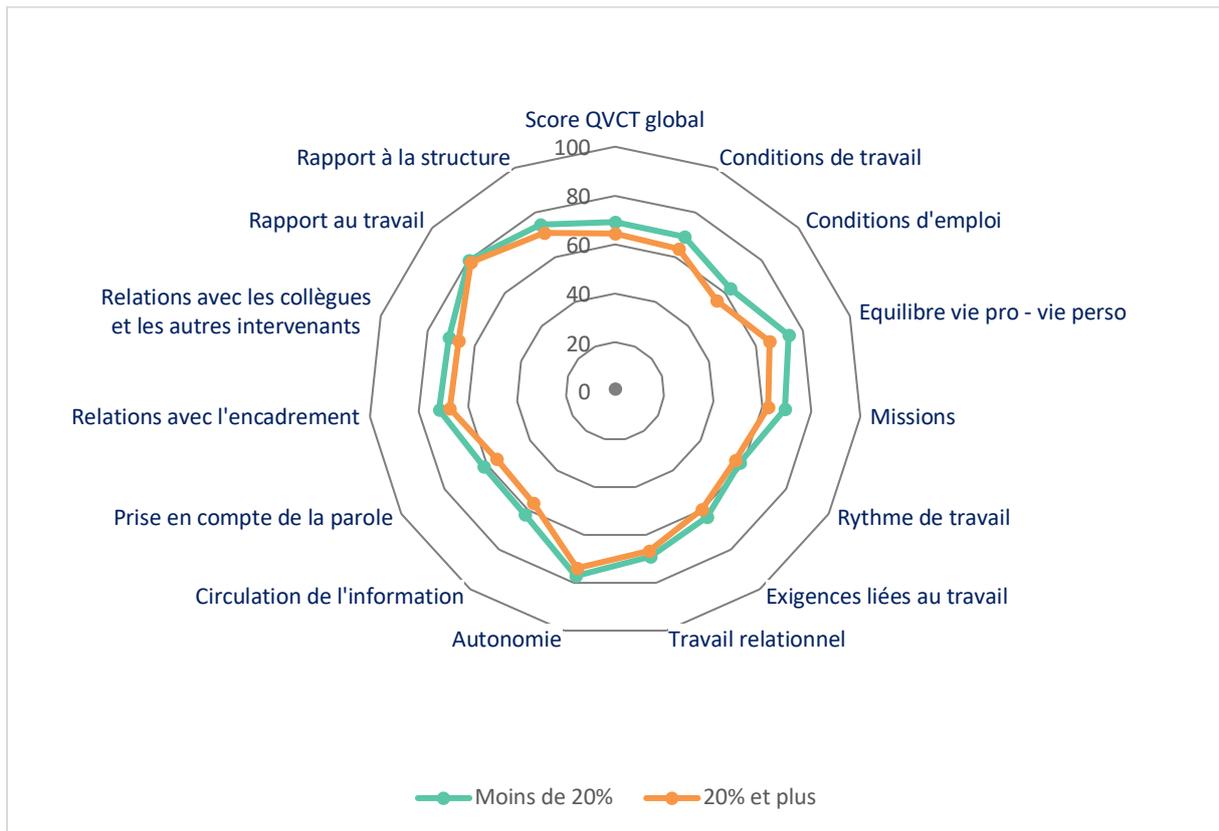
Nombre de personnes prises en charge en 3 catégories⁹⁵



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global, et sur les dimensions 1 « Mes conditions de travail », 4 « Mes missions », 6 « Les exigences liées à mon travail », 7 « Le travail relationnel », 10 « La prise en compte de ma parole » et 12 « Mes relations avec mes collègues et les autres intervenants à domicile ». Globalement, les professionnels exerçant dans des structures prenant en charge 500 personnes ou plus ont des scores plus bas que les professionnels exerçant dans des structures prenant en charge moins de personnes.

⁹⁵ Nombre total de personnes prises en charge en 2022. Discretisation des variables réalisée en trois classes selon les quartiles et la moyenne.

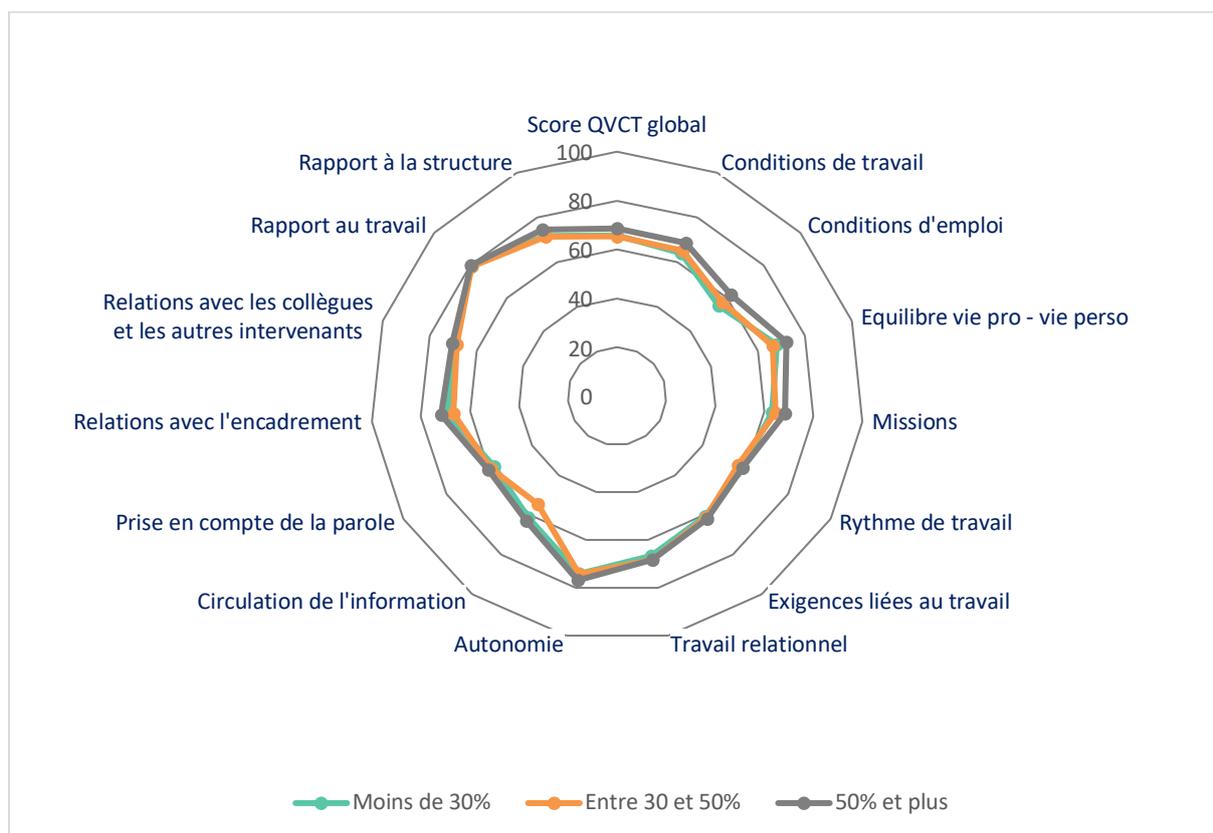
Taux d'absentéisme⁹⁶



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur la plupart des dimensions (hormis les dimensions 5 « Mon rythme de travail », 7 « Le travail relationnel » et 13 « Mon rapport à mon travail ») : les professionnels exerçant dans des structures avec moins de 20% d'absentéisme ont des scores plus élevés que les professionnels exerçant dans des structures avec 20% ou plus d'absentéisme.

⁹⁶ Discrétisation des variables réalisée en deux classes selon la médiane et la moyenne.

Part des salariés formés⁹⁷



Nous constatons des différences statistiquement significatives sur le score QVCT global et sur les dimensions 1 « Mes conditions de travail », 2 « Mes conditions d'emploi », 3 « Mon équilibre vie professionnelle - vie personnelle », 4 « Mes missions » et 11 « Mes relations avec l'encadrement ». Globalement, les professionnels exerçant dans des structures ayant 50% ou plus de salariés formés ont des scores plus élevés que les professionnels exerçant dans des structures ayant moins de salariés formés.

Sur la dimension 9 « La circulation de l'information », les professionnels exerçant dans des structures ayant entre 30 et 50% de salariés formés ont des scores moins élevés que les professionnels exerçant dans les autres types de structures.

Absence de résultats pertinents pour l'analyse

Les croisements ci-dessous ont été réalisés mais n'ont pas présenté de résultats pertinents pour l'analyse (peu ou pas de résultats statistiquement significatifs, effectifs d'une ou plusieurs modalités trop bas, variable de confusion, données issues des cahiers d'indicateurs peu fiables) :

- Age
- Genre
- Diplôme
- Mode d'exercice sur la structure
- Travail de nuit
- Nombre d'heures de formation par personne
- Taux de rotation
- Taux de départ
- Présence d'un référent QVCT
- Part des ETP administratifs
- Part des heures facturées GIR 1/2/3 et part des bénéficiaires GIR 1/2/3

⁹⁷ Discrétisation des variables réalisée en trois classes selon les quartiles et la moyenne.

Analyse de la question ouverte

Les analyses présentées ci-dessous ont été réalisées à partir de la question ouverte posée à chaque répondant en fin de questionnaire. Cette question était la suivante : « Avez-vous des idées pour améliorer votre qualité de vie et vos conditions de travail au quotidien ? ».

1. Profils des répondants et thématiques principales abordées

Plus de répondants à la question ouverte parmi les intervenants à domicile, les professionnels à temps partiel et les professionnels avec le plus d'ancienneté sur la structure

Ces analyses sont statistiquement significatives, c'est-à-dire qu'il y a 95% de chance qu'elles ne soient pas liées au hasard. Un lien statistiquement significatif entre deux variables et l'intensité de ce lien sont déterminés grâce à des indicateurs statistiques tels que le Chi-deux, le test de Student, le V de Cramer, la p value...

Caractéristiques des répondants	n total	Pas de réponse à la question ouverte n (%)	Réponse à la question ouverte n (%)
Total	999	631 (63.2)	368 (36.8)
Intervenants au domicile	839	511 (60.9)	328 (39.1)
Autres types de professionnel	147	109 (74.2)	38 (25.8)
Temps partiel	633	385 (60.8)	248 (39.2)
Temps complet	352	235 (66.8)	117 (33.2)
Ancienneté structure Moins de 5 ans	433	286 (66.0)	147 (34.0)
Ancienneté structure 5 ans et plus	554	334 (60.3)	220 (39.7)

Les intervenants à domicile, les professionnels à temps partiel et ceux ayant une ancienneté dans la structure égale ou supérieure à cinq ans sont à la fois plus nombreux et légèrement surreprésentés parmi les répondants à la question ouverte.

Des répondants à la question ouverte ayant une moins bonne perception de leur QVCT

En moyenne, les répondants à la question ouverte ont un score QVCT global plus faible que les non-répondants (64,4 en moyenne contre 68,2). On retrouve la même observation au niveau de la médiane du score QVCT, avec une médiane à 64,3 pour les répondants à la question ouverte, contre 66,7 pour les non-répondants. Les professionnels ayant répondu négativement à l'item 68 (« J'ai une bonne qualité de vie au travail ») sont également surreprésentés parmi les répondants à la question ouverte.

Indicateurs	Pas de réponse à la question ouverte	Réponse à la question ouverte
Moyenne du score QVCT global (écart-type)	68,2 (13.5)	64,4 (14.2)
Médiane du score QVCT global	66,7	64,3

Réponse à l'item 68	n total	Pas de réponse à la question ouverte n (%)	Réponse à la question ouverte n (%)
Effectif total	999	631 (63.2)	368 (36.8)
Pas du tout d'accord	30	15 (50)	15 (50)
Plutôt pas d'accord	172	87 (50.6)	85 (49.4)
Plutôt d'accord	572	371 (64.9)	201 (35.1)
Tout à fait d'accord	223	156 (70)	67 (30)

Les thématiques abordées dans les réponses à la question ouverte

Au total, 368 réponses ont été apportées à la question ouverte, que l'on peut répartir dans différentes thématiques. Les principales thématiques citées par les professionnels dans leur réponse concernent, dans l'ordre de fréquence de citation : les déplacements (indemnisation, organisation, véhicule, etc.), la communication au sein de la structure (soutien, écoute et transmissions d'information entre collègues et avec l'encadrement), les horaires (plannings, congés, jours de repos, etc.), la rémunération, le matériel à disposition, et la reconnaissance.

En synthèse sur les répondants à la question ouverte

- ⇒ Des répondants à la question ouverte plus souvent intervenants à domicile, à temps partiel et ayant une ancienneté dans la structure supérieure ou égale à cinq ans
- ⇒ Les professionnels les moins satisfaits de leur QVCT sont surreprésentés parmi les répondants
- ⇒ Les thématiques principales abordées par les répondants ont trait aux déplacements, à la communication, aux horaires, à la rémunération, au matériel à disposition et à la reconnaissance

2. Synthèse des réponses à la question ouverte

Les éléments ci-dessous présentent une synthèse de l'ensemble des suggestions faites par les professionnels (toutes structures confondues) ayant répondu à la question ouverte, triés par thématique⁹⁸.

Déplacements

Aspects financiers :

- Améliorer la prise en charge de tous les frais liés au véhicule personnel (via une prime, des remboursements, un forfait, une revalorisation des frais kilométriques...) :
 - o Frais d'entretien/réparation
 - o Usure du véhicule
 - o Carburant
 - o Assurance
 - o Prise en charge de la surprime d'assurance liée à l'usage professionnel
 - o Franchise en cas d'accident
 - o Contrôle technique
- Payer les frais de déplacements dans le mois suivant maximum, sans retard
- Rémunérer tous les déplacements même lorsqu'ils sont faits dans la commune d'habitation du professionnel
- Payer les kilomètres effectués entre la dernière intervention du matin et la première intervention de l'après-midi
- Rembourser systématiquement sur les kilomètres réels jusqu'à l'adresse du domicile du bénéficiaire (et non l'adresse de la mairie de la ville du bénéficiaire)
- Mettre en place un partenariat avec des garages automobiles pour l'entretien des véhicules personnels utilisés pour les déplacements professionnels
- En formation, rembourser les kilomètres effectués depuis le domicile du professionnel et non depuis le siège social de la structure
- Rémunérer le temps de trajet entre les bénéficiaires comme du temps de travail, ou a minima mettre en place un forfait

Autres aspects :

- Mettre à disposition des voitures de fonction, au mieux tout le temps ou pour des créneaux spécifiques (soir ou week-end par exemple)
- Réaliser une meilleure estimation des temps de trajet entre deux interventions, notamment avec la prise en compte des embouteillages potentiels (exemple : période estivale)
- Être prioritairement rattachée aux secteurs les plus proches de son domicile, en particulier le week-end
- Mieux optimiser et regrouper les interventions d'un même secteur
- Limiter autant que possible la taille des secteurs et les temps de trajet à 15 minutes
- Fournir un macaron pour le stationnement

Communication, écoute, soutien

- Favoriser une meilleure circulation des informations liées aux bénéficiaires (changements, situations compliquées, difficultés...) entre intervenants à domicile, en mettant en place davantage de temps d'échanges, de transmissions, de réunions de service/secteur, payés par la structure, et suffisamment longs pour pouvoir discuter des cas complexes

⁹⁸ Tri par thématique réalisé par codage croisé entre les deux cheffes de projet QENA©.

- Augmenter les temps d'échanges avec l'encadrement (en particulier les référents de secteurs), notamment sur les difficultés liées au travail, les problèmes qui se posent et les améliorations à mettre en place
- Renforcer la confiance et l'écoute de l'encadrement vis-à-vis des professionnels de terrain
- Renforcer la transparence et la circulation d'informations émanant de l'encadrement et de l'administration, notamment sur le service, les changements divers, les dispositifs existants à destination des professionnels, etc. (exemple : newsletter hebdomadaire)
- Appuyer et soutenir les professionnels au quotidien en cas de difficultés
- Faire preuve de reconnaissance, de considération, valoriser le travail accompli par les intervenants à domicile, la légitimité de leur parole et la pénibilité qu'ils endurent (auxiliaires de vie et aides à domicile en particulier)
- Faire preuve de respect mutuel et d'absence de jugement entre collègues
- Organiser des temps d'échanges et de discussion, des sorties et des activités extérieures en équipe afin d'apprendre à se connaître entre collègues et renforcer l'esprit de cohésion
- Réaliser des comptes-rendus des réunions de secteur par écrit pour les absents

Horaires, planning, congés

- Fournir des plannings plus réguliers ou fixes, moins variables en fonction des jours/semaines (exemples : une semaine travail de matin, semaine suivante d'après-midi ; travail du soir fixe...) et moins sensibles à des événements liés aux bénéficiaires type hospitalisations ; proposer un nombre d'heures effectives mensuel fixe (minimum 130 heures)
- Fournir le planning à l'avance pour permettre aux intervenants de s'organiser dans leur vie personnelle (minimum 2 semaines à l'avance)
- Respecter les plannings et les horaires
- Diminuer les amplitudes horaires : éviter les journées de 12 heures (amplitude horaire 8h-20h) et les limiter à 10 heures par jour maximum
- Mettre en place un emploi du temps sur 5 jours plutôt que 6, avec 2 jours de repos consécutifs et un week-end travaillé par mois maximum
- Éviter de faire démarrer une intervenante à 8h le lendemain d'une journée finie à 20h ; mettre une demi-journée de repos après un travail le dimanche
- Demander systématiquement l'avis des intervenants avant de leur faire réaliser des heures supplémentaires / complémentaires
- Limiter au maximum les modifications de planning ; en cas de changement de planning à court terme (48h), systématiquement demander l'autorisation à l'intervenant et ne pas imposer la modification
- Mettre en place des astreintes payées pour les remplacements
- Limiter au maximum les plannings avec des trous de trente minutes ou une heure non rémunérés dans la journée (hors pause déjeuner)
- Mettre en place une pause déjeuner suffisamment longue (minimum une heure hors temps de déplacements)
- Permettre plus de flexibilité et une gestion autonome dans les temps d'intervention pour prendre en compte les imprévus ou les besoins spécifiques
- Limiter au maximum les horaires en coupures
- Terminer la demi-journée à 12h plutôt que 13h30
- Ne pas mettre de coucher le soir lorsque qu'il y a une plage d'indisponibilité l'après-midi
- Donner une possibilité de choix de prise de congés plus grande ; permettre de prendre deux semaines ou plus de congés l'été
- Accorder des plages indisponibilités
- Pour les administratifs :
 - Permettre le travail sur 4 jours

- Mettre en place des badgeuses ou des feuilles de pointage pour comptabiliser les heures supplémentaires effectuées et avoir ainsi plus de souplesse dans l'articulation vie professionnelle – vie personnelle (prise de rendez-vous personnels par exemple)
- Bannir le favoritisme dans la planification (plannings, horaires, congés...) et dans le nombre d'heures allouées à chaque intervenant à domicile

Rémunération

- Revaloriser les salaires, notamment en fonction de l'expérience ou du diplôme et rémunérer davantage les heures effectuées ainsi que les heures complémentaires
- Mettre en place un treizième mois
- Mieux rémunérer et mieux indemniser les remplacements, en particulier ceux effectués pendant les week-ends, mettre en place un roulement d'astreinte rémunéré pour les remplacements, ou mettre en place d'une prime d'investissement personnel
- Rémunérer les heures d'échanges téléphoniques effectuées au domicile personnel
- Mettre en place une prime pour combler la différence de la prime Ségur attribuée sur le nombre d'heures du contrat et non sur les heures travaillées
- Mieux indemniser les responsabilités supplémentaires (par exemple assistant de prévention car responsabilité supplémentaire)
- Mettre en place une prime « Habillage »
- Mettre en place des primes d'assiduité en cas d'absence d'arrêts maladie pendant l'année
- Pour les administratifs
 - Rémunérer le temps passé à travailler lors de l'astreinte (en plus du forfait astreinte)
 - Revaloriser les primes pour les référentes

Matériel, locaux

Locaux

- Adapter les locaux au fonctionnement et à l'activité du service :
 - Accueil / réception de taille suffisante
 - Bureaux individuels confortables (lumière, fenêtre, taille...)
 - Cuisine, salle de pause, toilettes et salles de réunion/transmission à disposition et adaptées au nombre de personnel, avec fenêtre...
 - Lieux de stockage des EPI suffisants
- Aménager des vestiaires grands et propres avec douche et fenêtre
- Proposer un siège massant en salle de pause
- Aménager un local à vélo sécurisé
- Mettre en place une badgeuse

Matériel

- Mettre à disposition des intervenants du matériel de bonne qualité, en bon état, léger et adapté (gants, balais et serpillères adaptés, aspirateur...) et vérifier que les domiciles des bénéficiaires sont compatibles avec l'intervention
- Promouvoir l'utilisation de produits d'entretien naturels (vinaigre, savon noir...) chez les bénéficiaires, ou les fournir directement
- Fournir des chaussures de sécurité, adaptées à la saison, fournir un équipement spécial canicule (type thermos, blouse), donner plus de tenues de travail
- Fournir des tablettes numériques ou des ordinateurs portables pour les transmissions en direct et l'accès aux informations sur les bénéficiaires
- Fournir un téléphone plus récent

Organisation du travail

- Éviter de changer régulièrement de bénéficiaires et avoir davantage de bénéficiaires réguliers, pour assurer un meilleur suivi de l'évolution de leurs pathologies et avoir une meilleure connaissance de leurs habitudes et façons d'agir
- Mettre en place des équipes du soir et des équipes de matin
- Sectoriser de manière plus précise les aides à domicile et les faire travailler par groupes de 4 à 6 personnes afin d'anticiper les absences diverses sans perturber les bénéficiaires
- Mettre en place plus de binômes, notamment entre les infirmières et les aides-soignantes ; permettre l'intervention à deux en cas de cas lourds ou difficiles
- Pour les administratifs :
 - o Mettre en place une badgeuse pour donner de la flexibilité le matin avant 9h, entre midi et 14h et le soir à partir de 16h30
 - o Permettre de télétravail

Accompagnement

- Mieux informer les intervenantes sur les bénéficiaires et leur situation, prévenir en cas de pathologie lourde ou de changements
- Pour les personnes seules et fragiles émotionnellement, donner plus d'heures de garde pour des sorties ou de la présence à la place du ménage, qui n'est pas toujours nécessaire
- Réévaluer régulièrement les heures nécessaires chez les bénéficiaires (parfois trop d'heures effectuées)
- Limiter à 1h30 le temps de ménage chez un bénéficiaire
- Respecter les choix et la volonté des bénéficiaires
- Au début des prises en charge, organiser systématiquement un temps avec le référent chez le bénéficiaire pour présenter le ou les intervenant(s), les tâches à réaliser, les conditions de prise en charge etc., en particulier pour les bénéficiaires à besoins spécifiques (psychiatrie par exemple)
- Prévenir systématiquement les bénéficiaires en cas de changements (intervenants, planning...)
- Pour les responsables, mieux suivre les cas difficiles
- Supprimer les GIR 6 qui souhaitent uniquement des heures de ménage
- Avoir une infirmière dans l'équipe
- Pouvoir parler à un-e psychologue en cas de situations moralement difficiles ou de difficultés dans son travail

Rythme de travail

- Augmenter le temps d'intervention chez chaque bénéficiaire afin de permettre du temps relationnel et d'écoute
- Mieux adapter le nombre d'heures d'intervention au profil des bénéficiaires ; donner plus de temps d'intervention pour les personnes à mobilité réduite
- Renforcer l'autonomie et la souplesse dans la gestion du planning afin de permettre d'adapter le temps d'intervention en fonction des besoins
- Permettre une pause rapide entre collègues en milieu de tournée
- Pour les administratifs, minimiser les sollicitations de la part de l'encadrement en période de surcharge de travail

Missions et tâches

- Respecter la fiche de poste de chacun, les missions et tâches associées
- Mieux informer les intervenants à domicile sur les tâches à effectuer chez les bénéficiaires
- Faire respecter les tâches prévues par la structure pour le bénéficiaire (trop de demandes des bénéficiaires ou des familles)
- Remettre à jour régulièrement les tâches à effectuer chez les bénéficiaires

- Mieux répartir les tâches : plus d'équilibre entre les heures d'auxiliaire de vie et les heures de ménage (pas assez d'heures d'auxiliaire de vie et trop d'heures de ménage) ; diminuer les tâches répétitives
- Aménager les postes et missions sur avis du médecin du travail
- Pour les administratifs :
 - o Avoir de nouvelles missions intéressantes à mener à côté de la gestion des plannings (exemple : projets)
 - o Améliorer sa connaissance des missions et des tâches à effectuer par les intervenants à domicile, avec une meilleure connaissance du temps nécessaire à leur réalisation

Effectifs

- Augmenter les effectifs d'intervenants à domicile et d'administratifs qualifiés et motivés
- Embaucher un personnel d'accueil
- Créer du lien avec les écoles qui forment les futurs aides à domicile

Recrutement

- Proposer plus de formation, de tutorat et d'accompagnement des nouveaux collègues
- Mieux informer les nouveaux salariés à l'embauche
- Augmenter le temps d'accompagnement des nouveaux collègues (réunions, travail en doublon...)

Conditions d'emploi

- Éviter les fortes variations d'heures d'un mois sur l'autre ; effectuer minimum 130h par mois de travail effectif
- Donner la possibilité aux professionnels d'augmenter leur quotité horaire (temps complet en particulier)
- Proposer des CDI ou des titularisations
- Mieux informer sur l'évolution professionnelle au sein de la structure
- Compenser les heures perdues en cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire
- Respecter le nombre d'heures figurant sur le contrat de travail
- Proposer une meilleure caisse de cotisation de retraite
- Rémunérer l'intervention même en cas d'annulation de dernière minute de la part des bénéficiaires

Avantages en nature

- Proposer des séances de sport, de remise en forme, de sophrologie, d'ostéopathie, de bien-être etc. pour le personnel
- Mettre en place des avantages d'entreprise : prix préférentiels, comité d'entreprise plus développé, tickets restaurants...
- Créer une crèche d'entreprise avec des horaires adaptés à la profession

Formation

- Augmenter les formations professionnelles et leur régularité, notamment sur les pathologies lourdes comme la maladie d'Alzheimer, Parkinson, les addictions, la gestion de l'agressivité, la démence, les postures, les machines et outils à utiliser (type logiciels de télégestion, logiciels métier), le secourisme et les premiers secours, les produits ménagers...
- Mieux informer les bénévoles (dans les structures associatives) sur le métier d'auxiliaire de vie

Une perception globalement positive de la QVCT

En dépit de conditions d'emploi et de travail difficiles pointées par la littérature, les professionnels du domicile témoignent d'une perception positive de leur travail : ils sont près de 80% à déclarer avoir une bonne qualité de vie au travail, et le score QVCT global sur l'enquête est de 66,8 sur 100. A l'exception de quelques items, la plupart des questions obtiennent des réponses majoritairement positives. Les thématiques comme celles du sens accordé au travail, des valeurs professionnelles, de la relation avec les bénéficiaires et de l'autonomie au quotidien, perçues favorablement, expliquent notamment ces résultats très positifs.

Un fort attachement à son travail, à sa structure et aux valeurs professionnelles

La dimension la mieux perçue par les professionnels du secteur domicile est celle du « Rapport au travail », avec un score de 79,7 sur 100. Dans cette dimension, 96,8% des professionnels ont répondu positivement à l'item « J'aime mon métier » (dont 69,2% déclarant être « Tout à fait d'accord » avec cette affirmation), faisant de cette affirmation l'un des trois items ayant reçu les réponses les plus positives sur l'ensemble du questionnaire. Les répondants sont également 94,8% à trouver leur travail enrichissant, et 92,9% à estimer pouvoir réaliser leur travail en conformité avec leurs valeurs.

« J'adore mon travail je le fais avec Amour toujours avec le sourire je donne et je donnerai toujours un peu de moi » (Intervenante du domicile)

Ces résultats positifs renvoient notamment aux aspects relationnels du métier, perçus très positivement par les professionnels dans leur travail au quotidien. En effet, ils sont 95,2% à passer régulièrement de bons moments avec les personnes accompagnées, et 96,6% à entretenir de bonnes relations avec l'entourage des bénéficiaires. L'aspect relationnel est d'autant plus important que les professionnels s'impliquent dans des relations longues, et créent souvent des liens affectifs avec les personnes accompagnées. Ces perceptions positives renforcent l'attachement des professionnels à leur métier, riche de rapports humains et du travail émotionnel qui lui est inhérent.

« J'adore mes petits clients et ils sont tous reconnaissants de ma présence et mon travail. J'adore mon métier. » (Intervenante du domicile)

Cependant, lorsque les relations sont plus difficiles (comportements agressifs de l'entourage de certaines personnes accompagnées), 42,6% des professionnels ne sentent pas convenablement préparés pour y faire face. Cet aspect est particulièrement marqué chez les intervenants à domicile⁹⁹ qui ne se sentent pas suffisamment armés pour ces situations. Face à cette problématique, certains professionnels souhaiteraient par exemple pouvoir organiser des rendez-vous individuels ou des réunions avec une psychologue pour parler des « situations difficiles moralement » rencontrées dans leur travail et libérer la parole.

Au-delà d'un attachement au métier, les items de la dimension « Rapport à la structure » (fierté organisationnelle, culture et valeurs professionnelles...) sont également très bien perçus. Avec un score de 72,9 sur 100 (troisième meilleur score) et des réponses positives allant de 81,7% jusqu'à 91%, ces

⁹⁹ Les intervenants à domicile regroupent les professionnels de l'accompagnement (auxiliaire de vie, aide à domicile, agent de portage de repas...) et les professionnels du soin (infirmier, aide-soignant, professionnel paramédical...). Les autres types de professionnels regroupent les professionnels de l'administration, de l'encadrement de proximité et de la direction (accueil, secrétariat, agent de qualité, responsable ou référent de secteur, IDEC, coordinateur, évaluateur...) et les professionnels de la fonction technique (services technique et d'entretien, informaticien...).

résultats témoignent d'un fort sentiment d'appartenance et d'un attachement à sa structure et aux valeurs qu'elle représente.

De l'autonomie au quotidien

L'autonomie est également un facteur déterminant de la perception positive du travail chez les professionnels du domicile. En effet, cette dimension obtient le deuxième meilleur score, avec 75,3 sur 100 : tous les items de cette dimension sont très bien notés, et l'item 36 « J'ai de l'autonomie dans mon travail au quotidien » obtient le meilleur taux de réponses positives du questionnaire (97,2%).

Comme évoqué précédemment dans la revue de littérature, travailler seul-e au domicile des personnes nécessite une autonomie importante dans le travail ainsi qu'une grande indépendance dans la réalisation des tâches quotidiennes. Cette autonomie se manifeste notamment par le fait de pouvoir organiser soi-même l'ordre de ses tâches (plus de 90% de réponses positives à l'item 37) et d'avoir des marges de manœuvre sur la manière de réaliser son travail (87,2% de réponses positives à l'item 38).

La perception de la QVCT dans le secteur de l'aide et des soins à domicile reste donc globalement positive, mais l'analyse des scores par dimension a toutefois permis d'identifier les principales difficultés rencontrées par les professionnels du domicile dans leur travail. Les éléments négatifs mis en évidence à travers les réponses au questionnaire – comme le manque de communication ou de temps d'échange, la problématique des déplacements ou de la gestion des plannings – mais aussi les suggestions exprimées par les professionnels à travers la question ouverte pour améliorer leur quotidien, constituent de véritables pistes de réflexion pour l'engagement d'actions en faveur de l'amélioration de la QVCT sur ce secteur.

Les principales difficultés des professionnels du secteur du domicile

Les principales difficultés exprimées par les professionnels de notre échantillon concernent le « Rythme de travail », les « Conditions d'emploi », la « Prise en compte de la parole » et la « Circulation de l'information ».

Un manque de temps ressenti chez l'ensemble des professionnels

La difficulté la plus prégnante mise en évidence par le questionnaire QENA© - DOM est celle des pressions temporelles, et le manque de temps face à la charge de travail est une problématique commune à l'ensemble des professionnels. Le « Rythme de travail » est en effet la dimension qui présente le moins bon score (58 sur 100), et contient l'un des items les moins bien notés du questionnaire : 45 % des répondants estiment que les effectifs de personnels ne sont pas adaptés à la charge de travail de leur structure. Ils sont par ailleurs près de 30% à estimer ne pas avoir suffisamment de temps pour accomplir correctement l'ensemble de leurs tâches professionnelles.

Ce constat est d'autant plus saillant chez les professionnels de l'administration, de l'encadrement et de la direction, dont les perceptions du rythme de travail sont bien plus négatives que pour les professionnels intervenant au domicile (8,1 points de différence sur le score) ou les professionnels de la fonction technique (12,4 points de différence). Les personnels de l'administration, de l'encadrement et de la direction sont en effet 42,3 % à estimer ne pas avoir suffisamment de temps pour accomplir correctement l'ensemble de leurs tâches professionnelles. Ils sont aussi 37,2% à considérer que leur charge mentale est peu ou pas acceptable, et 69,3% à déclarer ne pas pouvoir se consacrer pleinement à ce qu'ils font sans avoir à prendre en charge des imprévus en permanence (contre 28% pour les autres types de professionnels). L'interruption fréquente des tâches, perturbant le travail, accentue la perception de manque de temps. La problématique de la gestion des absences de personnels par la

structure peut également renforcer leur perception d'un rythme de travail soutenu (35,8% de réponses négatives à l'item 27).

« Une réorganisation semblerait bienvenue pour que nous ayons le temps de mener correctement nos missions et aller au bout des choses (sentiment de survoler le travail en permanence par manque de temps). » (Personnel de l'administration et de l'encadrement)

Des rémunérations perçues comme insuffisantes

La dimension « Conditions d'emploi » affiche le deuxième score le plus faible sur cette enquête. Cette perception négative tient en particulier aux items relevant de la rémunération des professionnels. En effet, deux des trois items ayant reçu le plus de réponses négatives sur l'ensemble du questionnaire concerne cette thématique. Ainsi 61,3% des intervenants à domicile estiment ne pas être correctement indemnisés pour leurs déplacements professionnels, et 53,4% des professionnels (tous types de fonction) estiment ne pas recevoir une rémunération juste pour le travail qu'ils fournissent. Cette problématique est également évoquée dans les réponses à la question ouverte. Beaucoup de professionnels réclament en effet une revalorisation des salaires, une meilleure rémunération des remplacements, la mise en place de primes ou la revalorisation de primes déjà existantes par exemple. Ce ressenti fait également écho à l'enquête « Conditions de travail » de la DARES qui indique que le revenu mensuel médian des quatre principaux métiers du Grand Age était en dessous du SMIC en 2019 : il était de 1 100 euros, contre 1 330 euros pour l'ensemble des employés et ouvriers du secteur tertiaire, et il était encore plus bas pour les aides à domicile, avec un revenu mensuel médian de 1 053 euros. Cette faible rémunération s'explique par la conjonction de salaires horaires bas et la généralisation du travail à temps partiel dans ce secteur.

« Être mieux reconnue par une meilleure rémunération : taux horaires, remboursements km, prise en compte du temps entre interventions, prime d'investissement personnel (remplacement inopiné) cela encouragerait les agents actuellement en poste et motiverait des candidatures » (Intervenante à domicile)

Ces résultats renvoient également aux éléments identifiés dans la revue de littérature et aux réponses fournies par les professionnels à la question ouverte, dans laquelle ils évoquent notamment le souhait d'une meilleure prise en charge de tous les frais liés à l'utilisation de leur véhicule personnel (usure et frais d'entretien, assurance, contrôle technique...).

« Personnellement mon gros point noir est l'utilisation de mon véhicule perso et ce qu'il en résulte : usure, carburant, panne, assurance... Un énorme budget/mois qu'il faut retirer de notre paie chaque mois. Certes nous avons eu une revalorisation mais cela reste peu suffisant au vu de l'inflation actuelle qui ne cesse d'accroître. Je pense que cela est un gros point négatif pour trouver du personnel. » (Intervenante du domicile)

La perception des salariés de leurs possibilités d'évolution professionnelle pèse également sur le score de la dimension « Conditions d'emploi » : ils sont en effet près de 40% à répondre négativement à l'item 6 « Les possibilités d'évolution professionnelle (promotions et responsabilités) sont accordées de manière équitable entre les salariés ».

Une mauvaise communication au sein des structures

Enfin, les dimensions « Circulation de l'information » et « Prise en compte de la parole » font également parties des dimensions les moins bien perçues par les professionnels, avec des scores

respectifs de 59,6 et 59 sur 100 (troisième et quatrième dimensions ayant obtenu les moins bons scores). Dans le détail, la dimension de la circulation de l'information regroupe en effet trois items ayant obtenu un nombre important de réponses négatives chez l'ensemble des professionnels, quelle que soit leur profession :

- « Dans ma structure, les informations circulent bien » (item 40) : près de 37% de réponses négatives,
- « Je reçois des informations satisfaisantes concernant la vie quotidienne de la structure (travaux, événements, nouveaux-elles résident-e-s...) » (item 41) : 34% de réponses négatives,
- « Je suis informé-e suffisamment à l'avance des changements dans la structure qui me concernent » (item 42) : 32% de réponses négatives.

Cette dimension est également souvent citée par les professionnels dans leur réponse à la question ouverte, dans laquelle ils expriment le besoin d'avoir davantage de réunions et l'accès à une meilleure information sur les bénéficiaires qu'ils prennent en charge.

La problématique de la prise en compte de la parole a quant à elle été essentiellement mise en évidence par les intervenants à domicile, à la fois dans les réponses au questionnaire et dans la question ouverte. Leur score sur cette dimension est en effet de 57 sur 100 (contre 69,9 pour les autres types de professionnels, soit quasiment 13 points d'écart). Cette spécificité tient au fait que l'essentiel du travail de ces professionnels est réalisé seul au domicile des bénéficiaires et que les temps de réunion sont peu fréquents. L'éclatement du collectif de travail constitue alors une difficulté pour la bonne communication et la circulation des informations au sein de la structure. Ainsi, 52% des intervenants à domicile estiment ne pas avoir suffisamment de temps d'échange avec leurs collègues pour s'exprimer sur leur travail (contre 23% pour les autres professionnels). Les professionnels souhaiteraient plus de temps de réunion afin de pouvoir échanger davantage sur les bénéficiaires, les changements de situation ou les cas complexes par exemple.

« Avoir des réunions entre collègues organisées par la structure et payées pour parler ensemble des bénéficiaires pour améliorer leur bien-être et les difficultés que l'on pourrait rencontrer » (Intervenante du domicile)

« Afin de pouvoir être dans une démarche de communication et de collaboration entre tout le monde, peut-être faudrait-il instaurer une régularité dans les différents types de réunions où tout le monde peut échanger. Par exemple, des réunions staff tous les deux mois plutôt que tous les 3 mois actuellement, remettre en place des réunions de secteurs/de service où nous pourrions apprendre les événements concernant la vie du secteur d'attache, de notre environnement de travail, de la vie du service » (Intervenante du domicile)

Ils sont aussi plus 40% à estimer que les temps d'échange avec l'encadrement, en particulier les référents de secteur, sont insuffisants (contre 21% chez les autres professionnels). Ils expriment le besoin d'échanger avec ces derniers autour de leurs difficultés, des problèmes qui se posent à eux et des améliorations à mettre en place.

« Il manque des temps compris dans nos heures de travail pour échanger avec la direction et/ou les collègues (difficultés rencontrées, amélioration ou divers sujets sur notre milieu professionnel) » (Intervenante du domicile)

Cette observation fait notamment écho aux actions proposées dans le dernier rapport El Khomri issu du Conseil National de la Refondation sur l'autonomie et ses métiers¹⁰⁰, qui suggère d' « imposer 4h de temps collectifs par mois » dans les structures du domicile et en EHPAD.

D'autres problématiques QVCT spécifiques aux intervenants à domicile

D'autres problématiques QVCT spécifiques aux professionnels intervenant au domicile des bénéficiaires ont été mises en évidence grâce aux croisements statistiques. Elles concernent les thématiques suivantes : les temps de déplacements, les plannings, ainsi que la charge physique liée à leur travail au quotidien.

Des déplacements trop chronophages

43% des intervenants à domicile estiment consacrer trop de temps à leurs déplacements professionnels (item 5), contre 9% pour les autres types de professionnels. Cet aspect a des conséquences sur leur qualité de vie au travail : les temps de déplacement programmés parfois trop courts, sans prise en compte des embouteillages (en période estivale ou sur des créneaux de circulation dense par exemple) engendrent du stress et des retards dans les tournées. Cette problématique est également un obstacle à la bonne indemnisation des déplacements, puisque le calcul du temps de travail prend uniquement en compte les temps effectifs d'intervention et ne comptabilise pas ou peu les temps de déplacements.

« Augmenter les temps de trajet est nécessaire, il est très difficile pour nous de faire aussi vite que les temps que vous nous donnez. » (Intervenante du domicile)

De ce fait, certains professionnels considèrent qu'il serait nécessaire de limiter davantage la taille des secteurs et que les tournées ne sont pas toujours suffisamment cohérentes pour permettre d'optimiser les temps de déplacements.

« Grouper les interventions sur un même secteur le matin ou l'après-midi à savoir ne pas nous faire intervenir en première intervention à tel endroit et nous y faire retourner en fin de journée pour notre dernière prestation (je parle en tant qu'aide-ménagère). Quand on a uniquement deux interventions par jour, il serait intéressant également de les regrouper pour ainsi nous libérer une matinée ou un après-midi afin de nous permettre de disposer de temps pour des fixations de rendez-vous médicaux. » (Intervenante du domicile)

Des plannings instables, donnés tardivement, et de fortes amplitudes horaires nuisant à l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle des intervenants à domicile

Le manque d'anticipation dans la communication des plannings et les changements fréquents de ces derniers demandent aux intervenants à domicile une flexibilité et une adaptation permanente qui peuvent impacter la bonne conciliation de leur vie professionnelle et personnelle. Ainsi, près de 40% des intervenants à domicile considèrent ne pas être informés suffisamment à l'avance de leur planning (item 14) et 30% considèrent que leur structure ne se préoccupe pas suffisamment de leur équilibre vie professionnelle – vie personnelle (item 12). Enfin, ils sont plus de 27% à ne pas être satisfaits de leur planning de travail (item 13).

Cette problématique s'illustre à travers les propos des intervenants à domicile recueillis dans la question ouverte. En effet, ils formulent fréquemment la demande d'avoir des plannings avec moins

¹⁰⁰ Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, 2020-2023, Myriam El Khomri, octobre 2019

d'amplitude horaire, plus stables et réguliers, moins sensibles aux événements liés aux bénéficiaires (hospitalisation par exemple) et communiqués suffisamment à l'avance. De plus, en cas d'absence de personnel, ces professionnels subissent souvent des changements de planning de dernière minute pour des remplacements dans l'urgence, sans que leur autorisation ne leur soit systématiquement demandée.

« Nous sommes soumis(es) à des journées qui ne laissent pas de place à une vie privée, ou alors rajouts de prestations imprévues. Des plannings aussi avec des trous de 30 min voire 1 heure. Nos journées sont cadencées de 08h00 à 20h00, ce qui crée un déséquilibre pour nos vies privées et parfois très peu de pause le midi, ce qui provoque un dérèglement au niveau alimentaire, mais aussi beaucoup de fatigue au niveau des jambes et pieds échauffés. Ces faits provoquent une grande lassitude du métier qui n'est pas reconnu comme pénible. » (Intervenante du domicile)

Un travail éprouvant pour les intervenants à domicile

La charge physique est également une problématique spécifique aux professionnels qui interviennent à domicile. En effet, les postures pénibles et fatigantes à répétition (en particulier liées aux heures de ménage), mais aussi la manutention à réaliser seul-e au domicile des personnes accompagnées accentuent la pénibilité de ces métiers. Ainsi, plus de 32% de ces professionnels considèrent que la charge physique à laquelle ils sont confrontés est peu ou pas acceptable. A titre de comparaison, on constate que ce pourcentage tombe à 8% chez les autres professionnels ayant répondu au questionnaire (administratifs, professionnels de l'encadrement, de la direction et de la fonction technique).

« Ne pas dépasser trop d'heures de ménage dans la journée, mieux les répartir, par rapport aux troubles musculo-squelettiques. » (Intervenante du domicile)

Cette problématique a pour conséquence une forte sinistralité du secteur des soins à domicile, avec notamment une fréquence des accidents du travail (AT) qui se maintient au-delà de 80 AT pour 1 000 salariés, contre 34 AT pour 1 000 salariés en moyenne sur les autres secteurs, en 2016¹⁰¹. Ces accidents du travail dans l'aide et les soins à la personne sont essentiellement liés à des accidents de manutention (59%) et à des chutes (26%). Cette sinistralité, particulièrement élevée chez les aides à domicile et les aides-soignantes, débouche également sur un recours au licenciement pour inaptitude plus fréquent que la moyenne¹⁰².

Des différences significatives en fonction des caractéristiques des répondants

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

Les croisements des scores par fonctions montrent que les professionnels de l'administration, de la direction et de l'encadrement obtiennent un meilleur score QVCT global et de meilleurs scores sur la plupart des dimensions en comparaison aux professionnels du soin et de l'accompagnement. Cette observation est particulièrement marquée sur les dimensions « Prise en compte de la parole », « Équilibre vie professionnelle – vie personnelle » et « Conditions d'emploi », sur lesquelles on constate environ 12 points d'écart.

¹⁰¹ Assurance Maladie - Risques professionnels. Aide et soins à la personne : sinistralité des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2012 et 2016. Novembre 2018.

¹⁰² SIGNORETTO Camille et VALENTIN Julie (2023), « Quels changements de comportements des employeurs après l'ordonnance travail instituant le barème et modifiant les règles du licenciement ? », Droit social, à paraître.

Ces observations sont similaires à celles faites sur l'enquête EHPAD et les hypothèses formulées précédemment peuvent également expliquer les écarts constatés sur le secteur du domicile (différence dans la nature des activités et des missions, administratifs et encadrants moins souvent sur le terrain, statut hiérarchique et place dans les différents processus de décision et d'organisation du travail...).

A l'inverse, sur la dimension « Rythme de travail », les professionnels de l'administration, de l'encadrement de proximité et de la direction obtiennent un score significativement plus bas que les autres professionnels, comme pointé précédemment dans la partie portant sur les principales difficultés des professionnels du secteur du domicile.

Les autres déterminants d'une meilleure QVCT

D'autres déterminants individuels d'une meilleure perception de la QVCT ont pu être mis en évidence grâce aux croisements statistiques.

Ainsi, les professionnels en CDD ou ayant moins de 5 ans d'ancienneté (dans leur métier ou dans la structure) affichent de meilleurs résultats sur leur score QVCT global et sur la plupart des dimensions. Ces facteurs positifs avaient été identifiés lors de l'enquête QENA© - EHPAD menée en 2020 en Nouvelle-Aquitaine, et des hypothèses d'explication avaient été formulées. Les professionnels en CDD ou ayant moins d'ancienneté pourraient par exemple avoir un seuil de tolérance plus élevé aux contraintes du métier, étant de fait plus éloignés d'une relation d'emploi stable ou durable. Les professionnels étant sur le terrain depuis moins longtemps pourraient également avoir des exigences professionnelles moins élevées que leurs collègues plus expérimentés. Enfin, les professionnels ayant plus de 5 ans d'ancienneté pourraient également ressentir une certaine forme d'usure professionnelle, moins pérnante chez les plus jeunes salariés.

Les professionnels à temps partiel ont également une moins bonne perception de leur qualité de vie au travail par rapport aux professionnels à temps complet sur le score QVCT global et sur la plupart des dimensions. Il ressort en effet de la littérature que les professionnels du secteur du domicile subissent souvent des contrats à temps partiel alors qu'ils souhaiteraient travailler davantage, ce qui pourrait expliquer ces résultats.

A l'inverse, une faible fréquence du travail le week-end ou les jours fériés apparaît comme un facteur protecteur de la QVCT sur la plupart des dimensions explorées, en particulier sur l'« Équilibre vie professionnelle – vie personnelle ».

On constate enfin que les professionnels exerçant sur plusieurs structures (transversaux) présentent de meilleurs scores QVCT au niveau global et sur 6 dimensions du questionnaire. Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que ces professionnels sont plus souvent à temps complet et travaillent moins souvent le week-end et les jours fériés.

Des différences significatives en fonction des caractéristiques des structures

Des croisements ont également été réalisés en fonction des caractéristiques des structures participantes. Certaines caractéristiques, présentées ci-dessous, ont un effet statistiquement significatif sur la perception de la QVCT des professionnels qui y exercent.

Il ressort notamment que les professionnels exerçant dans des structures avec moins de 20% d'absentéisme ont des scores QVCT plus élevés sur le score global et la plupart des dimensions par rapport aux professionnels exerçant dans des structures avec 20% d'absentéisme ou plus. Cet impact est particulièrement marqué sur les dimensions « Équilibre vie professionnelle – vie personnelle », « Conditions d'emploi », « Missions » et « Prise en compte de la parole ». On peut en effet supposer

qu'un fort absentéisme dégrade l'organisation du travail et des plannings, accentue le rappel des professionnels sur leurs jours de congés ainsi que le glissement de tâches chez les remplaçants. Le temps accordé aux formations ainsi qu'aux temps d'échanges entre professionnels peut également être mis de côté afin de favoriser le travail de terrain.

Le nombre de bénéficiaires pris en charge sur la structure ainsi que la proportion de salariés formés dans l'effectif peuvent également avoir un impact sur la perception de la QVCT. En effet, on constate de moins bons scores QVCT sur le score global et sur 6 dimensions¹⁰³ dans les structures ayant pris en charge 500 personnes ou plus en 2022 par rapport aux structures ayant pris en charge moins de bénéficiaires, ainsi que dans les structures ayant formé moins de 50% de leur effectif au cours de l'année.

En synthèse sur les résultats QVCT QENA© - DOM

- ⇒ Des perceptions globalement positives qui témoignent d'un fort attachement au travail, à la structure et aux valeurs professionnelles, et qui reflètent la forte autonomie des professionnels au quotidien ainsi que la richesse des rapports humains inhérents à ces métiers
- ⇒ Un manque de temps et d'effectifs qui a notamment pour conséquence des échanges interprofessionnels insuffisants
- ⇒ Une insatisfaction forte concernant les rémunérations, perçues comme trop faibles
- ⇒ Des problématiques spécifiques aux intervenants à domicile, liées aux déplacements chronophages et mal indemnisés, à des plannings instables qui nuisent à l'équilibre vie professionnelle – vie personnelle et à la charge physique de ces métiers
- ⇒ Une meilleure perception de la QVCT chez les professionnels de l'administration, de la direction et de l'encadrement
- ⇒ D'autres caractéristiques professionnelles ayant un impact sur la QVCT : les professionnels en contrat à durée déterminée (CDD), ayant moins de 5 ans d'ancienneté, à temps plein ou travaillant peu le week-end et les jours fériés ont une meilleure QVCT que les autres.
- ⇒ Les structures prenant en charge moins de 500 bénéficiaires, avec un taux d'absentéisme inférieur à 20% ou ayant formé 50% ou plus de leur effectif affichent quant à elles de meilleurs scores QVCT que les autres structures.

¹⁰³ Voir radars correspondants dans la partie précédente « Scores QVCT en fonction des caractéristiques des structures ».

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES D'ENQUÊTE QVCT

Des recommandations de bonnes pratiques pour la coordination d'une enquête QENA© sur une structure médico-sociale ont été co-construites avec les experts du projet QENA© - DOM, et sont présentées ci-dessous.

Des outils opérationnels de déploiement d'enquêtes à destination des référents QENA© (« Carnet de bord » et « Guide de passation ») ont été élaborés sur la base de ces recommandations.

1. Préparation de l'enquête

En premier lieu, il convient de rappeler qu'un questionnaire QVCT est **avant tout un outil de dialogue social**. Toute politique ou action d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail passe d'abord par ce diagnostic, car il apparaît important de bien connaître en amont les difficultés, mais également d'identifier les ressources d'une structure sur lesquelles s'appuyer. Un diagnostic QVCT n'est cependant pas une fin en soi, et doit impérativement **être intégré dès le départ dans une démarche QVCT plus globale** impliquant l'ensemble des instances de la structure.

La préparation d'une enquête passe également par **l'identification d'un-e référent-e** en charge de la coordination de l'enquête au sein de sa structure. Il sera un acteur de terrain primordial dans le bon déroulé de l'enquête. Plusieurs types de profil peuvent être choisis pour incarner ce rôle : directeur, responsable RH, psychologue, référent QVCT, délégué du personnel, coordinateur ou responsable de service...

Relai principal pour la passation du questionnaire, son rôle consistera en particulier à :

- **Déterminer le calendrier de l'enquête** : préparation de l'enquête, communication, diffusion de l'enquête, relances aux professionnels, restitutions des résultats, mise en place d'actions...
- **Informers l'ensemble des managers, les services RH et les instances de la structure** (institutions représentatives des salariés et gouvernance) afin de solliciter leur soutien,
- **Informers le personnel** de l'enquête QVCT, et le sensibiliser à ses enjeux (possibilité de prendre la parole, anonymat et confidentialité, restitution des résultats, mise en place d'actions à venir, etc.),
- **Diffuser le lien URL et le QR Code** du questionnaire à tous les professionnels de la structure par divers moyens (e-mail, intranet, newsletter, affiches dans les lieux fréquentés...),
- **Répondre aux questions** du personnel concernant l'enquête et ses modalités,
- **Inciter les professionnels à répondre** au questionnaire et les relancer à mi-parcours de la passation et deux jours avant la clôture de l'enquête.

Le référent QENA© peut s'appuyer sur **des relais par service** (managers intermédiaires) dans la coordination de l'enquête sur sa structure, en particulier sur la communication.

2. Communication

Une bonne communication est fondamentale à la réussite de l'enquête et à l'optimisation de la participation. Plus le taux de participation sera élevé, plus les résultats QVCT de la structure seront fiables et pertinents. En revanche, si le nombre de répondants est trop faible, les résultats ne pourront pas être traités.

La communication devra **débuter au moins un mois avant le lancement de l'enquête** et se faire tout au long de la passation, afin de relancer les professionnels et leur rappeler la nécessité de participer. Il est recommandé de s'appuyer principalement sur de la **communication orale en face à face**

(réunions, transmissions, échanges informels...) mais également de **multiplier les modes de communication** tout au long de l'enquête (SMS, e-mails, intranet, newsletter, bulletins de paie...).

Un « kit de passation » pourra être fourni aux structures (guide de passation, charte du questionnaire, affiches, flyer, e-mail et SMS pré-rédigés...) pour les aider dans cette étape-clé.

3. Déroulement de l'enquête

La passation du questionnaire est réalisée sur **une période de 3 semaines**. Il est conseillé d'éviter les périodes chargées, de vacances scolaires, ou les périodes trop proches d'une autre enquête.

Chaque professionnel complète le questionnaire de manière autonome et sans assistance pendant le temps de travail (possibilité de le planifier en amont).

Le référent doit s'assurer que la passation dans la structure est rendue techniquement possible par l'accessibilité et la disponibilité, pour tous les professionnels, d'outils numériques permettant le remplissage du questionnaire QENA© dans le respect de l'anonymat du répondant. Il peut également accompagner les personnes mal à l'aise avec l'outil informatique pour leur faciliter l'accès au questionnaire.

Le référent peut envoyer le lien URL du questionnaire via un envoi e-mail et/ou un SMS groupé à tous les professionnels de la structure. Cet envoi peut se faire selon différentes modalités : via les adresses professionnelles ou personnelles à disposition de la structure, via des adresses mails génériques par service, ou via le logiciel de messagerie intranet de la structure. Un message peut être posté sur le site intranet ou dans la newsletter de la structure. Le QR Code de l'enquête peut également être disposé sur des affiches ou des flyers à destination des salariés. Enfin, le lien vers le questionnaire peut être disposé en raccourci sur le bureau numérique de tous les ordinateurs, fixes et/ou portables, et/ou tablettes numériques à disposition pour le remplissage du questionnaire sur la structure.

Le référent peut également **organiser un temps de réunion dédié au remplissage du questionnaire**, associé à un temps d'échanges permettant d'enclencher une première réflexion collective sur la QVCT au sein de la structure.

4. Restitution des résultats

Le partage des résultats au sein de la structure est très important, et constitue une attente forte de la part des professionnels ayant participé à l'enquête. C'est donc la première action concrète à mettre en place une fois les résultats reçus pour enclencher ou poursuivre la dynamique de réflexion autour de la QVCT, et il est conseillé de **restituer les résultats dans les trois mois suivants l'enquête**. Cela permettra également d'éviter la démotivation des équipes et une faible participation aux prochaines enquêtes QVCT.

La restitution constitue un moment-clé pour donner la parole aux professionnels (questions, remarques, idées...) et leur permettre de s'approprier les résultats et la démarche QVCT globale. Elle permettra également à l'encadrement de partager son analyse de ce diagnostic et de le mettre en relation avec les actions en cours. Enfin, elle sera l'occasion de co-construire et de prioriser avec les professionnels les nouvelles actions à envisager (ateliers de discussions collectifs et thématiques, sollicitation d'un accompagnement externe, formations, projets et pistes d'actions...).

Lors de l'analyse des résultats en amont de la restitution, il conviendra de s'intéresser aux points faibles et aux points d'alerte mis en évidence par les résultats, mais aussi aux points forts de la structure car ils constituent des leviers et des ressources QVCT sur lesquelles s'appuyer. Un guide de lecture des

résultats et un guide de mise en place d'ateliers QVCT pourront être fournis aux structures pour les aider à organiser cette étape.

Les **restitutions orales collectives sont à privilégier (réunions)**, mais peuvent être complétées de restitutions individuelles (lors d'entretiens professionnels individuels) ou écrites (envoi des résultats par mail ou joints au bulletin de paie).

5. Renouveaulement de l'enquête

Le renouvellement de l'enquête permettra **d'évaluer les actions mises en place et d'avoir un suivi régulier de la perception de la QVCT** sur la structure, permettant la comparaison des résultats dans le temps.

Il est recommandé de réaliser l'enquête tous les 2 ans, mais cette périodicité est à adapter au contexte particulier de la structure (autres enquêtes, évènement perturbant, actions en cours de déploiement...). Ce délai de deux ans apparait comme le plus pertinent car il prend en compte à la fois les temps d'enquête, d'analyse des résultats et d'appropriation, de restitution, de mise en place d'actions et les délais nécessaires pour qu'elles soient suivies d'effets.

Un état des lieux des changements ou des évènements importants survenus entre deux enquêtes est également à prévoir, afin de mieux interpréter les évolutions entre les deux diagnostics.