



HAL
open science

Construction et validation d'un outil de mesure de la Qualité de Vie au Travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine, Rapport final d'étude du projet QENA©

Matthieu Sibé, Nora Arditi, Maëlys Abraham

► To cite this version:

Matthieu Sibé, Nora Arditi, Maëlys Abraham. Construction et validation d'un outil de mesure de la Qualité de Vie au Travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine, Rapport final d'étude du projet QENA©. Université de Bordeaux (UB), FRA. 2022, pp.62. hal-04523689v2

HAL Id: hal-04523689

<https://hal.science/hal-04523689v2>

Submitted on 11 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright



PROJET QENA©

**CONSTRUCTION ET VALIDATION D'UN OUTIL DE MESURE DE LA
QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES PROFESSIONNELS DES EHPAD
EN NOUVELLE-AQUITAINE**

RAPPORT FINAL

2021

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

PROPOS INTRODUCTIF SUR QENA© : UN PROJET AU SERVICE DE LA QVT DES PROFESSIONNELS DES EHPAD.....	4
I- CONTEXTUALISATION DU PROJET QENA©.....	4
II- LE DESIGN D’ETUDE DU PROJET QENA©.....	4
OBJECTIF ET METHODOLOGIE GENERALE DU PROJET.....	6
I- OBJECTIF.....	6
II- METHODOLOGIE.....	6
DEPLOIEMENT DU PROJET	8
I- APPEL A PARTICIPATION ET INCLUSION DES ETABLISSEMENTS.....	8
II- PROFILS DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS	8
III- RECUEIL DE DOCUMENTS AUPRES DES ETABLISSEMENTS PARTICIPANTS.....	11
IV- PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	11
V- POPULATION CIBLE.....	11
VI- DEROULEMENT DES PASSATIONS.....	12
<i>Les taux de retour des différentes collectes</i>	<i>12</i>
<i>Des freins à la mise en œuvre d’un questionnaire numérique en EHPAD</i>	<i>12</i>
VII- RESTITUTIONS.....	13
CO-CONSTRUCTION ET VALIDATION PSYCHOMETRIQUE DU QUESTIONNAIRE	14
I- REVUE DE LITTERATURE.....	14
<i>Choix d’une définition de la QVT.....</i>	<i>14</i>
II- RECENSEMENT DES OUTILS ET QUESTIONNAIRES EXISTANTS ET CONSTRUCTION DE LA BIBLIOTHEQUE D’ITEMS ET DE DIMENSIONS	17
III- LA FORMALISATION DU CONSENSUS A TRAVERS LE GROUPE NOMINAL D’EXPERTS	19
<i>La sélection finale des dimensions.....</i>	<i>19</i>
IV- REDACTION V0	21
V- PRE-TEST DE LA V0 ET REDACTION DE LA V1	21
VI- ANALYSES PSYCHOMETRIQUES SUR LA V1 ET REDACTION DE LA V2	21
VII- ANALYSES PSYCHOMETRIQUES SUR LA V2 ET REDACTION DE LA VERSION DEFINITIVE.....	21
VIII- VALIDATION DE LA VERSION DEFINITIVE.....	24
PRESENTATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE	26
I- VERSION DEFINITIVE DU QUESTIONNAIRE	26
II- RESULTATS DE L’ENQUETE 2020	27
<i>L’échantillon.....</i>	<i>27</i>
<i>Les profils des participants</i>	<i>29</i>
<i>Les résultats détaillés par question.....</i>	<i>31</i>
<i>Le score QVT et les scores par dimensions.....</i>	<i>34</i>
III- ANALYSES DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	35
<i>Des pressions temporelles fortes</i>	<i>35</i>
<i>La circulation de l’information : des perceptions mitigées</i>	<i>35</i>
<i>Un travail exigeant qui manque de reconnaissance salariale.....</i>	<i>36</i>
<i>Un travail qui fait sens.....</i>	<i>37</i>
<i>Les relations entre collègues : véritable ressource pour les professionnels des EHPAD..</i>	<i>38</i>
<i>Scores QVT globaux et par dimension en fonction des catégories de répondants.....</i>	<i>39</i>
<i>Scores QVT globaux et par dimension en fonction des caractéristiques des établissements</i>	<i>45</i>
<i>Conclusions et hypothèses sur les déterminants d’une meilleure perception de la QVT en EHPAD.....</i>	<i>49</i>

CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES	53
UN OUTIL VALIDE.....	53
LES ATOUTS ET LES DIFFICULTES IDENTIFIES SUR LA QVT EN EHPAD.....	53
PISTES ET RECOMMANDATIONS POUR UN DEPLOIEMENT DE L'OUTIL.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55

PROPOS INTRODUCTIF SUR QENA© : UN PROJET AU SERVICE DE LA QVT DES PROFESSIONNELS DES EHPAD

I- Contextualisation du projet QENA©

Une politique publique favorable en matière de QVT des professionnels en santé

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

La QVT : un enjeu RH fort pour les EHPAD

Dans le contexte spécifique des EHPAD, la QVT constitue clairement un enjeu pour l'avenir des politiques de gestion des ressources humaines de ces établissements, en quête d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé (DREES, 2018¹). La crise COVID qui a eu lieu pendant le déroulement du projet n'a fait que renforcer cet enjeu RH.

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

II- Le design d'étude du Projet QENA©

Co-construire un outil de mesure fiable et valide de la QVT en EHPAD

Le projet QENA© (Qualité de vie au travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine) a été entamé en 2019 avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) dans le but de développer et valider un outil de mesure de la QVT des professionnels des EHPAD.

En effet, aucun outil de mesure de la qualité de vie au travail en EHPAD n'a été développé et validé en France à notre connaissance au moment du démarrage du projet. Une revue de littérature portant sur cette thématique réalisée en 2017 a mis en évidence que s'il existe bien

¹ DREES. (2018), *Le personnel et les difficultés de-recrutement dans les Ehpads*. Etudes et Résultats n° 1067, Juin 2018, 6 p.

des outils de mesure de la qualité de vie au travail dans d'autres pays², des questionnaires sur les contextes organisationnels dans le champ hospitalier^{3,4}, ou des questionnaires portant sur les conséquences des contextes de travail sur la santé des professionnels en EHPAD^{5,6}, aucun d'entre eux n'étudie l'ensemble des dimensions définissant la QVT dans ce type d'établissements (seules certaines dimensions sont abordées et/ou les outils ne s'adressent pas aux salariés des EHPAD).

Une équipe mixte d'experts académiques et d'acteurs-terrain des EHPAD

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

Une expérimentation large de l'outil en format papier et numérique auprès de professionnels des EHPAD de la région Nouvelle Aquitaine

Afin de l'expérimenter, le questionnaire a été diffusé auprès d'une quarantaine d'EHPAD néo-aquitains et des analyses psychométriques ont été réalisées à l'issue des passations, aboutissant à un outil de mesure validé de la QVT en EHPAD. L'expérimentation de la diffusion du questionnaire au format numérique lors de la seconde phase de collecte du questionnaire auprès d'une partie des établissements permet enfin d'entamer la réflexion quant à la généralisation de l'outil.

Ce rapport détaille l'objectif et méthodologie générale du projet QENA© (**partie 1**), la manière dont le projet a été déployé opérationnellement (**partie 2**), la technique de co-construction du questionnaire et sa validation psychométrique (**partie 3**) et a présentation des résultats de la recherche (**partie 4**).

² Dupuis G., Martel J.-P., Voirol C., Bibeau L., Herbet Bonneville N. (2009) *La qualité de vie au travail. Bilan des connaissances. L'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©)*. Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales- CLIPP, Montréal: Université du Québec.

³ Saillour Glénisson F., Domecq S., Kret M., Sibé M., Dumond J.-P., Philippe M. (2016), *Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards* », BMC Health Services Research, BMC Health Services Research, BioMed Central, 2016, pp.491-505

⁴ Sibé M., Kret M., Domecq S., Saillour-Glenisson F. (2012), Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©, JGEM, 2012/7 vol. 30, pp 100-118

⁵ Huguenotte, V, Marie Andela, et Didier Truchot (2016), *Développement d'un questionnaire exigences-ressources contextualisé pour une appréhension du burnout des professionnels en EHPAD*, NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 24-31.

⁶ Vinot, Alan. 2013. «Analyse des facteurs de stress du professionnel en secteur médico-social, le cas des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.» Projet de communication, XXIV^e Congrès AGRH. Paris.

OBJECTIF ET METHODOLOGIE GENERALE DU PROJET

Cette première partie du rapport décrit l'objectif général du projet QENA© et les principes méthodologiques retenus pour y parvenir.

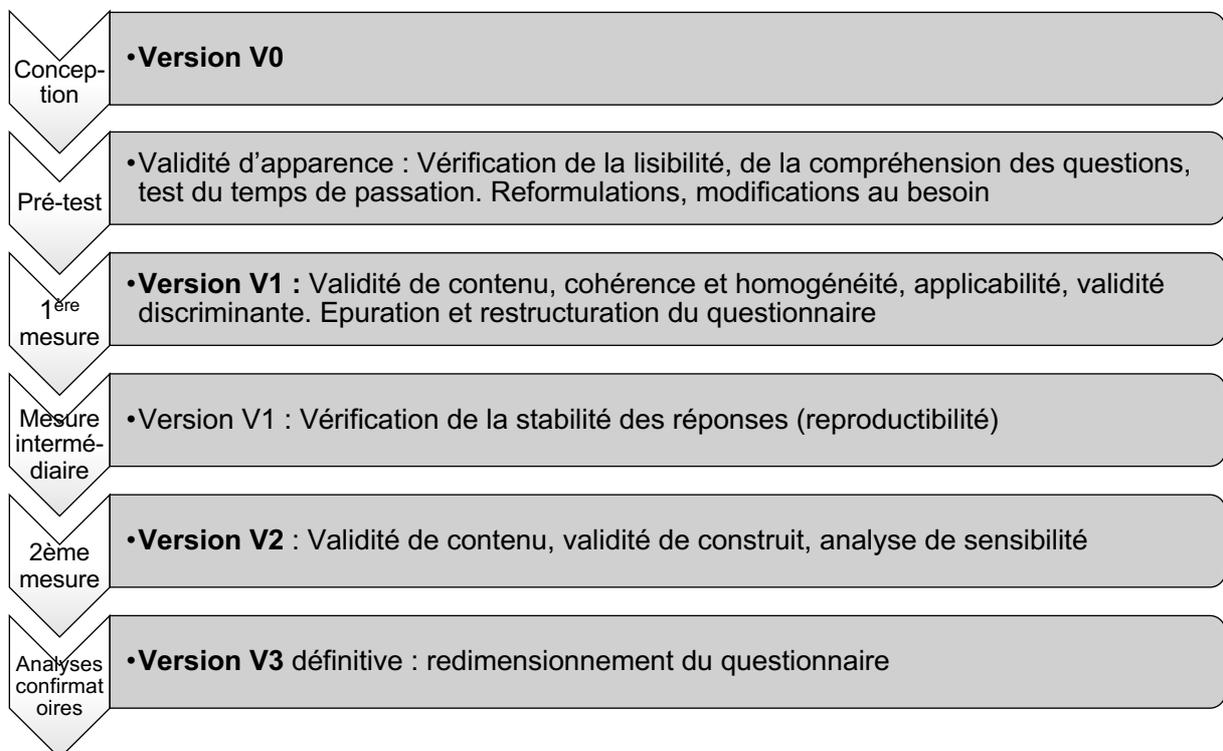
I- Objectif

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

II- Méthodologie

La méthodologie globale du projet respecte les règles scientifiques de conception et de validation psychométrique d'un questionnaire de mesure des perceptions. De manière synthétique et transversale, le déploiement du projet a suivi 3 étapes majeures (conception de l'outil, exploration et confirmation de sa validité), correspondant à 6 phases opérationnelles (*illustration 1*).

Illustration 1 : Les étapes de conception et de validation de l'outil



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

Durée : 6 mois (février 2019 - juillet 2019)

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

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

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

Durée : 18 mois (septembre 2019 - janvier 2021)

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

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

DEPLOIEMENT DU PROJET

Cette deuxième partie du rapport décrit concrètement le déploiement opérationnel de l'enquête à deux passations en 2019 et 2020. Elle détaille notamment l'échantillon des EHPAD volontaires participants, le recueil des données descriptives des établissements, les modalités de protection des données personnelles et la population cible. Elle expose également les modalités de passation (numérique/papier) et leurs principaux freins, et enfin l'organisation mise en place pour la restitution des résultats.

I- Appel à participation et inclusion des établissements

L'appel à participation pour l'inclusion des établissements dans le projet s'est principalement appuyé sur les fédérations (FHF, Synerpa, Fehap et FNADEPA). Il a permis d'identifier des établissements volontaires pour intégrer l'échantillon.

II- Profils des établissements participants

A l'issue de la campagne de communication et d'appel à participation, 43 établissements ont été inclus dans le projet en 2019, représentant environ 2 300 salariés. Au moment des sollicitations, une attention particulière a été portée aux caractéristiques des EHPAD, afin d'obtenir un panel couvrant la diversité des profils d'établissements (en termes de taille, de statut et d'implantation géographique).

Entre les deux temps de collecte (2019 et 2020), l'échantillon des EHPAD participants s'est légèrement modifié. Le nombre d'établissements est resté quasiment identique sur les deux temps de collecte du questionnaire, mais avec des variations dans les établissements participants.

La répartition de l'échantillon des EHPAD inclus dans projet (*tableaux 1, 2, 3 et illustration 2*) est sensiblement la même que celle des établissements de la Nouvelle-Aquitaine en termes de taille et de statut.

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

Tableau 1 : Effectifs des EHPAD de la NA (2019) et des EHPAD des échantillons de passation (1&2) du projet QENA©

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

Tableau 2 : Statuts des EHPAD de la NA (2019) et des EHPAD des échantillons de passation (1&2) du projet QENA©

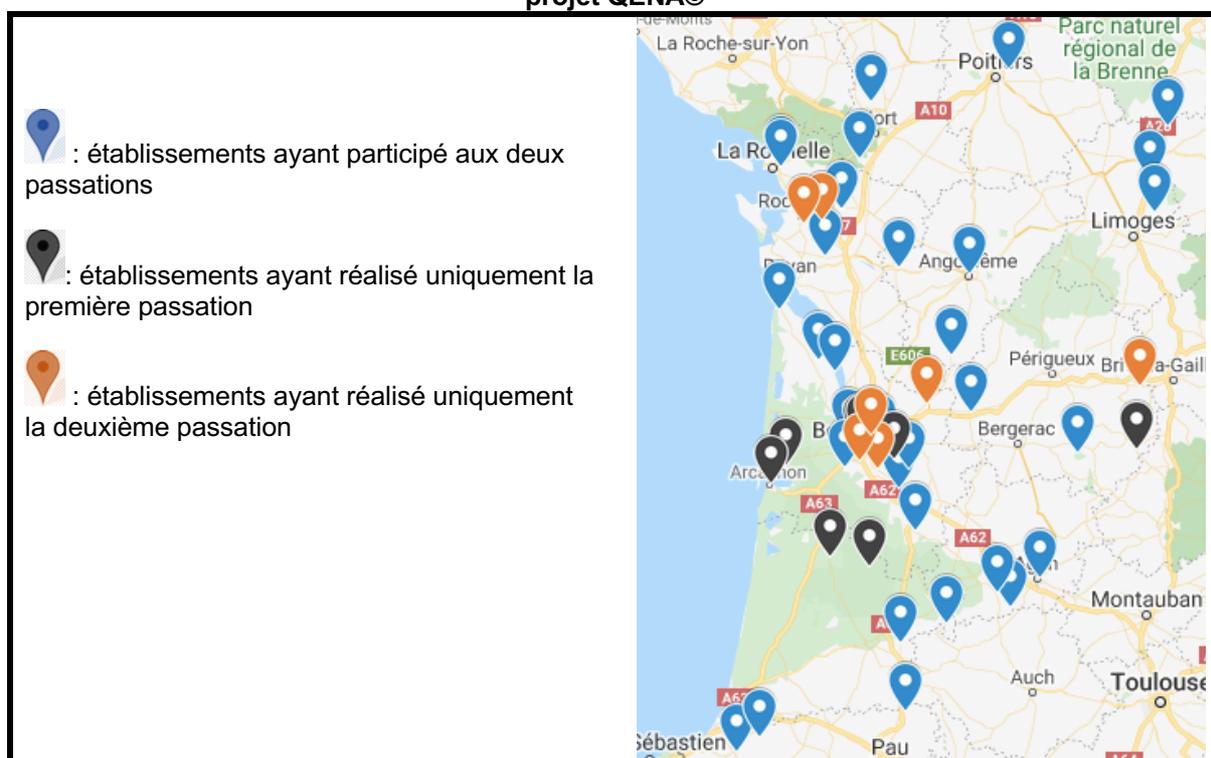
Statut	EHPAD NOUVELLE AQUITAINE		EHPAD ECHANTILLON 1		EHPAD ECHANTILLON 2	
	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%	Nombre d'EHPAD	%
Public	371	44,48%	18	41,86%	14	33,33%
Privé lucratif	248	29,74%	13	30,23%	19	45,24%
Privé non lucratif	215	25,78%	12	27,91%	9	21,43%
Total	834	100,00%	43	100,00%	42	100,00%

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

Tableau 3 : Répartition géographique des EHPAD de la NA (2019) et des EHPAD des échantillons de passation (1&2) du projet QENA©

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

Illustration 2 : Localisation géographique des EHPAD des échantillons de passation (1&2) du projet QENA©



Nous avons également identifié la répartition d'EHPAD ruraux et urbains dans notre échantillon : deux tiers des établissements se situent dans un environnement urbain et un tiers d'établissements dans un environnement rural⁷ (tableau 4)

Tableau 4 : Implantation rurale ou urbaine des EHPAD des échantillons de passation (1&2) du projet QENA©

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

III- Recueil de documents auprès des établissements participants

Chaque établissement souhaitant participer devait retourner à l'équipe une fiche de renseignement sur l'établissement, le « cahier d'indicateurs QENA© » en amont des deux phases de collecte des questionnaires. Ce cahier d'indicateur recensait les caractéristiques générales des établissements et leurs données RH, utiles aux analyses statistiques (effectif, absentéisme, turn over...).

IV- Protection des données personnelles

Les questionnaires sont strictement anonymes et ne comprennent pas de données sensibles (données dites « identifiantes », données de santé, etc.). Seules des données de profils sont renseignées (tranches d'âge, types de profession, etc.).

V- Population cible

Le questionnaire cible tous les professionnels salariés des établissements. En effet, l'outil doit pouvoir mesurer la QVT à l'échelle de l'établissement, et doit donc inclure l'ensemble des professionnels y travaillant.

Ainsi, ont été inclus lors des passations, tous les salariés quels que soient leur profession ou leur statut, travaillant de jour comme de nuit, à temps plein ou à temps partiel, et présents depuis au moins un mois dans les établissements enquêtés.

Pour les personnels en CDD ou intérimaires présents au moment de l'enquête, un critère d'inclusion a été déterminé de la manière suivante : le professionnel doit être intervenu régulièrement sur l'établissement, c'est-à-dire au moins trois fois dans l'année, et pour une durée cumulée d'un minimum de 20 jours au cours des 12 mois précédent l'enquête.

Les professionnels exclus de la cible étaient :

- Les professionnels absents au cours de la période d'étude.
- Les élèves infirmiers, élèves aides-soignants et stagiaires.

⁷ Une commune est ici considérée comme rurale lorsque sa population est inférieure à 2000 habitants ; et urbaine lorsque sa population est supérieure à 2000 habitants

- Les professionnels non-salariés de l'établissement : intervenants extérieurs, sous-traitants, professionnels libéraux, etc.

VI- Déroulement des passations

Dans chaque établissement, un référent a été identifié. Il était chargé de la coordination de l'enquête sur l'établissement.

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

Pour le deuxième temps de collecte des questionnaires, en 2020, le questionnaire QENA© a été adapté afin d'être accessible aux établissements et aux salariés en ligne, via n'importe quel outil numérique connecté à internet (ordinateur, tablette ou smartphone). A noter qu'à l'échelle de chaque établissement, un seul mode de passation devait être choisi (pas de passation mixte numérique / papier). Pour cette deuxième collecte du questionnaire, 26 établissements ont choisi le format numérique et 16 établissements ont préféré rester sur du format papier pour la seconde phase de passation.

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

Les taux de retour des différentes collectes

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

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

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

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

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

Des freins matériels

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

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

Des freins à l'usage du numérique

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

Dans les milieux ruraux et auprès salariés les plus âgés plus particulièrement, les référents constatent parfois un véritable éloignement du numérique.

VII- Restitutions

À la suite de chacune des passations, chaque établissement a reçu une synthèse de ses propres résultats, ainsi qu'une synthèse des résultats à l'échelle de l'ensemble de l'échantillon. Par ailleurs, une restitution générale des résultats et un temps d'échange ont été proposés aux établissements participant au projet.

CO-CONSTRUCTION ET VALIDATION PSYCHOMETRIQUE DU QUESTIONNAIRE

La construction du questionnaire et sa validation psychométrique se sont déroulées selon les étapes suivantes :

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

I- Revue de littérature

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

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

Choix d'une définition de la QVT

D'un point de vue académique, il n'existe pas de consensus sur la définition de la QVT, celle-ci étant le plus souvent réduite au concept de satisfaction au travail, alors que d'autres auteurs élargissent sa compréhension en intégrant des dimensions plus larges se rapportant à l'impact de la QVT sur la qualité de vie en général. Néanmoins, dans leur entreprise de recensement des dimensions de la QVT, Dupuis et al. (2009) proposent une appréhension psychosociale du concept : « *la qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société* ».

La QVT est alors considérée comme un processus psychologique d'évaluation subjective de la situation de travail appréhendée sur différents plans et rapportée à la situation de travail désirée. Elle sous-tend un travail interne de hiérarchisation des buts recherchés dans le travail. Enfin, l'agrégation des perceptions individuelles de QVT prétend manifester la QVT à l'échelle d'un collectif de travail. Cette définition ouvre la possibilité d'une appréhension de la QVT en EHPAD à partir de la mesure des perceptions subjectives des professionnels.

Dans la pratique, la QVT ne fait pas l'objet d'une définition beaucoup plus précise en France et semble encore aujourd'hui entourée d'une certaine confusion, couvrant un spectre de dimensions réparties entre le bien-être individuel et conditions de sécurité au travail. Cependant les contours du concept ont surtout été élaborés par des institutions telles que l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail) ou la HAS (Haute Autorité à la Santé).

Ainsi l'Accord National Interprofessionnel (ANI) signé en 2013⁸ définit la QVT comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe*

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

l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ».

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

La définition de l'ANI a été schématisée par l'ANACT, qui propose d'appréhender la QVT à travers 3 grandes composantes de la QVT :

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

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

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

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

Sur les conditions de travail et d'emploi

Une des spécificités du travail en EHPAD est la prise en charge en continu des résidents.

Celle-ci implique plusieurs conséquences :

- Elle implique tout d'abord des spécificités sur les conditions d'emploi : des horaires atypiques, décalés, changeants, et donc un enjeu fort sur le plan de l'articulation des temps personnels et professionnels.
- Sur le plan organisationnel : la prise en charge en continu des résidents est un enjeu pour les managers sur la gestion des absences avec la mise en place de stratégies pour répondre à la continuité de la prise en charge.
- Cette question de la gestion des absences a par ailleurs des conséquences pour les salariés : les absences impliquent des changements dans l'organisation des emplois du temps et met parfois en difficulté les salariés sur le plan professionnel (surcharge de travail et fatigue ; qualité de prise en charge perçue comme insuffisante) et extra-professionnel (gestion de la vie familiale).
- La prise en charge en continu joue aussi sur l'environnement de travail : les salariés sont confrontés à une charge de travail conséquente. Pour les équipes de soin, le travail en EHPAD est un travail très routinier, très répétitif mais aussi très rythmé avec des cadences soutenues et des pressions temporelles importantes
- Enfin, le travail en EHPAD implique une charge mentale ou cognitive importante (il faut travailler vite et garder en tête ce qu'il y a à faire, les tâches à venir, etc.).

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

- Les profils des résidents évoluent notamment vers des profils de personnes accueillies de plus en plus âgées et dépendantes, ce qui a pour conséquence une pénibilité physique renforcée dans ces métiers.
- Cette spécificité soulève aussi la question des risques : risques de violence verbale et physique présents sur ces établissements, notamment liés aux évolutions des pathologies des publics accueillis (personnes souffrant d'addiction ou ayant des troubles psychiatriques).

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

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

Cette prise en charge et prise en soin particulière a de multiples conséquences :

- Les soignants s'impliquent dans les relations longues, et créent souvent des liens affectifs avec les résidents. Ce caractère relationnel est un aspect de valorisation du métier mais a également pour effet une charge émotionnelle importante liée à la compassion pour la personne âgée. Cette charge émotionnelle peut déborder en dehors travail et affecter la vie personnelle.
- L'accompagnement de fin de vie et les décès ont également pour conséquence une charge émotionnelle voire une charge traumatique liées à l'implication émotionnelle du professionnel.

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

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

Sur le contenu du travail

- Le travail en EHPAD est un travail qui laisse une grande autonomie aux professionnels. Ces derniers sont autonomes pour organiser leur travail, avec une définition des tâches de manière informelle au sein des collectifs de travail. C'est cette autonomie qui leur permet de répondre objectifs et aux caractéristiques du travail en EHPAD : la personnalisation de la prise en charge et la réponse aux urgences et aux imprévus à mener en parallèles des tâches quotidiennes.
Le travail en EHPAD est aussi un travail collectif avec une organisation en équipe et une équipe de soin pluridisciplinaire. Malgré leur grande autonomie, les salariés des EHPAD sont contraints par l'interdépendance des tâches de chaque membre de l'équipe, qui est nécessaire à la stabilité de l'organisation du travail.
L'interdépendance de chaque salarié peut être source de tensions entre professionnels. Mais à l'inverse les bonnes relations entre collègues peuvent représenter une véritable ressource face aux exigences du métier.
- Le travail en EHPAD est perçu comme un travail utile. Les professionnels ont le sentiment d'avoir une utilité sociale en remplissant un rôle indispensable à la société. La valorisation du métier est liée à cette utilité sociale mais aussi liée au fait d'exercer un métier difficile. Le contenu du travail pourrait être considéré comme un facteur de dépréciation (faisant référence au modèle du *dirty work* : des tâches difficiles voire ingrates), mais ce contenu peut finalement être valorisé, à travers des mécanismes de retournement du stigmat, car c'est un travail que peu de personnes pourraient faire.
- Le travail en EHPAD est un travail très rythmé. Les professionnels sont souvent confrontés à des pressions temporelles fortes, ce qui crée parfois des conflits éthiques ou conflits de valeurs : les professionnels se retrouvent en contradictions avec leurs valeurs professionnelles. Le rythme soutenu peut empêcher les professionnels de prendre le temps avec les résidents, et leur donner le sentiment de ne pas faire leur travail correctement (on parle aussi de qualité empêchée). Les

professionnels peuvent aller jusqu'à parler de risque de maltraitance lié à ces pressions temporelles fortes. Ce manque de temps pour faire correctement son travail peut donc avoir des conséquences sur le sens accordé au travail et sur les valeurs professionnelles.

Sur les capacités à s'exprimer et à agir

Face à des conditions de travail difficiles :

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

Impacts sur les attitudes des professionnels et la performance des établissements

La QVT a potentiellement des impacts sur :

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

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

En amont du travail avec le groupe d'experts, les outils et questionnaires existants sur la QVT, sur des construits s'en rapprochant ou bien développés dans le contexte des EHPAD ont été recensés.

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

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

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

Le tableau ci-dessous (*tableau 5*) répertorie l'ensemble des dimensions retenues en amont des groupes de travail.

Tableau 5 : Composantes et dimensions de la QVT

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

Source : Revue de la littérature du projet QENA©

III- La formalisation du consensus à travers le groupe nominal d'experts

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

Cette méthode a été introduite dans le champ de la santé publique au début des années 1970 comme un processus pilote destiné à préparer des enquêtes. Elle a été initialement préconisée pour des problèmes nécessitant la genèse ou la hiérarchisation d'informations. La procédure, très structurée, favorise l'expression individuelle et limite les effets pervers de dynamique de groupe. Elle conduit à un vote, qui permet une hiérarchisation et une priorisation des réponses du groupe.

Dans notre cas, le consensus concernait la sélection des dimensions les plus pertinentes pour la création d'un outil de mesure de la QVT des professionnels en EHPAD.

Les experts participants sont sélectionnés pour leur connaissance du sujet ou leur légitimité à exprimer un avis dans le cadre du processus de hiérarchisation. Ainsi, notre groupe était constitué d'experts académiques et de professionnels d'EHPAD.

La sélection finale des dimensions

A l'issue des cotations et des débats, des dimensions ont été éliminées et d'autres regroupées. 23 dimensions ont finalement été sélectionnées (*tableau 6*). Elles sont présentées dans le tableau ci-après.

Tableau 6 : Les 23 dimensions de la QVT retenues par le groupe d'experts pour la construction du questionnaire

CONDITIONS DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI		CAPACITE D'EXPRESSION ET D'ACTION		CONTENU DU TRAVAIL	
1# Conditions d'emploi	1- Rémunération et avantages sociaux 2- Accueil lors de la prise de poste 3- Formation	4# Participation à la prise de décision	9- Participation aux décisions relatives à son propre travail et à l'accompagnement des résidents	8# Charges liées au travail	15- Pressions temporelles 16- Charges mentale, physique, émotionnelle
2# Condition du travail	4- Moyens humains et gestion des absences 5- Temps de travail, équilibre vie privée - vie professionnelle, sécurité de l'emploi et proximité géographique 6- Environnement physique de travail 7- Équité organisationnelle	5# Qualité des relations avec le management	10- Soutien global, reconnaissance et respect de l'encadrement 11- Sentiment d'appartenance	9# Relations résidents / familles	17- Qualité des relations avec les résidents et qualité des relations avec les familles
				10# Autonomie	18- Dimension générale de l'autonomie 19- Définition et répartition des rôles et des missions
3# Information/ Communication	8- Information sur le quotidien de l'établissement et informations stratégiques	7# Qualité des relations entre collègues	12- Soutien des collègues 13- Échanges et communication au sein de l'équipe 14- Environnement relationnel global	11# Qualité du travail	20- Travail de qualité et complet 21- Intérêt du travail et travail apprenant
				12# Rapport au travail	22- Conformité du travail aux valeurs et sens au travail 23- Utilité sociale

IV- Rédaction V0

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

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

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

Un **pré-test de la V0** a été réalisé dans un établissement ne faisant pas partie de l'échantillon des EHPAD participants au projet.

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

Le questionnaire V1 issu de la co-construction avec le groupe d'experts se compose de 15 dimensions, 111 questions sur la QVT, une question générale sur la perception de la qualité de vie au travail et 8 questions de profil.

VI- Analyses psychométriques sur la V1 et rédaction de la V2

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

Les différents tests effectués ont mis en évidence :

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

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

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

VII- Analyses psychométriques sur la V2 et rédaction de la version définitive

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

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

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

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

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

Les critères principaux d'évaluation sont :

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

D'autres critères sont également présentés :

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

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

Tableau 7 : Analyses factorielles confirmatoire pour chaque approche

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

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

La construction de la version définitive

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

- Le nouveau découpage par dimension se rapproche fortement de la première structure du questionnaire (V1) avec des dimensions plus spécifiques et qui propose notamment de distinguer les conditions de travail et les conditions d'emploi, et de distinguer également le relationnel avec les résidents des charges liées au travail. Cette proposition apparaît adaptée tant pour la bonne compréhension et la meilleure lisibilité du questionnaire lors de la passation, que d'un point de vue analytique, lorsqu'il s'agira de scorer chacune des dimensions.
- Cependant, le placement de certains items dans la version MAP paraissait peu cohérent d'un point de vue de la validité faciale (par exemple, la question de la rémunération semble mieux placée à la lecture du questionnaire dans une dimension sur les conditions d'emploi que dans la dimension portant sur l'équilibre vie professionnelle-vie personnelle).

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

Dimension 1 : Conditions de travail

Dimension 2 : Conditions d'emploi

Dimension 3 : Équilibre vie professionnelle- vie personnelle

Dimension 4 : Missions

Dimension 5 : Rythme de travail

Dimension 6 : Exigences liées au travail

Dimension 7 : Travail relationnel

Dimension 8 : Autonomie

Dimension 9 : Circulation de l'information

Dimension 10 : Prise en compte de la parole

Dimension 11 : Relations avec l'encadrement

Dimension 12 : Relations avec les collègues

Dimension 13 : Rapport au travail

Dimension 14 : Rapport à l'établissement

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

Tableau 8 : Résultats des analyses factorielles confirmatoires pour l'approche MAP, la V2 et la V3

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

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

Les analyses psychométriques de validation sur la version définitive

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

- La fiabilité représente la capacité d'un outil à donner les mêmes résultats, quelles que soient les conditions d'application de cet outil (et en l'absence de variations objectives dans le contexte étudié).

- La validité représente quant à elle la capacité d'un outil à mesurer ce qu'il prétend mesurer (dans le cas de ce projet : la QVT).

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

Principaux résultats des tests :

- Taux de données manquantes : aucun item n'a un pourcentage de données manquantes supérieurs à 5%
- Variabilité des réponses : Aucun item ne présente un pourcentage de réponse de la valeur la plus haute ou la plus basse supérieur à 70%.
- Validité informative : coefficient de corrélation inter-ajusté >0,3.
- Consistance interne : Coefficient de Cronbach global = 0,97 ; Coefficient de Spearman > 0,8 ; Rhô de Jöreskog = 0,98 (> 0,7).

Tableau 9 Coefficients de Cronbach par dimension

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

VIII- Validation de la version définitive

Les analyses psychométriques réalisées sur cette dernière version ont permis d'affirmer que l'outil construit est fiable et valide, dans la mesure où l'ensemble des items (questions) concourent à mesurer un même phénomène, et où chacune des questions posées apportent une information suffisamment spécifique et utile à la mesure du phénomène. Cela signifie que la qualité du questionnaire et de ses questions se regroupent sur un même endroit dans la cible désirée de mesure (*illustration 3*)

- La fiabilité représente la capacité d'un outil à donner les mêmes résultats, quelles que soient les conditions d'application de cet outil (et en l'absence de variations objectives dans le contexte étudié).
Sur le schéma ci-dessous, la fiabilité est représentée par le regroupement de l'ensemble des points sont regroupés 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 QVT).
Sur le schéma, la validité est représentée par le positionnement 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 au travail en EHPAD de manière fiable et avec justesse.

Illustration 3 : Schématisation du principe de la fiabilité et de la validité d'une mesure



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

PRESENTATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Cette dernière partie du rapport présente la version définitive du questionnaire QENA© à 14 dimensions et 69 items, conformément à sa validation psychométrique. Elle détaille ensuite les résultats descriptifs de l'enquête 2020, item par item (% d'accord), le niveau moyen des scores de perception de la QVT dimension par dimension. Elle s'achève par une analyse et interprétation de ses résultats.

I- Version définitive du questionnaire

La version définitive du questionnaire correspond à la version 3 rédigée à la suite des analyses factorielles et psychométriques faites sur la version 2.

Le questionnaire se compose de 69 items, répartis dans 14 dimensions :

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

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

Ces 9 dernières questions ne font pas partie de la validation. Ce sont des questions supplémentaires à annexer à la base de l'outil de 69 items, qui sont utiles pour croiser les données et pour des développements statistiques de modélisation. Dans l'optique d'une ré-utilisation de l'outil QENA©, les questions de profils pourraient être modifiées en fonction des besoins d'une enquête ou d'un projet, sans porter atteinte à l'intégrité du score QVT. En revanche, les 69 items et les 14 dimensions constituent le socle validé de mesure de la QVT des professionnels en EHPAD.

II- Résultats de l'enquête 2020

L'échantillon

Nombre d'établissements participants	42
Nombre de professionnels ciblés	2285
Nombre de participants	1109
Dont format papier	508
Dont format numérique	601
Taux de réponse global	48,5%
Taux de réponse format papier	49,2%
Taux de réponse format numérique	48,0%
Nombre questionnaires entièrement complétés	892
Taux de complétude	80,4%

Les caractéristiques des établissements

Statut	Nbre	Pourcentage
Public	14	33,3%
Privé lucratif	19	45,2%
Privé non lucratif	9	21,4%
Total	42	100%

Taille	Nbre	Pourcentage
Moins de 45 places	6	14,3%
De 45 à 99 places	24	57,1%
Plus de 100 places	12	28,6%
Total	42	100%

Localisation	Nbre	Pourcentage
Commune rurale (< 2000 habitants)	14	33,3%
Commune urbaine (>2000 habitants)	28	66,7%
Total	42	100%

Département	Nbre	Pourcentage
Charente (16)	3	7,1%
Charente-Maritime (17)	6	14,3%
Corrèze (19)	1	2,4%
Creuse (23)	1	2,4%
Dordogne (24)	3	7,1%
Gironde (33)	16	38,1%
Landes (40)	1	2,4%
Lot-et-Garonne (47)	3	7,1%
Pyrénées-Atlantiques (64)	3	7,1%
Deux-Sèvres (79)	2	4,8%
Vienne (86)	1	2,4%
Haute-Vienne (87)	2	4,8%
Total	42	100%

Taux d'absentéisme	Nbre	Pourcentage
Taux bas (<7,0%)	12	29,3%
Taux moyen (compris entre 7,0% et 10,0%)	5	12,2%
Taux important (compris entre 10,0% et 13,8%)	13	31,7%
Taux très importante (>13,8%)	11	26,8%
Total (dm)	41 (1)	100%

Taux de rotation des personnels	Nbre	Pourcentage
Taux bas (<5,4%)	10	28,6%
Taux moyen (compris entre 5,4% et 11,8%)	10	28,6%
Taux important (compris entre 11,8% et 22,8%)	10	28,6%
Taux très important (>22,8%)	5	14,3%
Total (dm)	35 (7)	100%

Sur l'ensemble des 42 établissements ayant diffusé le questionnaire en 2020 : un tiers sont des établissements publics, 45% ont un statut privé lucratif et 21% un statut privé non lucratif. La légère surreprésentation des établissements privés lucratifs s'explique par l'inclusion sur la deuxième phase du projet de 7 établissements d'un même groupe sur le projet.

La majorité des établissements sont de taille moyenne, entre 45 et 99 lits, presque 30% ont plus de 100 lits et 14% sont des petits établissements de moins de 45 places.

Les deux tiers des établissements sont situés dans un environnement urbain (c'est-à-dire de plus de 2000 habitants).

Les profils des participants

Genre	Nbre	Pourcentage
Masculin	113	10,5%
Féminin	962	89,5%
Total (dm)	1075 (34)	100%

Tranches d'âge	Nbre	Pourcentage
Moins de 35 ans	337	31,3%
Entre 35 et 49 ans	395	36,7%
50 ans et plus	343	31,9%
Total (dm)	1075 (34)	100%

Fonction	Nbre	Pourcentage
Non soignants	418	39,7%
<i>Dont Administration et direction</i>	89	8,4%
<i>Dont Encadrement de proximité</i>	85	8,1%
<i>Dont Hébergement</i>	192	18,2%
<i>Dont Fonction technique</i>	52	4,9%
Soignants	636	60,3%
Total (dm)	1054 (55)	100%

Temps de travail	Nbre	Pourcentage
Temps complet	896	83,7%
Temps partiel	174	16,3%
Total (dm)	1070 (39)	100%

Contrat de travail	Nbre	Pourcentage
CDD/CUI	203	19,0%
CDI/ Titulaire	863	80,6%
Intérimaire	5	0,5%
Total (dm)	1071 (38)	100%

Horaires de travail	Nbre	Pourcentage
De jour	954	88,4%
De nuit	93	8,6%
Les deux	32	3,0%
Total (dm)	1079 (30)	100%

Ancienneté dans le métier	Nbre	Pourcentage
Moins d'1 an	95	8,9%
Entre 1 et 5 ans	247	23,1%
Entre 5 et 10 ans	224	21,0%
Plus de 10 ans	502	47,0%
Total (dm)	1068 (42)	100%

Ancienneté dans l'établissement	Nbre	Pourcentage
Moins d'1 an	166	15,6%
Entre 1 et 5 ans	354	33,2%
Entre 5 et 10 ans	219	20,5%
Plus de 10 ans	328	30,7%
Total (dm)	1067 (42)	100%

Parmi les participants, on constate la présence d'une **grande majorité de femmes** (quasiment 90%), ce qui correspond à la structuration de la population salariée en EHPAD en France de manière générale.

Sur les caractéristiques liées aux conditions d'emploi, **80% des répondants sont en CDI ou titulaires**, un peu plus de 80% sont à temps plein, ce qui correspond également à la répartition constatée sur les établissements de manière générale.

Concernant les fonctions exercées au sein de l'établissement, **60% des participants sont soignants**, 23% exercent des fonctions techniques et de l'hébergement, et environ 16% de professionnels ayant répondu au questionnaire sont rattachés à la catégorie des administratifs et d'encadrement⁹. Les soignants sont ainsi plus représentés sur notre échantillon d'environ 10 points par rapport aux données nationales¹⁰.

La grande majorité des répondants (88%) **travaillent de jour**, 8,6% travaillent de nuit et 3% exercent sur les deux plages horaires (jour et nuit).

Enfin la plupart des professionnels, **68%, avaient au moins 5 ans d'ancienneté dans le métier**.

L'échantillon de la seconde collecte est équilibré, puisque tous les types d'établissements et de professionnels y sont représentés, et représentatif sur la plupart des éléments de profil des répondants.

⁹ Les professionnels soignants regroupent les aides-soignantes, les infirmières, les aides médico-psychologiques, les faisant fonction et les professionnels paramédicaux.

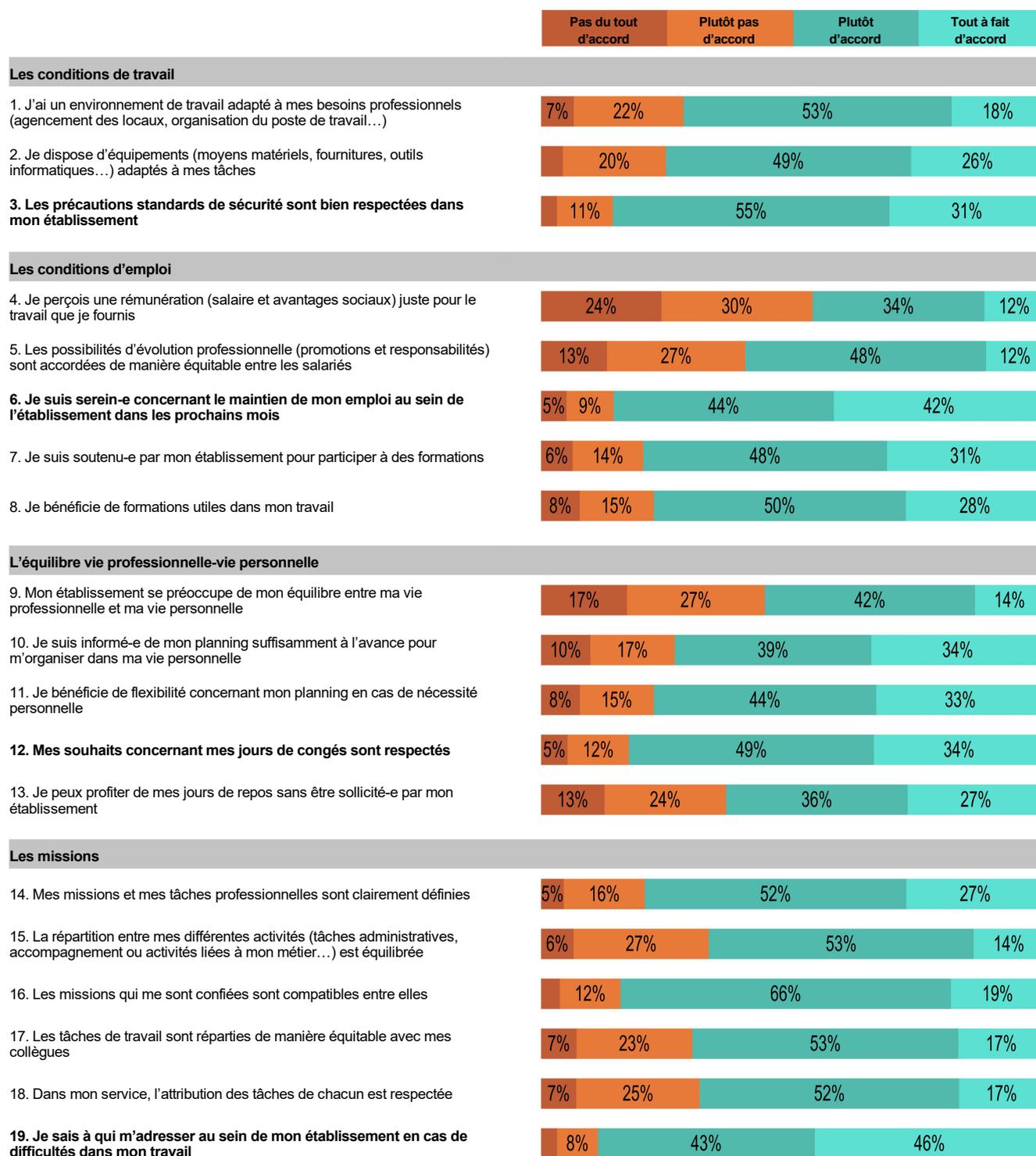
Les professionnels administratifs et d'encadrement regroupent eux les directeurs, ressources humaines, secrétaires, cadres, infirmier-ères coordinateurs-rices, médecins coordonnateurs, gouvernantes et psychologues. Le personnel technique et d'hébergement regroupe les ASH, le personnel de l'hôtellerie, des cuisines, de l'animation, de la lingerie.

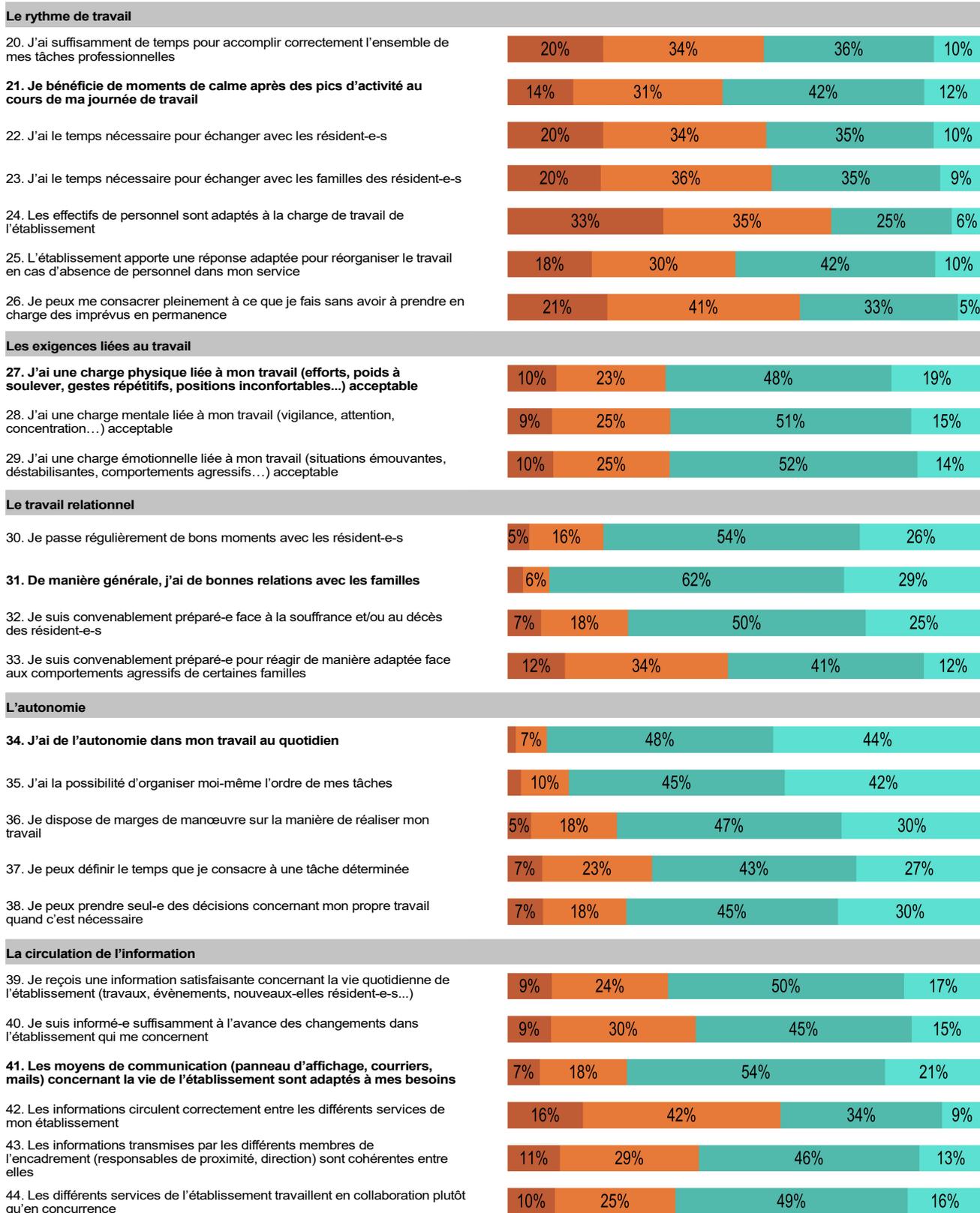
¹⁰ 53,7% de soignants ; 39,6% de professionnels des services techniques et d'hébergement ; 6.7%

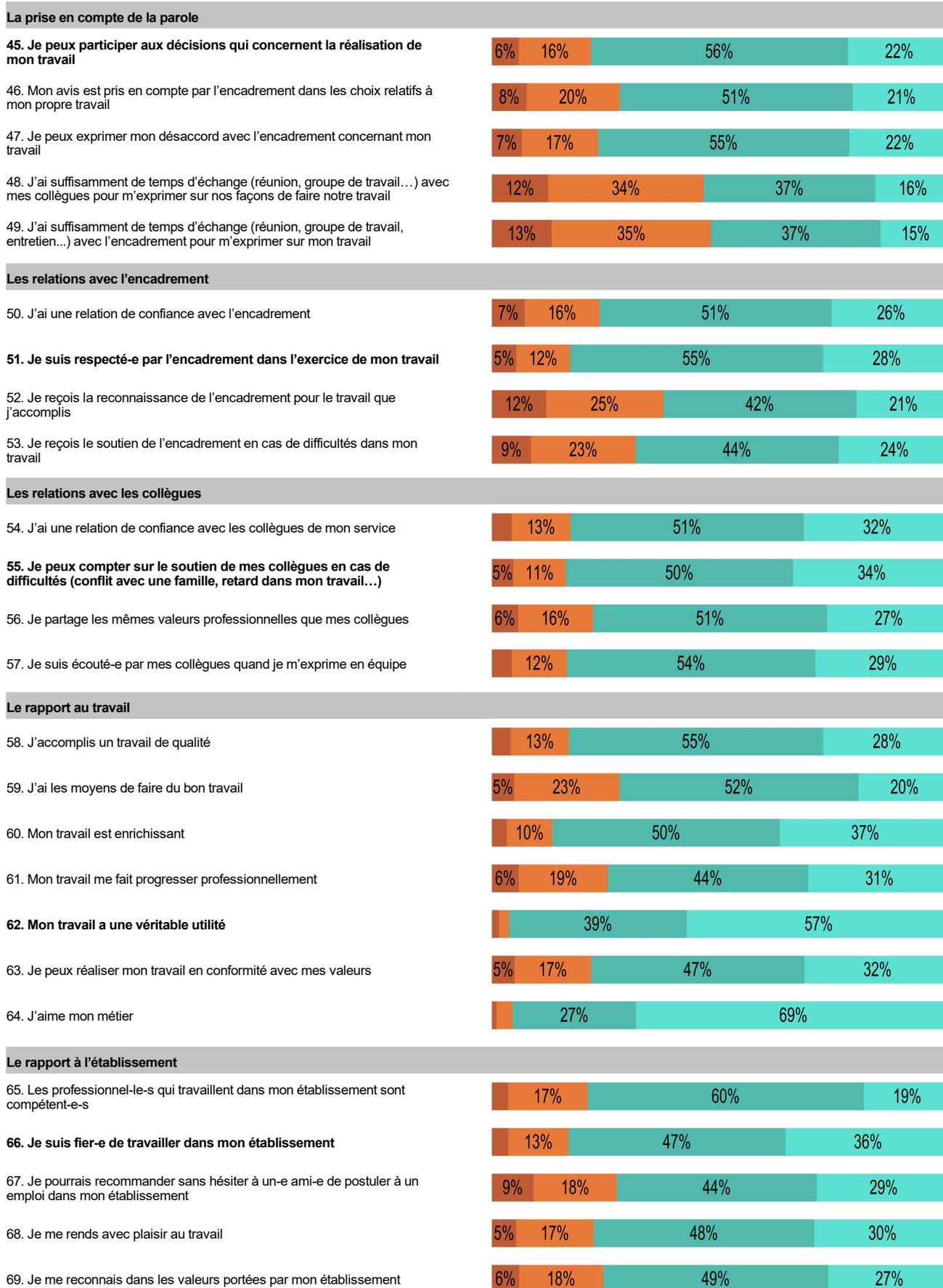
d'administratifs, direction et encadrement. Données en ETP. Source : La situation des EHPAD en 2017, Rapport CNSA

Les résultats détaillés par question

Un diagramme en barre horizontale représente les pourcentages de réponses par modalité rapporté au nombre total de professionnel-le-s ayant répondu à l'item. Pour faciliter la lecture, les pourcentages inférieurs à 5% ne sont pas affichés dans les diagrammes. L'item ayant le pourcentage le plus élevé de sa dimension sur les modalités « Plutôt d'accord » + « Tout à fait d'accord » est indiqué en gras.







Le score QVT et les scores par dimensions

Calcul des scores

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

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

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

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

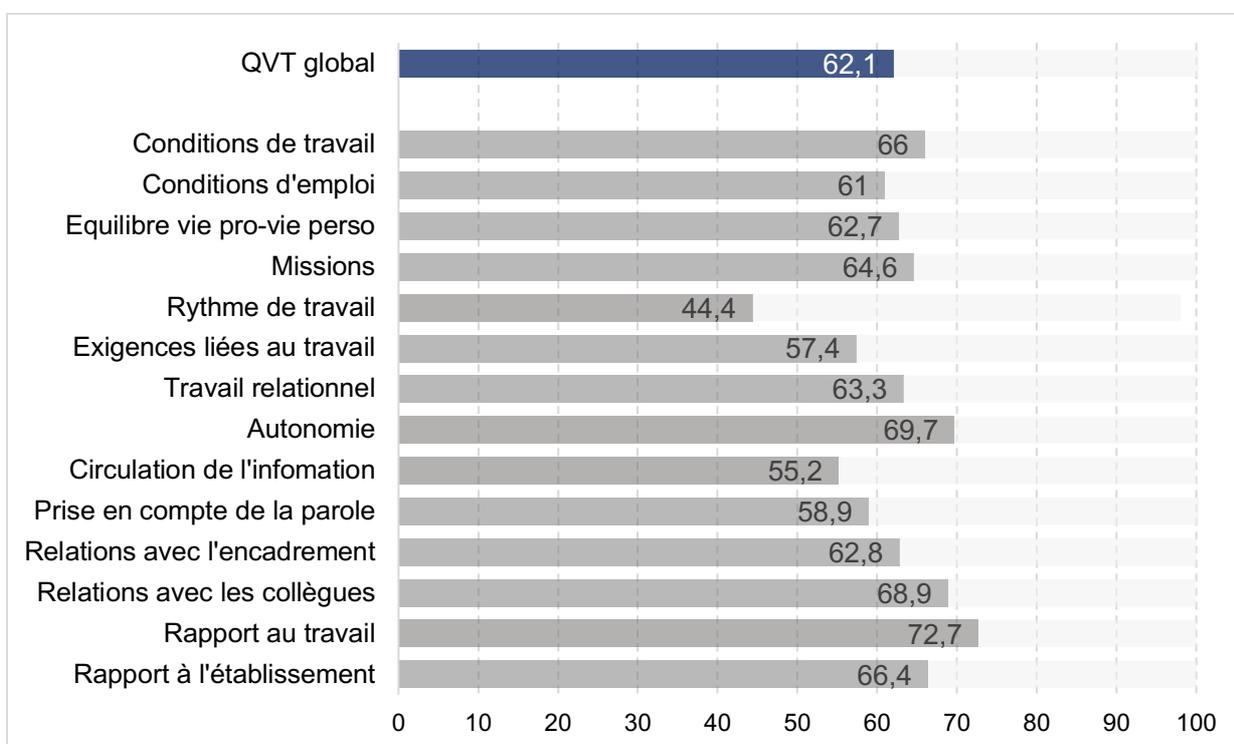
Le calcul du score global maximum :

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

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

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

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



III - Analyses des résultats du questionnaire

Des pressions temporelles fortes

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

Les deux items qui obtiennent le plus de réponses négatives sur la dimension et sur l'ensemble du questionnaire sont :

- L'item 24, « Les effectifs de personnel sont adaptés à la charge de travail de l'établissement », avec 68% des participants qui ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord avec cette affirmation ;
- L'item 26, « Je peux me consacrer pleinement à ce que je fais sans avoir à prendre en charge des imprévus en permanence » avec 62% de réponses négatives.

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

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

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

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

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

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

La circulation de l'information : des perceptions mitigées

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

La circulation des informations entre les différents services semble faire le plus défaut : 48% des réponses négatives à l'item 42 « Les informations circulent correctement entre les différents services de mon établissement », suivi de l'item 43 « Les informations transmises

par les différents membres de l'encadrement (responsables de proximité, direction) sont cohérentes entre elles » qui obtient 40% de réponses négatives.

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

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

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

La perception négative de certains items de cette dimension pourrait également être liée à la relation non assumée de management de la part de certain-e-s infirmier-ères envers les aides-soignant-e-s. Sur les établissements, on constate parfois que la relation d'autorité est instable et fragile, et qu'elle peut dépendre des anciennetés et des expériences, plutôt que de la place hiérarchique des uns et des autres.

Un travail exigeant qui manque de reconnaissance salariale

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

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

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

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

Enfin, un des items qui obtient le plus de réponses négatives concerne la rémunération. Malgré la « valorisation interne » (valorisation personnelle, des collègues et de la hiérarchie) liée en particulier au sentiment des professionnels d'exercer un métier difficile et indispensable au

bon fonctionnement de la société, les niveaux de rémunérations perçus comme insuffisants peuvent conduire à dévaloriser socialement ces métiers.

Tableau 10 : Items les plus négatifs (en dehors du « Rythme de travail » et de la « Circulation de l'information »)

Items	Pourcentage de réponses négatives (Pas du tout d'accord-Pas d'accord)
33. Je suis convenablement préparé-e pour réagir de manière adaptée face aux comportements agressifs de certaines familles	54%
49. J'ai suffisamment de temps d'échange (réunion, groupe de travail, entretien) avec l'encadrement pour m'exprimer sur mon travail	48%
48. J'ai suffisamment de temps d'échange (réunion, groupe de travail) avec mes collègues pour m'exprimer sur nos façons de faire notre travail	46%
4. Je perçois une rémunération (salaire et avantages sociaux) juste pour le travail que je fourni	46%

Un travail qui fait sens

En dépit des conditions de travail difficiles et des exigences fortes, les salariés des EHPAD témoignent d'une perception positive de travail, liée au sentiment de remplir un rôle indispensable à la société et d'exercer un métier humainement riche et porteur de sens. Ainsi, la dimension du « Rapport au travail » est celle qui a obtenu le meilleur score avec 72,7 points sur 100. On note ainsi que 96% des participants aiment leur métier et le trouvent utile ; et 87% le trouvent enrichissant.

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

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

Le deuxième score le plus élevé est celui de la dimension de l'autonomie dans le travail, avec un score de 69,7 sur 100. Les résultats montrent ainsi que la grande majorité des professionnels estiment qu'ils ont l'autonomie au quotidien (92% de réponses positives) qu'ils peuvent organiser eux-mêmes leurs tâches et l'ordre dans lequel ils les font (87% de réponses positives), qu'ils ont des marges de manœuvre dans la manière de réaliser leur travail.

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

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

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

Avec un score de 68,9, la dimension de ma « Relation avec les collègues » obtient le troisième meilleur score. Les relations entre les collègues sont avant tout marquées par le soutien et l'entraide comme en témoignent les réponses à l'item 55 : « Je peux compter sur le soutien de mes collègues en cas de difficultés » avec 84% de réponses positives. Enfin, l'écoute de la part des collègues (item 57) est perçue à 83% de manière positive.

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

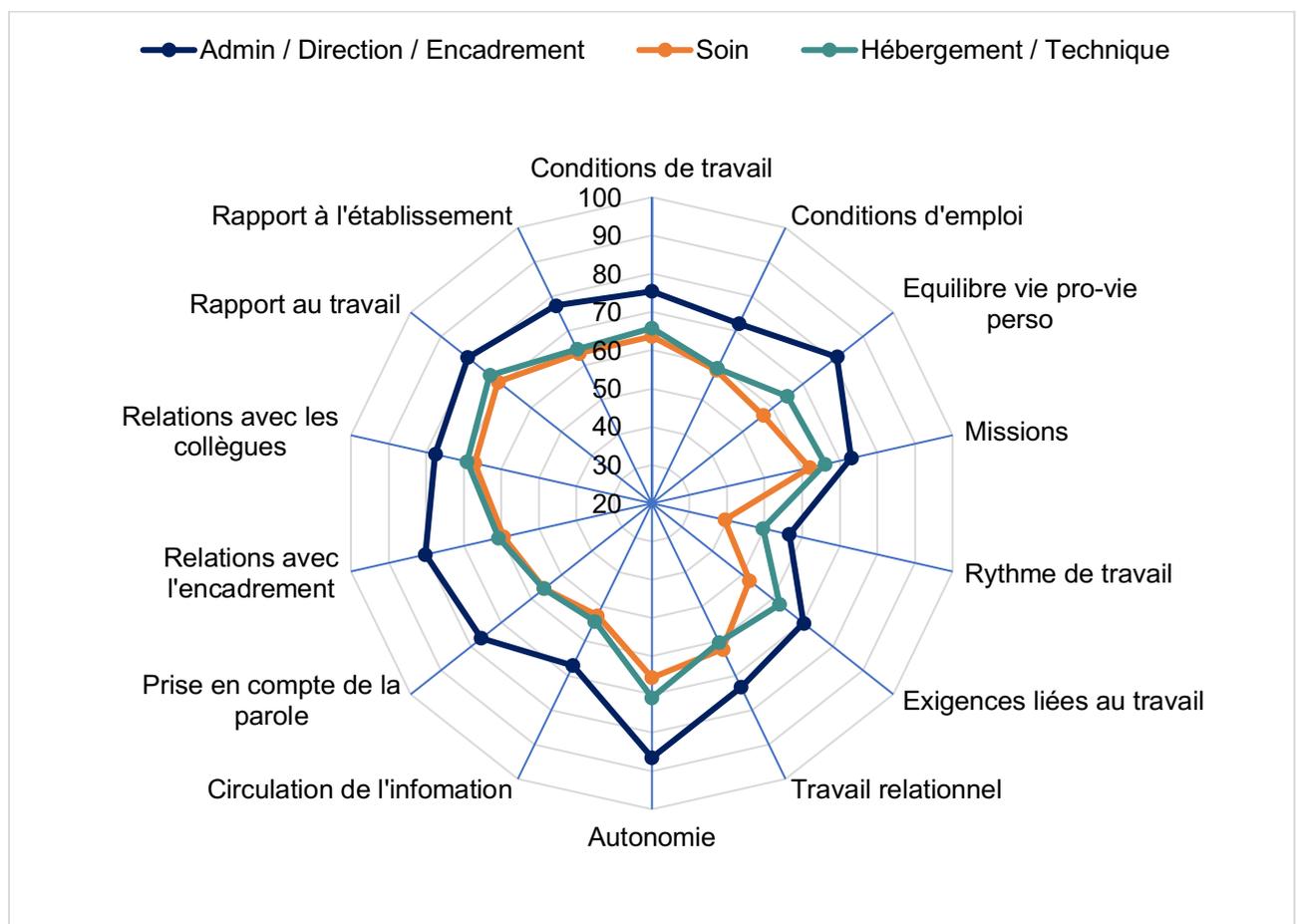
Des relations de qualité entre collègues facilitent également la transmission des informations, favorisent le soutien entre professionnels et garantissent la collaboration. En outre, un climat de confiance est nécessaire à l'échange autour des cas concrets et notamment des situations difficiles.

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

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

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

Une différence¹¹ importante (de 15,5 points) apparaît entre le score QVT global des administratifs et des soignants, et, dans une moindre mesure, entre ceux des administratifs et des professionnels techniques et d'hébergement.



Si l'on regarde plus précisément la QVT en fonction des différentes dimensions (radar ci-dessus) on note que la forme du tracé est semblable pour tous les types de professionnels, ce qui signifie que les dimensions perçues les plus positivement et les plus négativement sont globalement les mêmes quelles que soient les professions. On voit cependant très nettement se détacher la QVT des administratifs, car elle est systématiquement supérieure à celle des soignants et des professionnels techniques.

¹¹ Toutes les différences présentées sont statistiquement significatives. Voir annexe

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

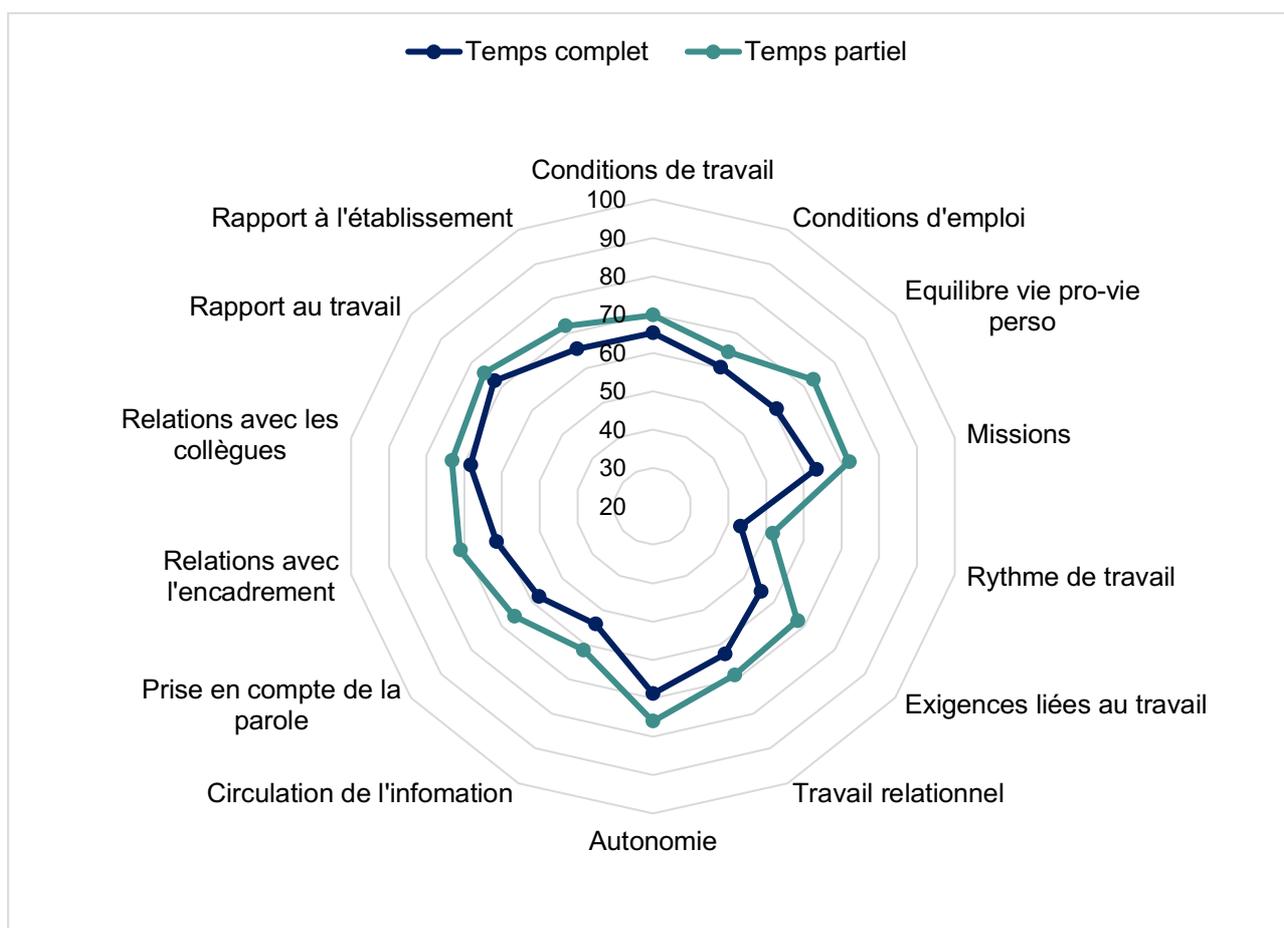
En s'intéressant à chaque métier indépendamment, on peut dire que :

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

Score QVT et temps de travail

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

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

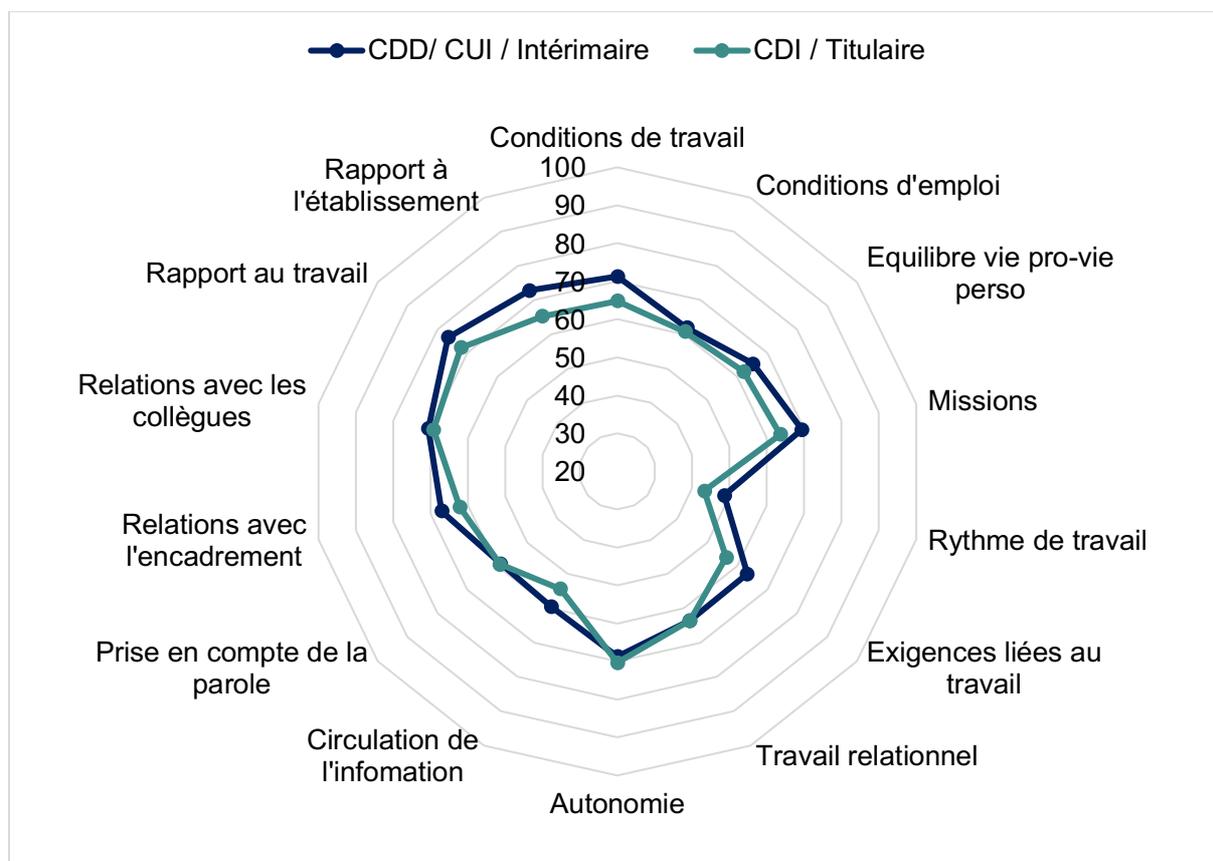


Les scores de ces deux catégories de professionnels sont également significativement différents quelle que soit la dimension observée. Les dimensions sur lesquelles on note les écarts de points les plus importants à la faveur des professionnels à temps partiel sont les dimensions « Équilibre vie professionnelle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

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

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

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

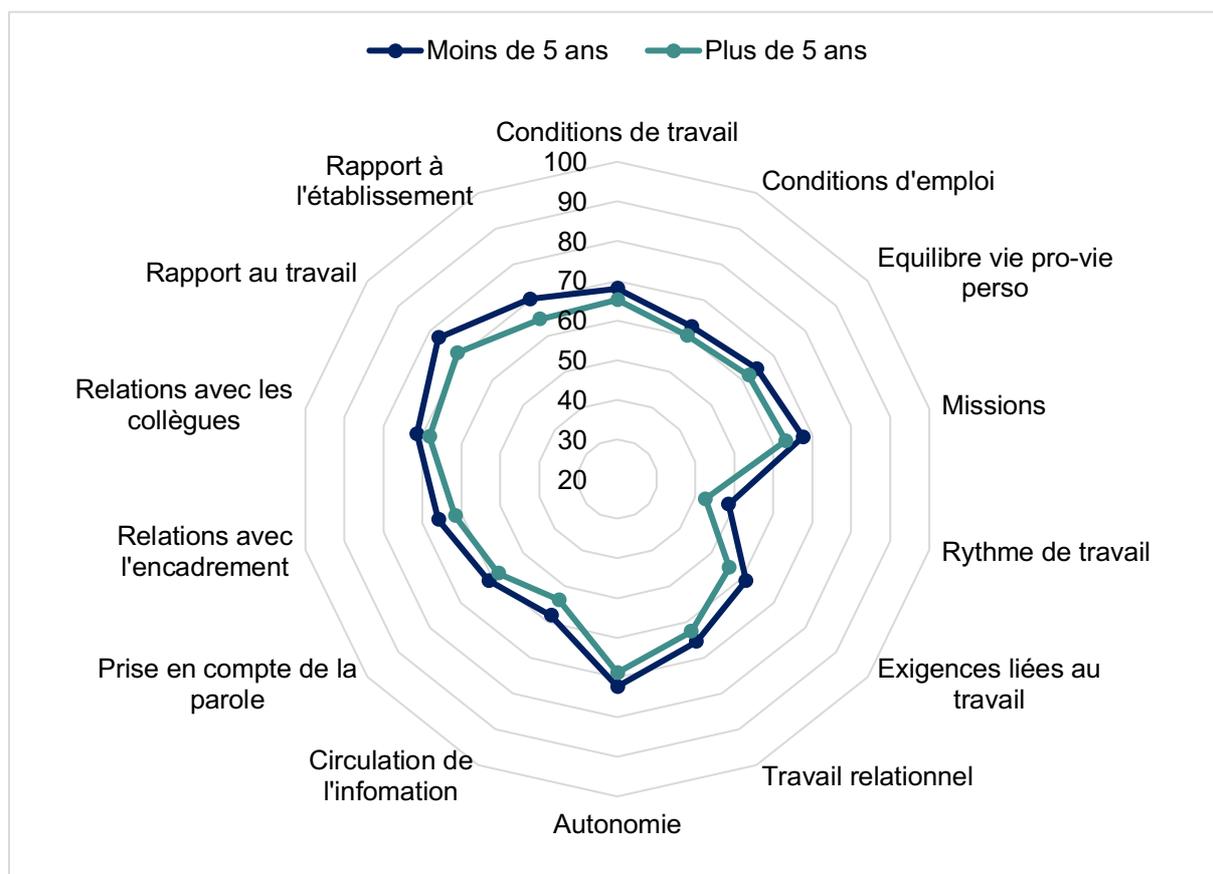


Les dimensions sur lesquelles on constate les écarts les plus importants à la faveur des professionnels en CDD sont les dimensions « Conditions de travail » et « Rapport à l'établissement », avec environ 7 points d'écart à chaque fois. A l'inverse, certaines dimensions ne présentent pas de différences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

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

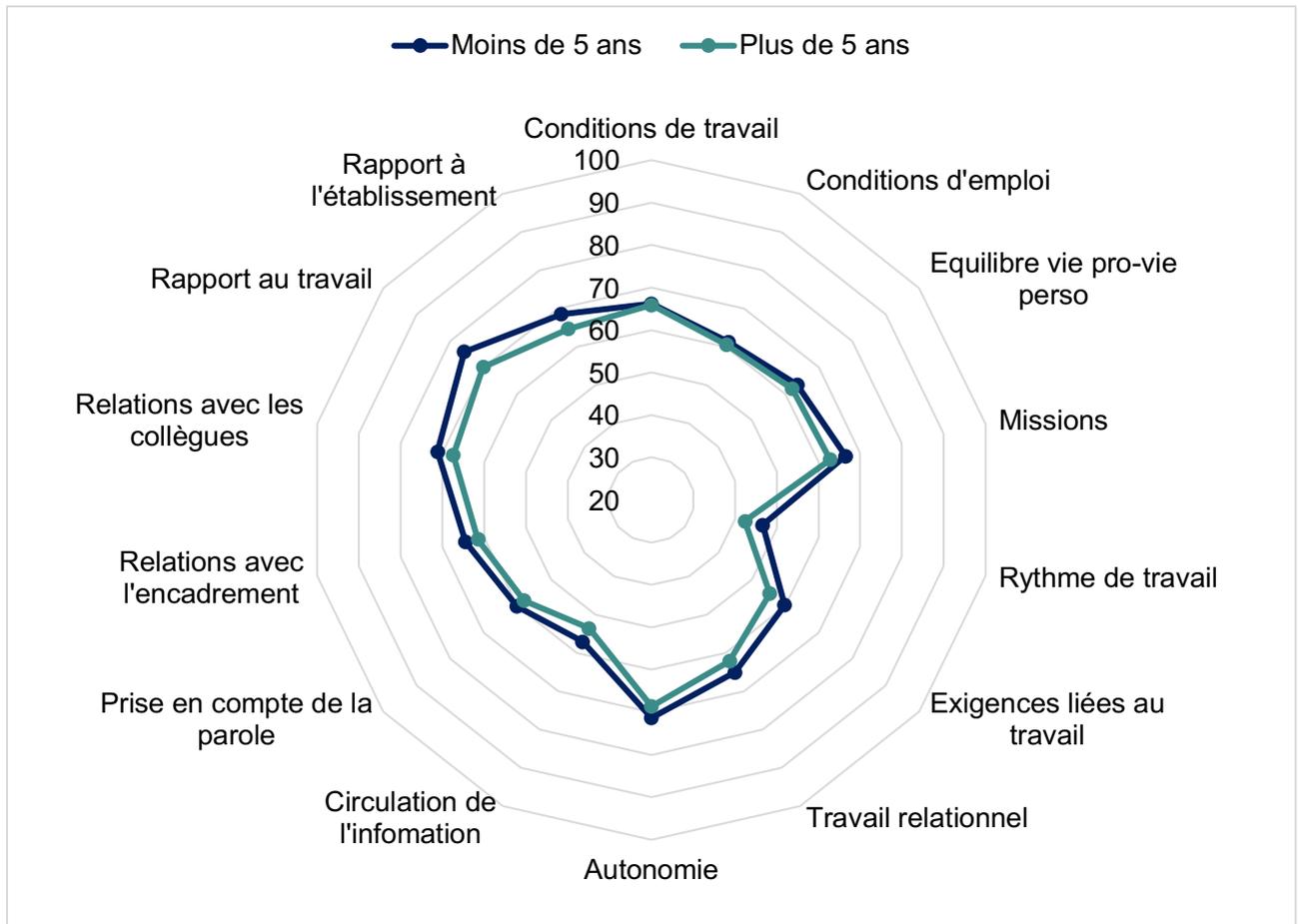
Ancienneté dans le métier	Moins de 5 ans	Plus de 5 ans
Score QVT global	65,1	60,9

Ancienneté dans le métier



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

Ancienneté dans l'établissement



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

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

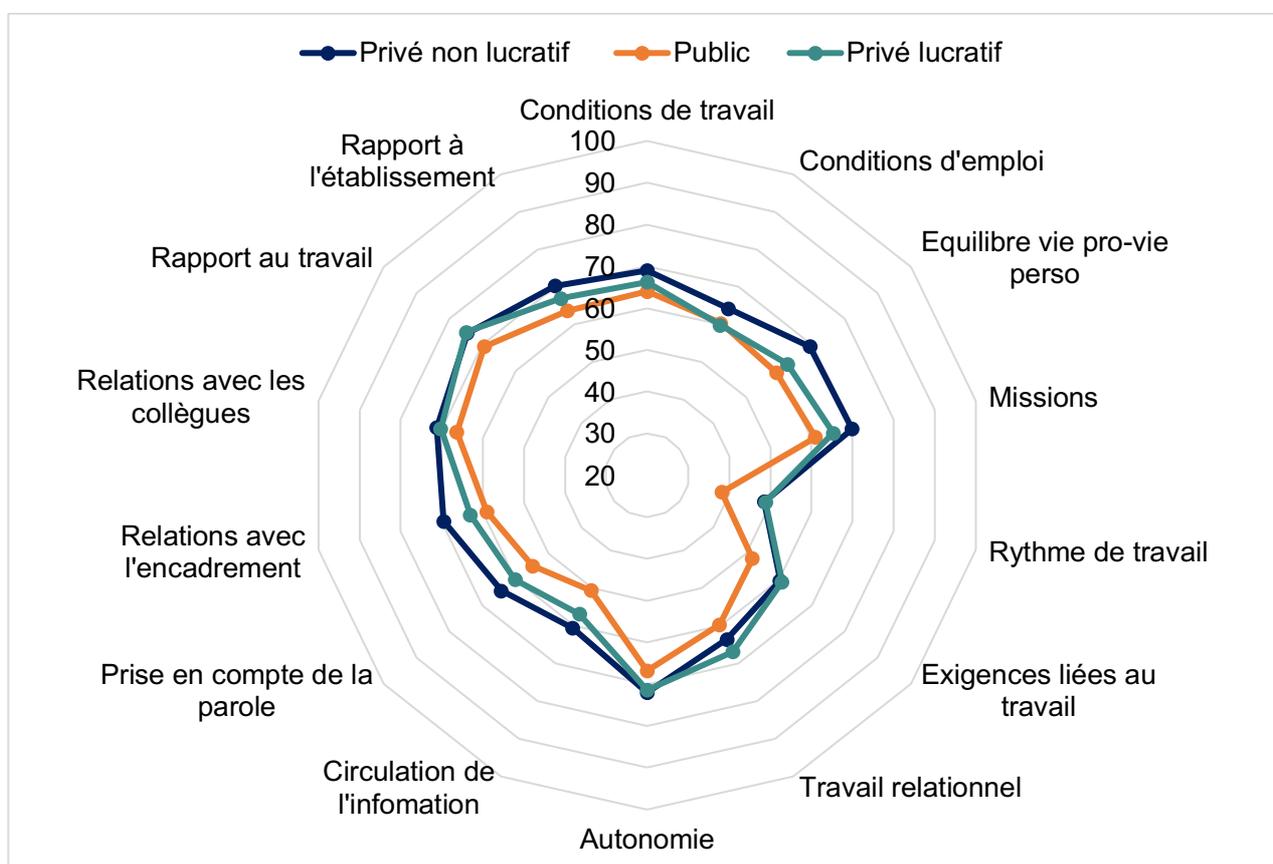
On remarque cependant que dans les deux types d'ancienneté (métier ou établissement), les deux dimensions où l'écart est le plus marqué entre les deux modalités sont le « Rapport au travail » et le « Rythme de travail ».

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

Des meilleures perceptions de la QVT en établissement privé non lucratif

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

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



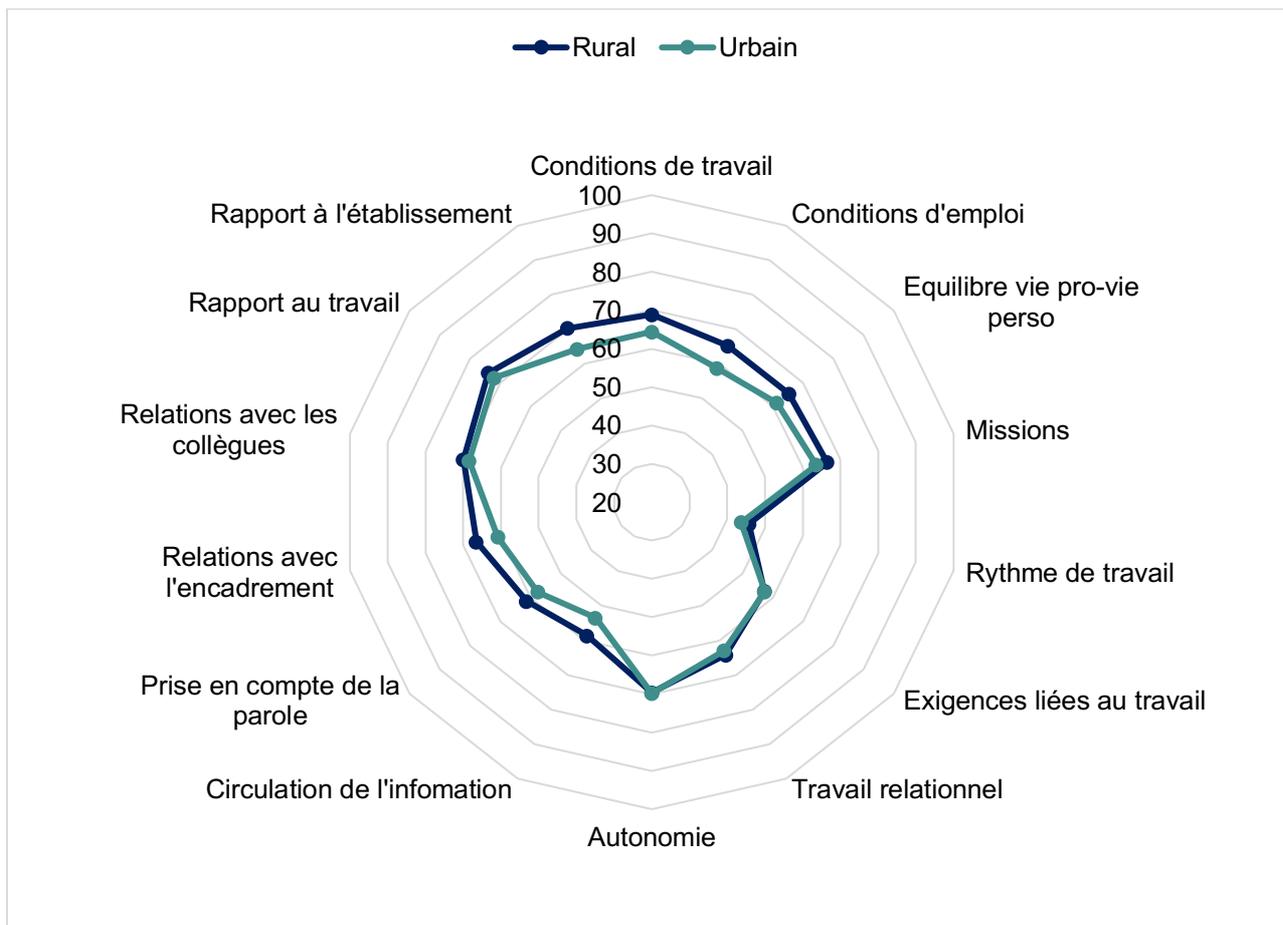
Les dimensions sur lesquelles l'écart de points est le plus perceptible entre le statut privé non lucratif et le public sont les dimensions « Rythme de travail » et « Relations avec l'encadrement », où on constate un peu plus de 10 points d'écart.

A l'inverse, on observe le plus de proximité entre les deux statuts sur les dimensions « Relations avec les collègues » et « Rapport au travail » (environ 5 points d'écart). Les scores des professionnels du privé lucratif sont quant à eux dans une position intermédiaire (entre privé non lucratif et public) sur toutes les dimensions, sauf « Condition d'emploi », où le statut privé lucratif obtient un score très légèrement moins bon que le public.

Des meilleurs scores en milieu rural

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

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



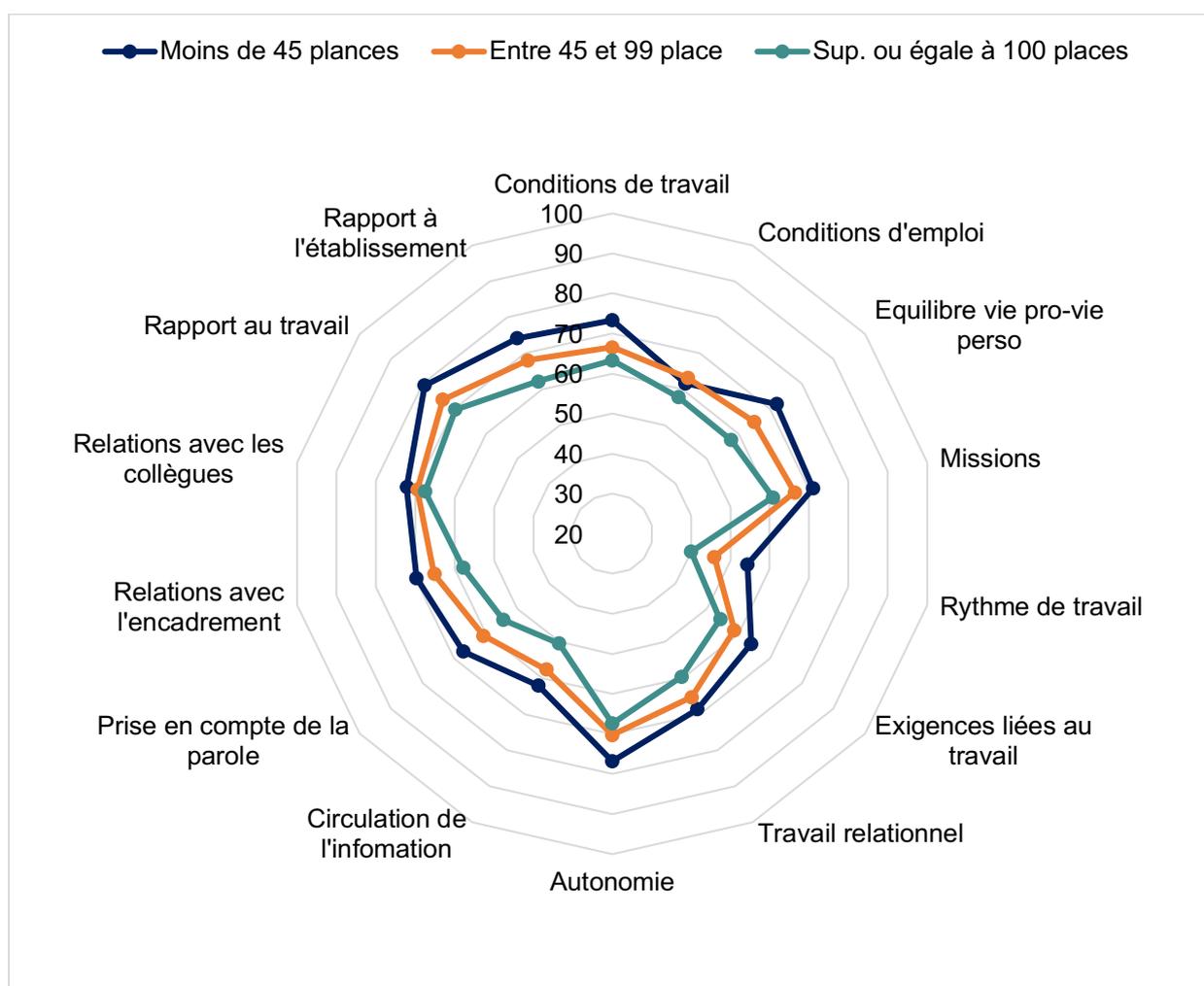
Lorsqu'on s'intéresse aux scores par dimensions, on constate cependant que les différences sont assez légères : un certain nombre de dimensions présentent d'ailleurs des scores quasiment équivalents sur les communes rurales et urbaines. C'est le cas sur les dimensions de l'« Autonomie », du « Travail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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Conclusions et hypothèses sur les déterminants d'une meilleure perception de la QVT en EHPAD

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

Nous l'avons constaté dans les croisements des scores par métier, les soignants obtiennent systématiquement les plus mauvais scores en comparaison aux professionnels non soignants des EHPAD, en particulier les professionnels administratifs et d'encadrement qui obtiennent, quant à eux, les meilleurs scores. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ces écarts dans les résultats.

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

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

Des conditions d'emploi qui influencent favorablement la QVT

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

Ces professionnels en CDD pourraient par exemple avoir un seuil de tolérance plus élevé aux contraintes et aux exigences du métier en EHPAD, étant de fait plus éloignés d'une relation d'emploi inscrite dans la durée de par leurs conditions d'emploi ou leur ancienneté.

De la même manière, en étant moins fréquemment sur le terrain ou depuis moins longtemps que les autres salariés, ils pourraient également avoir des exigences professionnelles moins élevées que leurs collègues à temps plein ou plus expérimentés. Ces derniers peuvent accorder plus d'importance à des problématiques du quotidien, davantage susceptibles de leur peser par rapport à leurs collègues moins présents sur l'établissement.

Enfin, les professionnels à temps complet, en CDI ou ayant plus de 5 ans d'ancienneté, étant davantage immergés dans le travail, pourraient également ressentir une certaine forme d'usure professionnelle, moins prégnante dans des emplois à durée déterminée ou à temps partiel, ou chez les plus jeunes salariés.

On peut également faire l'hypothèse que les professionnels les plus éloignés d'une relation d'emploi stable, pérenne comme les salariés en CDD ou à temps partiel parviennent davantage à modérer leur implication professionnelle et à parvenir à un meilleur équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle.

De petits établissements favorisent une meilleure QVT

La taille de l'établissement dans lequel les professionnels exercent a également un impact sur la perception de la qualité de vie au travail. Ainsi, plus l'établissement est petit, meilleurs sont les scores QVT.

On peut alors faire l'hypothèse que moins de résidents dans l'établissement permet aux professionnels de mettre en place une plus grande proximité avec eux et avec leurs familles, et ainsi améliorer la qualité des relations et la confiance entre les uns et les autres.

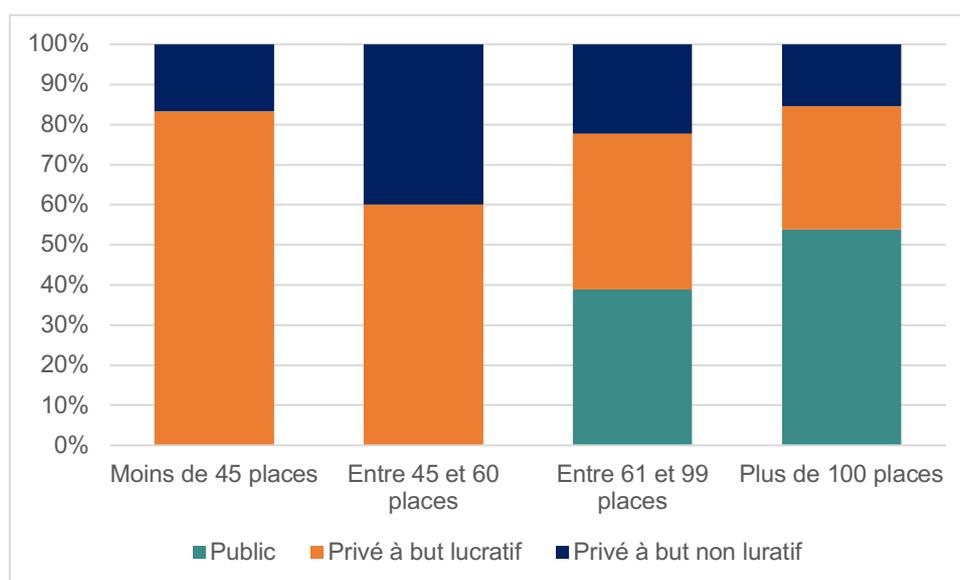
Un petit établissement à « taille humaine » peut également être synonyme d'une meilleure entente entre les différents professionnels de l'EHPAD qui travaillent ensemble dans davantage d'écoute, et une ambiance plus familiale grâce à des espaces partagés moins cloisonnés.

Des établissements publics obtenant les moins bons scores : une question de statut ou une question de taille ?

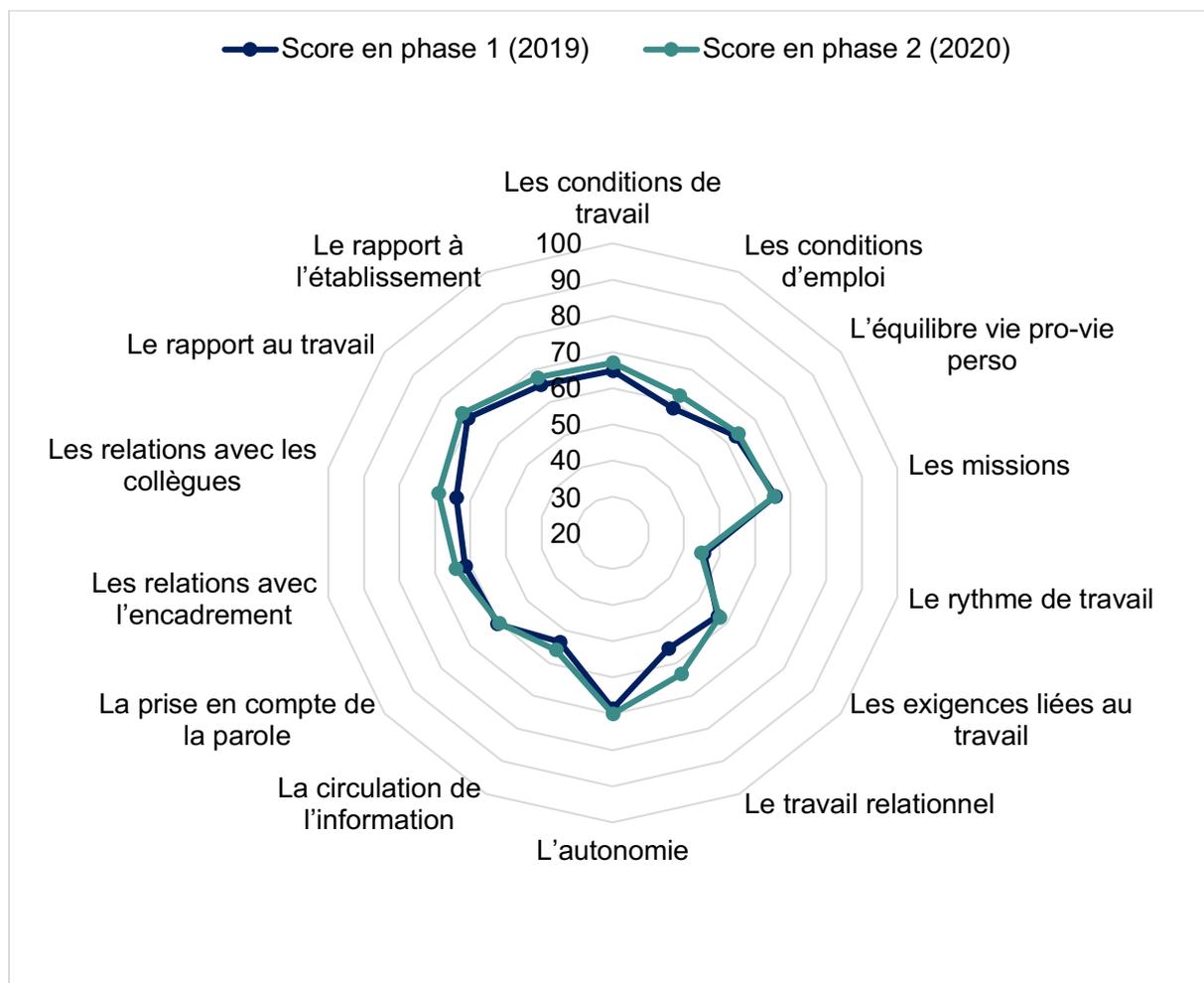
De meilleurs scores QVT ont été observés dans les établissements privés non lucratifs, tandis que les moins bons scores ont été obtenus par les établissements publics.

On peut mettre ce résultat en relation avec la taille des établissements privés non lucratifs, plus souvent de moins de 45 lits (petits établissements) pour lesquels on observe que la taille serait un facteur favorable de la QVT. Or, il se trouve que dans notre échantillon (comme souvent dans le reste des EHPAD français), les établissements publics sont plus souvent parmi les établissements de grande taille, du fait pour partie de leur histoire (adossement à un centre hospitalier, héritage d'ex-USLD transformée en EHPAD). Dès lors, il serait trop hâtif de tirer des conclusions certaines quant à l'influence du statut sur la QVT.

D'autres hypothèses mériteraient d'être investiguées en lien avec les contraintes organisationnelles liées au statut. Par exemple, il serait intéressant d'apprécier le degré d'équilibre organisationnel favorable à la QVT du permis au management des établissements privés non lucratifs, guidés par des valeurs d'intérêt collectif similaires au secteur public, et bénéficiant *a contrario* de davantage de possibilités dans la manière de mettre en œuvre leurs actions.



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



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

Une comparaison des scores QVT a été réalisée entre les résultats de la phase 1 (passation de septembre-novembre 2019) et les résultats de la phase 2 (passation septembre-novembre 2020). Cette comparaison a été réalisée sur le même échantillon d'établissements qui étaient présents dans l'étude à la fois en 2019 et en 2020, soit 35 établissements sur les 42 établissements participants de 2020.

Au niveau du score QVT global, on observe que le score de la phase 2 est légèrement supérieur au score de la phase 1 puisqu'il est de 62,7 en 2020 contre 60,9 en 2019.

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

On note trois dimensions (4. Mission , 5. Rythme de travail, 10. Prise en compte de la parole) dont les scores sont très légèrement inférieurs en phase 2 par rapport à la phase 1, mais ces différences ne sont quant à elles pas significatives.

Ces résultats sont à mettre en perspective avec les effets de la crise du Covid sur les collectifs de travail en EHPAD et sur les relations avec les résidents et les familles. Alors que la situation sanitaire a créé de nouvelles contraintes et de nouvelles exigences à l'encontre des professionnels des EHPAD, elle a également renforcé la solidarité du personnel, davantage amené à travailler main dans la main, à mieux communiquer et à s'adapter à des restrictions externes et communes à tous.

Ces nouvelles difficultés ont également renforcé la qualité des relations entre les professionnels et les résidents et leur famille, en augmentant la reconnaissance de ces derniers envers le travail et les efforts déployés par les salariés dont le travail, bouleversé en temps de Covid, a été particulièrement valorisé. La compréhension des familles, la solidarité et l'entraide apportées pendant cette période exceptionnelle a également resserré les liens déjà existants entre tous les acteurs du soin et les résidents et leur famille. C'est ce soutien social, fort et multiple, qui a permis aux professionnels des EHPAD de garder une perception globalement positive de leur QVT malgré un contexte difficile.

De même, les mesures de protection face au virus qui ont conduit à limiter les temps de visite, voire à les exclure, ont pu jouer sur les conditions de réalisation du travail des professionnels, leur libérant du temps et peut-être de la charge de travail, ayant moins à gérer la relation aux familles et travaillant dès lors en vase « clos » concentré sur la relation avec le résident. Cette hypothèse n'est en tout cas pas à exclure a priori, car bon nombre de travaux montrent les difficultés que rencontrent les professionnels dans la gestion des relations aux familles.

Neutralité du format de passation (papier/numérique)

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

CONCLUSION GENERALE ET PERSPECTIVES

Un outil validé

Le projet QENA© a permis de co-construire et de valider un outil qui mesure la qualité de vie au travail en EHPAD. Cet outil est un questionnaire de 69 items qui s'adresse à tous les salariés des établissements, quels que soit leur profession, leur statut ou leur temps de travail. Il permet de recueillir les perceptions individuelles des professionnels et de les compiler afin d'obtenir des scores QVT à l'échelle des établissements. Ces scores peuvent être établis pour la QVT « globale » ou pour chacune des 14 dimensions, identifiées dans le cadre du projet et constituant un véritable tableau de bord de la QVT.

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

Les atouts et les difficultés identifiés sur la QVT en EHPAD

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

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

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

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

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

Pistes et recommandations pour un déploiement de l'outil

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

Dussuet, A., Nirello, L., & Puissant, E. (2017). De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'IREES*, (1), 185-211.

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

Éloi, M., & Martin, P. (2017). La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations. *Revue française des affaires sociales*, (1), 21-40.

Elsman, E. B. M., van Rens, G. H. M. B., van Nispen, R. M. A. (2018). Psychometric properties of a new intake questionnaire for visually impaired young adults: The Participation and Activity Inventory for Young Adults (PAI-YA), *PlosOne*, August 7.

Garcia, F., Hélène, D., Ravache, A. E., Bitot, T., Chaumon, E., Milanini-Magny, G., & Estryn-Behar, M. (2011). Isolement, parcellisation du travail et qualité des soins en gériatrie. *Activités*, 8 (8-1).

Gollac, M., & Volkoff, S. (2007). *Les conditions de travail*. Paris: La Découverte.

Hogan T.P., (2007) *Psychological Testing : a practical introduction* (2e éd.), Hoboken, New-Jersey, Wiley.

Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55

Huguenotte, V., Andela, M., & Truchot, D. (2016). « Développement d'un questionnaire exigences-ressources contextualisé pour une appréhension du burnout des professionnels en EHPAD .» *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 24-31.

Jeoffrion, C., Hamard, J.-P., Boudoukha, S. & Barre, A. H. (2014). «Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative .» *Le travail humain*, 373-399.

Jounin, N., & Wolff, L. (2006). Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé. *Centre d'Etudes de l'Emploi, Rapport de recherche*.

KPMG. 2014. «Observatoire des EHPAD.»

Levet, P. (2013). «Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail. Équiper les acteurs pour négocier le travail, l'expérience de l'ANACT.» *Négociations*, 134.

Loffeier, I. (2011). Fabriquer du « bien-être » : Tension entre missions chez les personnels d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) en France. *Nouvelles pratiques sociales*, 24(1), 69-84.

Loquet, J. & Nagou, G. (2014). Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Journées des Économistes de la Santé français, Collège des Économistes de la Santé, Bordeaux, décembre 2014.

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., Straub, T., & Toldre, C. (2016). «Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés.» Les Dossiers de la Drees, Drees.

Martel, J.-P. & Dupuis G.. (2006). «Quality of work life: theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument.» *Social Indicators Research*, 333-368.

Martin, C. & Ramos-Gorand, M. (2017). «Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local et du salaire.» *Economie et statistique*.

Muller, M. (2017). «728 000 résidents en établissement pour personnes âgées en 2016. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015.» Etudes et Résultats, Drees.

- Pélissier, C., Vohito, M., Fort, E., Sellier, B., Agard, J.-P., Fontana, Luc & Charbotel, B.. (2015). «Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: A cross-sectional study .» *Journal of Occupational Health*, 285-296.
- Raybois, M. (2014). Contraintes temporelles et qualité du travail dans l'activité des soignants.
- Rimbert, G. (2005). Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite. *Lien social et Politiques*, (54), 93-104.
- Roussel J., Durrieu F., Campoy E. et El Akremi A. (2002), *Méthodes d'équations structurelles : Recherche et Applications en Gestion*, Economica.
- Saillour Glénisson F., Domecq S., Kret M., Sibé M., Dumond J.-P., Philippe M. (2016), *Design and validation of a questionnaire to assess organizational culture in French hospital wards* », BMC Health Services Research, BMC Health Services Research, BioMed Central, 2016, pp.491-505
- Samejima, F. (1969). Estimation of Latent Ability Using a Response Pattern of Graded Scores(Psychometric Monograph No. 17). Richmond, VA: Psychometric Society
- SECAFI. 2015. «Agir pour la qualité de vie au travail dans les EHPAD.»
- Sibé M., Kret M., Domecq S., Saillour-Glenisson F. (2012), Contextes organisationnels et managériaux des services hospitaliers : résultats d'une enquête transversale auprès de 36 services au moyen de l'outil Comet©, *JGEM*,2012/7 vol. 30, pp 100-118
- Teigné, D., Lucas, M., Leclère, B., Moret, L., & Terrien, N. (2017). Panorama des domaines de risques associés aux soins en Ehpad. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 15 (2), 117-126.
- Vinot, A. (2013). «Analyse des facteurs de stress du professionnel en secteur médico-social, le cas des Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes.» Projet de communication, XXIV^e Congrès AGRH. Paris.
- Volant, S. (2011). «L'offre en établissement pour personnes âgées.» Les Dossiers de la Drees, Dress.
- Ware JE Jr., Gandek B. (1998). Methods for testing data quality, scaling assumptions, and reliability: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal of clinical epidemiology*. 51(11):945–52.