

Attractivité des métiers de l'autonomie : pour une nouvelle stratégie de réduction des risques professionnels

JUILLET 2025

2024-095R

• TOME 2 : ANNEXES

Nadiège
Baille

Sarah
Bartoli

Lucile
Olier

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec la participation de Juliette **Berthe**, Lisa **Bernanose** et Claire **Pirat**



Suivez-nous sur LinkedIn

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| ANNEXE 1 : METHODE | 3 |
| ANNEXE 2 : SINISTRALITE ET ABSENTEISME DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL..... | 14 |
| ANNEXE 3 : DE LA PREVENTION DES RISQUES A LA QVCT, UNE NOTION RECENTE DE DIFFUSION ENCORE PARTIELLE | 28 |
| ANNEXE 4 : ENQUETE ARS | 34 |
| ANNEXE 5 : MONOGRAPHIE DES ETABLISSEMENTS | 89 |

ANNEXE 1 : Méthode

| | |
|--|-----------|
| 1 UN TRAVAIL D'INVESTIGATION MOBILISANT DES SOURCES VARIEES..... | 4 |
| 1.1 UNE ENQUETE AUPRES DES ARS SUR LA DECLINAISON DE LA STRATEGIE NATIONALE QVCT | 4 |
| 1.1.1 <i>La finalité de l'enquête.....</i> | 4 |
| 1.1.2 <i>La réalisation de l'enquête.....</i> | 4 |
| 1.2 DES DEPLACEMENTS DE TERRAIN POUR REPERER DES SYNERGIES EFFICACES ET DES DEMARCHEΣ | |
| PROBANTES | 5 |
| 1.2.1 <i>Le ciblage des régions retenues.....</i> | 5 |
| 1.2.2 <i>La méthode appliquée lors des déplacements</i> | 6 |
| 1.2.3 <i>Des immersions en établissement et en services.....</i> | 6 |
| 1.3 LES ENTRETIENS AVEC DES GRANDS GROUPES | 7 |
| 1.4 L'EXPLOITATION DES DONNEES STATISTIQUES DISPONIBLES (DONNEES ATMP, TABLEAU DE BORD DE LA PERFORMANCE, DONNEES DARES ET DREES....)..... | 8 |
| 1.4.1 <i>Les finalités</i> | 8 |
| 1.4.2 <i>Les difficultés rencontrées.....</i> | 9 |
| 1.4.3 <i>La méthode et le travail du pôle data</i> | 9 |
| 1.4.4 <i>Enseignements pour le pilotage des actions du secteur</i> | 10 |
| 1.5 UN BENCHMARK INTERNATIONAL ET SECTORIEL POUR S'INSPIRER DE PRATIQUES EXTERIEURES AU SECTEUR..... | 10 |
| 2 LES DETERMINANTS DES CHIFFRAGES RETENUS | 11 |
| 2.1 LA RECONSTITUTION DES MOYENS FINANCIERS CONSACRES, PAR L'ETAT, AUX ACTIONS DE QVCT ET DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS..... | 11 |
| 2.2 LE CHIFFRAGE DES RECOMMANDATIONS | 11 |
| 2.2.1 <i>La création d'un organisme de prévention (recommandation 4)</i> | 11 |
| 2.2.2 <i>Le plan rail (recommandation 6).....</i> | 12 |
| 2.2.3 <i>Le plan matériel / aide (recommandation 8).....</i> | 12 |
| 2.2.4 <i>Le réseau de préventeur (recommandation 9).....</i> | 12 |
| 2.2.5 <i>L'amplification du soutien à domicile (recommandation 12)</i> | 12 |
| 2.2.6 <i>Le soutien à l'innovation organisationnelle et managériale (recommandation 13).....</i> | 13 |

[1] Outre l'exploitation documentaire et les nombreux entretiens tenus au niveau national¹, la mission a fondé ses analyses (1) sur un large travail d'investigation avec des déplacements de terrain, des échanges avec des grands groupes, l'exploitation de données collectées auprès de la Drees, de l'Assurance maladie- Risques professionnels et de l'ATIH, une enquête auprès des ARS ainsi qu'un benchmark international et sectoriel. Elle s'est également efforcée de construire une trajectoire budgétaire soutenant ses recommandations dont les principaux déterminants sont ici présentés (2).

1 Un travail d'investigation mobilisant des sources variées

[2] Le double objectif de réaliser un bilan des actions conduites en matière de QVCT et de prévention de la sinistralité dans le secteur comme de proposer un plan d'action pragmatique, opérationnel et ambitieux nourri par des expériences réussies, a conduit la mission à mener de larges investigations.

1.1 Une enquête auprès des ARS sur la déclinaison de la stratégie nationale QVCT

1.1.1 La finalité de l'enquête

[3] Les ARS ont été positionnées par la stratégie de 2018 au cœur du pilotage régional des actions d'amélioration de la qualité de vie au travail, en lien, côté Etat, avec leurs partenaires opérateurs du champ, l'Anact et les Carsat.

[4] La mission a souhaité disposer d'une vision globale de la manière dont elles ont activé les différents leviers leur permettant de piloter les stratégies régionales : programmation, nature des actions mises en place, structuration interne, cadre partenarial, instances de pilotage. Il s'agissait de réaliser un état des lieux des déclinaisons régionales de la stratégie, permettant d'identifier des freins comme des points d'appui pour une nouvelle dynamique.

1.1.2 La réalisation de l'enquête

[5] Afin de maximiser le taux de réponse, la mission a privilégié une construction resserrée et un travail itératif avec le SGMAS et les référents du comité technique RH de l'instance de coordination des ARS.

[6] La mission a privilégié un questionnaire de taille raisonnable (35 questions), avec essentiellement des questions à échelle et une minorité de questions ouvertes (6/35). Ce format a l'avantage d'être économique des ressources disponibles en ARS pour remplir le questionnaire. Il facilite également l'exploitation et le traitement des réponses. Une possibilité d'expression libre a néanmoins été ouverte aux ARS pour s'appuyer sur des appréciations plus qualitatives.

¹ Voir la liste des personnes rencontrées.

[7] La mission s'est appuyée sur le SGMAS pour orchestrer le déroulement de l'enquête :

- 25 février, envoi du questionnaire au SGMAS, pour avis et consultation des DG ARS et référents du CTS-RH ;
- 10 mars, retour du SGMAS et des référents ARS ;
- 20 mars, envoi du questionnaire, avec une date butoir fixée au 18 avril ;
- 14 avril, relances par l'Igas ;
- 18 avril, relances assurées par le SGMAS ;
- 28 avril, envois spécifiques par l'Igas à deux ARS ne parvenant à utiliser le lien ;
- 5 mai, clôture du dispositif.

[8] Le temps consacré à l'élaboration du questionnaire comme les délais laissés aux ARS pour le remplir et les relances ciblées ont permis d'atteindre un taux de réponse de quasi 100 %, exception faite de Mayotte, exonérée en raison de sa situation particulière post cyclone.

1.2 Des déplacements de terrain pour repérer des synergies efficaces et des démarches probantes

[9] Les déplacements de terrain, à la rencontre des pilotes régionaux et départementaux, comme des chefs d'établissements et services et de leurs équipes, ont permis à la mission de s'approprier des démarches probantes et de repérer des constantes dans leur mise en place. La mission n'a recherché que des bonnes pratiques ou des démarches exemplaires.

[10] Préalablement, sur la base d'expériences mises en avant dans la littérature², ou encore dans les évaluations disponibles, la mission avait défini le périmètre à investiguer, à savoir les équipes autonomes, le soin de manutention comme le renforcement du pouvoir d'agir des résidents.

1.2.1 Le ciblage des régions retenues

[11] En conséquence, le ciblage des régions retenues a obéi à deux critères principaux :

- Le dire d'acteurs, soit des régions repérées par les interlocuteurs au niveau central (DGCS, CNSA, SGMAS, Cnam-DRP, Anact) pour leur implication dans les politiques d'attractivité des métiers ;
- La possibilité de réaliser une immersion dans un établissement ou service ayant conduit une démarche probante relevant du périmètre défini par la mission.

[12] Trois régions ont été retenues : la Nouvelle-Aquitaine, l'Ile-de-France, les Hauts-de-France. Elles ont fait l'objet de déplacements d'une durée respective de trois jours.

² Voir notamment : El Khomri, M., (2019), Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, 2020-2024, rapport remis à la ministre des Solidarités et de la santé, octobre.

1.2.2 La méthode appliquée lors des déplacements

1.2.2.1 Au niveau des pilotes institutionnels

[13] Le premier objectif des déplacements a été d’appréhender, à l’échelle régionale, les dynamiques partenariales permettant aux acteurs institutionnels d’articuler leurs interventions. Ont plus spécifiquement été visés :

- Les ARS au titre du pilotage de la stratégie et du financement du médico-social ;
- Les Dreets au titre du pilotage des schémas régionaux de santé au travail ;
- Les Carsat, opérateurs de la branche en matière de prévention des risques professionnels ;
- L’Anact, opérateur en matière d’accompagnement de la QVCT.

[14] Si des entretiens bilatéraux ont été menés avec les ARS, la mission a privilégié des formats collectifs (ARS, Carsat, Anact à titre principal, Dreets³ à titre secondaire) permettant de d’interroger l’écosystème du pilotage sur l’articulation de leurs actions et sur les conditions de réussite d’une démarche plus intégrée et systématique.

[15] A titre complémentaire, le pilotage que le conseil départemental peut assurer au titre de sa responsabilité sur le domicile a fait l’objet d’investigation à travers l’exemple landais. A nouveau, le format collectif a été privilégié avec les partenaires qui à cette échelle ont pu être mobilisés pour porter une action globale sur le secteur (centre de gestion, Carsat, ARS).

1.2.3 Des immersions en établissement et en services

[16] Le second objectif des déplacements a été de consacrer du temps à des immersions en établissements ou services ayant conduit des démarches volontaristes. Ces immersions avaient vocation à apprêhender la manière dont les acteurs se sont saisis des dispositifs mis en place par les pilotes régionaux, à repérer les leviers de conduite du changement et à apprécier les résultats constatés. La mission a cherché à équilibrer ses visites pour :

- Avoir un panel de l’ensemble des expériences figurant dans son périmètre, à la fois en établissement et en service à domicile, dans le handicap comme le grand âge ;
- Disposer d’exemples représentatifs des différents statuts d’intervention (fonction publique, territoriale et hospitalière, secteur privé lucratif et non lucratif).

[17] Les pilotes de niveau régional ou départemental ont aidé la mission à identifier les structures engagées dans les démarches jugées les plus probantes. L’Ehpad de Kersalic, à Guingamp en Bretagne, s’est également imposé à la mission au regard de la valorisation dont la structure a fait l’objet (publication d’une monographie de l’EN3S, couverture presse, soutien de D. Libault). Finalement, sept établissements ou services ont fait l’objet de ces immersions d’une demi-journée à une journée.

³ Celles-ci ayant été conviées dans les échanges collectifs mais n’ont pu être présentes que dans une occurrence.

[18] Lors de celles-ci, la mission a ensuite eu l'occasion de s'entretenir avec la direction, l'équipe projet, mais également des professionnelles de l'aide et du soin, infirmières, aides-soignantes et aides à domicile. Par ailleurs, la mission a eu l'occasion d'observer ponctuellement des prises en charge concrètes de résidents.

[19] A la suite de ses immersions, la mission a demandé aux structures de remplir une monographie, librement inspirée des travaux de l'OPP BTP sur l'approche économique de la prévention et co-élaborée avec un petit nombre d'entre elles. La matrice a été transmise assortie d'indicateurs de moyens et de résultats simples à partir de données largement disponibles dans les systèmes d'information des structures visitée. Elle s'est appuyée sur des référentiels bien connus des structures (tableau de bord de la performance ATIH à titre principal, instruction comptable M22 secondairement). L'objectif de ce travail est de prendre part à un travail de valorisation des actions pour inviter les décideurs à promouvoir ce type d'outils. Cinq monographies ont été travaillées par les structures.

[20] L'approche par la démarche probante a permis à la mission de proposer une stratégie transverse globale, qui parte des expériences réussies, en dépassant le frein que constitue la réponse par cadre d'intervention institutionnel.

1.3 Les entretiens avec des grands groupes

[21] La mission a souhaité compléter son approche par démarche réussie au niveau micro par une vision plus macro au niveau des engagements de groupes. Lors de ses entretiens avec l'OPP-BTP comme avec le réseau des Carsat, la nécessité de s'appuyer sur des dynamiques grands comptes afin d'entrainer un secteur a été mise en avant. Celles-ci ont vocation à mobiliser en première approche le niveau stratégique.

[22] Trois grands groupes, deux du privé lucratif et un du privé non lucratif ont ainsi été entendus dans le cadre de la mission.

1.4 L'exploitation des données statistiques disponibles (données ATMP, tableau de bord de la performance, données Dares et Drees...)

1.4.1 Les finalités

[23] La mission s'est efforcée d'exploiter les analyses des enquêtes et bases de données de référence touchant aux conditions de travail et à la sinistralité.

Les enquêtes de référence en population générale sur les conditions de travail et l'exposition aux risques professionnels

Les enquêtes de référence sont celles de la Dares :

L'enquête Sumer (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) est menée avec la DGT. Elle s'est déroulée en 1994, 2003, 2010 et 2017. La collecte réalisée par les médecins du travail sur un échantillon d'environ 30 000 salariés, permet de recueillir des informations très précises sur les expositions professionnelles. Cependant, elle ne concerne que les salariés suivis régulièrement par la médecine du travail, excluant donc les non-salariés, les salariés de particuliers employeurs et une large fraction de la fonction publique d'Etat.

L'enquête Conditions de travail et risques psychosociaux (CT-RPS), réalisée depuis 1978 (tous les trois ans depuis 2013), vise à mieux connaître les conditions de travail et les risques de l'ensemble des personnes en emploi en France. Elle comporte un volet employé et un volet employeur. Elle porte sur un échantillon d'un peu moins de 30 000 salariés du privé et du public. Elle est réalisée en collaboration avec l'Insee, la DGAFP et la Drees. Cette enquête a intégré un sur-échantillon permettant d'appréhender le secteur hospitalier dès 2013 (ainsi qu'en 2016 et 2019) mais seulement en 2024 pour le secteur social et médico-social. L'enquête CT-RPS 2024-2025 comporte ainsi un sur-échantillon de 3500 salariés du secteur de l'autonomie intervenant en établissement et à domicile qui devrait permettre de documenter plus particulièrement la situation de ce secteur très exposé. La mission n'a pu l'exploiter compte tenu du calendrier de collecte.

Elle a pu en revanche s'appuyer sur une exploitation de l'enquête TraCov2 (2023) de la Dares, réalisée par la Drees⁴, pour actualiser le diagnostic sur les conditions de travail des salariés du secteur post-Covid. Cette enquête a pour principal objectif de décrire l'impact de moyen terme de la crise sanitaire sur les conditions de travail, les risques psychosociaux et la santé au travail des actifs. Elle a été réalisée auprès d'un échantillon de 65 000 personnes âgées de 18 à 64 ans.

[24] En outre, elle a souhaité actualiser le diagnostic sur les conditions de travail, la sinistralité et l'absentéisme dus aux accidents du travail (AT) et aux maladies professionnelles (MP) posé par les rapports de référence précédents (El Khomri, 2019 et Cours des comptes, 2022), qui décrivaient une situation antérieure à la période du Covid. Il s'agissait également d'affiner la description de la sinistralité et de ses déterminants dans le secteur de l'autonomie.

⁴ Drees (2025), « Les conditions de travail des professionnelles du social et de santé », Data.Drees, juin.

[25] Le pôle data de l'Igas a été mobilisé pour appuyer la mission sur l'exploitation des bases de données de l'assurance maladie-risques professionnels, du tableau de bord de la performance et du répertoire Finess.

1.4.2 Les difficultés rencontrées

[26] Les statistiques de sinistralité connaissent de nombreuses limites.

[27] Tout d'abord, les employeurs publics hospitaliers et territoriaux, qui sont leurs propres assureurs, n'ont pas l'obligation de déclarer les ATMP concernant les fonctionnaires dans l'outil Prorisq géré par le FNP pour le compte de la CNRACL : le taux de couverture, s'il progresse, n'était en 2023 que de 30 % pour les fonctionnaires hospitaliers et frôlait les 50 % pour les fonctionnaires territoriaux, sans que les baisses affectant les statistiques produites sur cette base ne soient documentés dans les rapports annuels. Dans les deux cas, le niveau de détail est très inférieur à ce que produit l'assurance maladie et ne permet pas d'appréhender réellement la sinistralité ATMP des établissements médico-sociaux publics.

[28] Les statistiques de l'assurance maladie-risques professionnels, malgré leur qualité, ont aussi leurs limites. Elles sont publiées en *open data* par codes Naf, au niveau relativement détaillé des divisions. Or, ces codes ne permettent d'identifier le médico-social que de façon très grossière. Les 10 codes NAF utilisés par la mission pour circonscrire le secteur (voir annexe 2) ne permettent de retrouver que 75 % des établissements, 25 % étant épars dans 61 autres codes Naf.

[29] La connaissance des conditions de travail dans le secteur est par ailleurs limitée par la taille des échantillons des enquêtes de référence, les enquêtes Sumer d'une part et les enquêtes conditions de travail - risques psychosociaux de la Dares ou, dans le cas présent, de l'enquête TraCov. Seules les professions les plus nombreuses (aides-soignantes et aides à domicile) peuvent être identifiées et leur statut d'emploi ne peut être approché de façon détaillée. L'entrée par secteur d'activité est également limitée par la taille des échantillons, qui oblige à élargir l'analyse au-delà des 10 classes de la Naf retenues par la mission, appartenant aux divisions 87 (« hébergement médico-social et social ») et 88 (« action sociale sans hébergement ») qui décrivent a priori le mieux le secteur (voir annexe 2). La plupart des publications de la Drees et de la Dares retiennent ainsi un regroupement encore plus large, le niveau QB de la Nace, « Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement », qui regroupe les divisions 87 et 88. Ce niveau englobe donc le secteur médico-social avec d'autres activités relevant du secteur social. Par ailleurs, cette approche par codes Naf souffre des mêmes limites déjà évoquées supra pour l'analyse des données de l'assurance maladie.

1.4.3 La méthode et le travail du pôle data

[30] Pour situer le niveau de l'absentéisme ATMP du secteur public relativement à celui du secteur privé, le pôle data a exploité le tableau de bord de la performance collecté par l'ATIH qui contient une variable sur l'absentéisme par motif, avec notamment les motifs ATMP et maladie.

[31] Mais la mission a surtout privilégié l'exploitation des données les plus complètes, celles de la Direction des risques professionnels (DRP) de la Cnam, qui permettent de qualifier le niveau et l'évolution de la sinistralité du secteur. Elles ont été appariées sur la base du numéro de l'établissement (Siret) dans la base de référence des entreprises et établissement, le répertoire

Sirene, avec le répertoire Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux), afin d'identifier les établissements selon leur activité détaillée. Malgré les limites de Finess (Siret manquant ou obsolète, concept d'établissement différent entre les répertoires Finess et Sirene avec notamment 10 % de Siret ayant plusieurs codes activité au sens de Finess), cela a permis de produire des données actualisées sur la fréquence des accidents du travail mais aussi leur gravité ou leur durée moyenne par type d'établissement pour la période 2016-2023.

[32] Ces travaux d'appariement avec Finess ont permis à la mission de mettre en lumière les difficultés de ciblage des établissements du secteur médico-social, particulièrement dans le champ du handicap où il est fréquent qu'un même établissement (au sens du répertoire Sirene) porte plusieurs activités ie un Siret est associé à plusieurs codes activité Finess.

1.4.4 Enseignements pour le pilotage des actions du secteur

[33] Ils font écho aux difficultés auxquelles se heurtent les Carsat, signalées à la mission lors des auditions, pour le repérage des établissements médico-sociaux, particulièrement dans le champ du handicap. Outre le fait que les codes Naf et les codes risques ne permettent pas d'identifier tous les établissements, ils ne sont pas assez précis pour identifier la nature de l'activité. Or, celle-ci impacte fortement le niveau de sinistralité. Cela amène les Carsat à orienter les établissements du champ du handicap vers des programmes qui ne sont pas adaptés à la nature des risques auxquels ils sont confrontés, par exemple vers TMS-Pro alors qu'ils sont confrontés d'abord à des problématiques de violence et donc des risques psychosociaux. Cela limite aussi la capacité de la DRP à produire des données de sinistralité détaillées selon des catégories pertinentes pour l'action publique et son suivi par les directions centrales et les acteurs territoriaux.

[34] Il est indispensable pour progresser dans cette voie d'apparier les données de la DRP avec Finess pour améliorer le repérage des établissements du champ médico-social et identifier la nature de leurs activités. En l'état, ce n'est pas possible en routine. Cela suppose au préalable, comme l'a déjà signalé la mission Igas relative aux données de pilotage RH du secteur un investissement⁵ important pour améliorer le taux de déclaration du Finess dans la DSN, mais aussi fiabiliser le Siret dans Finess et produire une table de passage Siret – Finess. Cela ne pourra se faire sans le concours des directions statistiques du ministère et de la DRP.

1.5 Un benchmark international et sectoriel pour s'inspirer de pratiques extérieures au secteur

[35] Dans l'objectif de se nourrir de démarches probantes, la mission a souhaité assurer un travail de parangonnage, à deux niveaux :

- A l'échelle sectorielle, en s'efforçant de comparer le secteur au BTP. Cette référence a été utilisée dans la mesure où le BTP est le secteur le plus accidentogène de l'ensemble des CTN et partage avec le médico-social la prééminence des risques liées aux manutentions manuelles de charge. En outre, la structuration existante en matière de prévention des

⁵ Djataou NY., Le Bayon D. et Marty-Chastain C. (2025), Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social, Igas, rapport n° 2024-073R, mars.

risques constitue un modèle d'inspiration potentielle pour le médico-social. Un échange approfondi a eu lieu avec l'office paritaire.

- A l'échelle internationale, en mobilisant Eurogip, les statistiques sur lesquelles il s'appuie et les travaux qu'il mène sur le secteur, mais également en assurant une recherche plus approfondie sur le Québec. Un échange nourri avec l'office paritaire de prévention des risques (ASSTSAS) de la province canadienne s'est tenu. A la suite une analyse de la documentation transmise a permis de s'appuyer sur le modèle québécois pour formuler une recommandation structurante sur l'aide à domicile.

2 Les déterminants des chiffrages retenus

2.1 La reconstitution des moyens financiers consacrés, par l'Etat, aux actions de QVCT et de prévention des risques professionnels

[36] La mission s'est efforcée de construire une vision globale des moyens consentis par l'Etat et ses principaux opérateurs, aux actions de QVCT et de prévention des risques.

[37] Pour ce faire, elle a construit, en lien avec la CNSA, la DRP et la DGCS une matrice des principaux dispositifs consacrés et de leurs montants en 2022, 2023 et 2024.

[38] Elle a ensuite établi une moyenne annuelle d'intervention sur ces trois années. Cette construction constitue le soubassement du travail de chiffrage des recommandations portées par la mission.

2.2 Le chiffrage des recommandations

[39] Plusieurs recommandations de la mission sont coûteuses. Elles ont fait l'objet d'un travail de chiffrage, selon une chronique pluriannuelle. Les paramètres de chacun de ces chiffrages sont ici présentés. L'unité de mesure est le millier d'euros.

2.2.1 La création d'un organisme de prévention (recommandation 4)

[40] Pour établir son chiffrage, relevant principalement de la masse salariale, la mission s'est appuyée sur des typologies de coût en vigueur dans le secteur public, auquel elle a imputé des frais de gestion et du glissement vieillissement technicité (GVT) pour le tendanciel.

| OP | Profil ETP | Nb | Coût unitaire (K€) | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | Après 2029, N = N - 1 * frais de gestion * GVT |
|------------------|----------------|----|--------------------|-----|-----|-------|-------|-------|--|
| | Directeur | 4 | 80 | 92 | 212 | 276 | 368 | 432 | |
| Frais de gestion | Chef de projet | 10 | 50 | 58 | 132 | 230 | 575 | 674 | |
| 1,15 | Ingénieur | 20 | 40 | 46 | 106 | 276 | 920 | 1 079 | |
| GVT | Assistant | 26 | 30 | 35 | 79 | 345 | 897 | 1 052 | |
| 1,02 | | | | 230 | 529 | 1 127 | 2 760 | 3 237 | |

2.2.2 Le plan rail (recommandation 6)

[41] La mission s'est appuyée sur une enquête réalisée en 2024 pour la DRP par l'institut BVA auprès de 2022 Ehpads pour établir une situation de départ. 58 % des Ehpads disposent ainsi d'au moins un rail de transfert plafonnier (quelle que soit sa configuration) et 35 % d'entre eux en ont équipé toutes leurs chambres. Sur cette base et à partir de coûts moyens confirmés par plusieurs parties prenantes, elle a simulé le reste à équiper en retenant une norme d'un rail dans chaque chambre et d'un moteur pour trois chambres. Un taux d'intervention à 100 % ou à 60 % a également été simulé.

| Nombre de places installées* | Nombre de places équipées | Reste à équiper | Cout rail + moteurs (100 %) K€ | Cout rail + moteurs (60 %) |
|------------------------------|---------------------------|-----------------|--------------------------------|----------------------------|
| 550 000 | 194 700 | 355 300 | 172 490 000 | 703 94 000 |

*Places Ehpads (hors UVP et UHR) et MAS- L'aide et l'action sociales en France > édition 2022 > Drees

2.2.3 Le plan matériel / aide (recommandation 8)

[42] La mission a retenu ici un ordre de grandeur cohérent avec une légère augmentation de l'actuel fonds sinistralité, cohérent avec les besoins d'un plan pluriannuel en matériel technique.

2.2.4 Le réseau de préveneur (recommandation 9)

[43] La mission s'est ici appuyée sur les chiffrages réalisés par la DGOS, d'un réseau de 400 préveneurs au coût unitaire de 60 K€. Cette volumétrie est en outre cohérente avec le réseau territorial de l'OPP-BTP.

| Préveneur (K€) | 26 | 27 | 28 | 29 | Après 2029, N= N-1* GVT |
|---|-------|--------|--------|--------|-------------------------------|
| Effectif | 100 | 200 | 300 | 400 | |
| Masse salariale | 6 000 | 12 000 | 18 000 | 24 000 | |
| Hypothèses : Coût unitaire : 60 k€ ; GVT : 1,02 | | | | | |

2.2.5 L'amplification du soutien à domicile (recommandation 12)

[44] Au regard de la couverture partielle de la dotation complémentaire (22 % des Sad), la mission a projeté une enveloppe croissante de 20 % par an sur cinq ans. S'y ajoute une expérimentation dans trois départements sur les trois premières années, financée à 70 % par la CNSA, pour un coût annuel unitaire de 500 K€.

| SAD paramètres | | | |
|------------------------|--------------------------------------|--------|---|
| | Montant (en K€) en 2024 | 90 000 | |
| Dotation qualité | Coefficient d'augmentation annuel | 1,2 | N = n-1 * coefficient d'augmentation annuelle + sur les trois premières années expérimentation SAD (coût * unité * taux d'intervention) |
| Expé Saad tri-annuelle | Coût (en K€) | 500 | |
| | Unité | 3 | |
| | Taux CNSA | 0,7 | |

| Sad Trajectoire | | | | |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 109 050 | 131 910 | 159 342 | 191 210 | 229 452 |

2.2.6 Le soutien à l'innovation organisationnelle et managériale (recommandation 13)

[45] La mission a raisonné à l'échelle départementale avec une enveloppe de l'ordre de 300 K€ par département, ce qui permet, selon la nature des projets d'en retenir entre trois et dix par territoire.

ANNEXE 2 : Sinistralité et absentéisme dans le secteur médico-social

Synthèse :

Le secteur médico-social est un secteur particulièrement exposé aux accidents du travail (AT), de trajet ou une maladie professionnelle (MP). Il présente en 2023 une fréquence des sinistres AT de 69,9 accidents de travail pour 1 000 salariés du régime général, deux fois et demie supérieure à la moyenne nationale qui est de 26,8 accidents de travail pour 1 000 salariés. Si l'ampleur du phénomène est facilement observable, sa caractérisation précise reste plus complexe.

Les informations sur le secteur les plus détaillées disponibles proviennent en effet de la Direction des Risques Professionnels (DRP) de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)⁶. Toutefois, ces statistiques s'appuient sur la nomenclature d'activités française (Naf), qui ne permet pas d'identifier avec précision les établissements et services sociaux et médico-sociaux, ESMS).

Le croisement avec le répertoire Finess, permet d'améliorer cette identification, tout en s'avérant complexe à mettre en œuvre (identifiants manquants ou obsolètes, établissements multi-activités). Par ailleurs, une large partie du secteur public — très présent dans le médico-social — échappe au champ de compétence direct de la DRP qui ne recense que les sinistres survenus à des salariés du secteur privé ou des contractuels de la fonction publique. Ces limites sont détaillées dans l'annexe méthodologique du rapport.

Malgré tout, une analyse approfondie de la sinistralité dans le secteur médico-social reste indispensable pour éclairer les enjeux en matière de prévention et de politique publique. Cette annexe propose ainsi une exploration de la sinistralité des établissements médico-sociaux en s'appuyant sur différentes sources.

⁶<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/risques-professionnels-et-sinistralite>

| | |
|--|-----------|
| 1 ANALYSE SECTORIELLE GLOBALE PAR CODE NAF | 16 |
| 1.1 UNE ANALYSE DESCRIPTIVE QUI ALERTE..... | 16 |
| 1.2 ... MAIS QUI RESTE LIMITEE DANS LA COUVERTURE DU CHAMP | 18 |
| 2 UNE APPROCHE PLUS DETAILLEE GRACE AUX CATEGORIES FINESS..... | 19 |
| 3 UNE APPROCHE DE L'ABSENTEISME DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS | 24 |
| 3.1 DES STATISTIQUES A INTERPRETER AVEC PRUDENCE..... | 25 |
| 3.2 MAIS DES INFORMATIONS INTERESSANTES SUR LE SECTEUR PUBLIC | 25 |
| CONCLUSION..... | 27 |

Analyse de la sinistralité du secteur médico-social : les indicateurs

La sinistralité liée aux accidents du travail est approchée à travers plusieurs indicateurs grâce aux données de la Direction des Risques Professionnels (DRP) de la Cnam :

L'indice de fréquence des accidents du travail, défini comme le nombre d'accidents du travail en 1^{er} règlement pour 1000 salariés ;

Le taux de gravité des accidents du travail, défini comme le nombre de journées d'incapacité temporaire⁷ consécutives aux sinistres AT-MP pour 1 000 heures de travail ;

La durée moyenne d'un accident du travail, définie comme le nombre moyen de journées d'incapacité temporaire consécutives aux sinistres AT-MP ;

Le montant moyen des indemnités journalières versées pour un accident du travail, défini comme le montant des indemnités journalières/nombre d'AT en 1^{er} règlement ;

Les statistiques décrites à partir de ces données portent sur les salariés affiliés au régime général ie les salariés du secteur privé et les contractuels de la fonction publique. On s'intéresse ici exclusivement aux AT en 1^{er} règlement, ie survenus dans l'année étudiée, sans tenir compte des sinistres qui auraient débuté les années précédentes.

1 Analyse sectorielle globale par code Naf

1.1 Une analyse descriptive qui alerte

[46] Pour étudier le secteur, on choisit les 10 codes Naf qui regroupent l'essentiel du secteur. Ils sont exploités pour l'analyse sectorielle de la sinistralité en isolant les champs du handicap, du grand âge, et de l'aide à domicile (tableau 1). Deux autres codes Naf supplémentaires, qui sont ajoutés à des fins comparatives : les activités hospitalières (8610Z) et les activités des infirmiers et des sage-femmes (8690D).

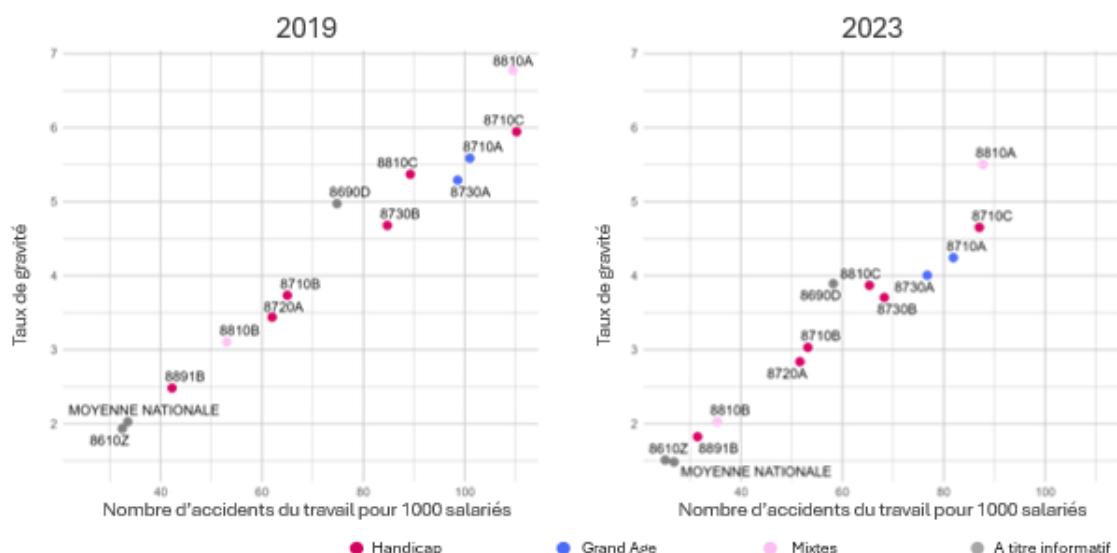
⁷ Les journées d'incapacités temporaires consécutives aux sinistres AT-MP sont dénombrées en jours calendaires à partir du lendemain de l'accident.

Tableau 1 : Codes Naf exploités dans l'analyse de la sinistralité ATMP dans le secteur médico-social

| Codes Naf – grand âge | Code Naf - handicap | Code Naf – Aide à domicile publics mixtes |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 8710A - Hébergement médicalisé pour personnes âgées • 8730A - Hébergement social pour personnes âgées | <ul style="list-style-type: none"> • 8710C - Hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autre hébergement médicalisé • 8710B - Hébergement médicalisé pour enfants handicapés • 8720A - Hébergement social pour handicapés mentaux et malades mentaux • 8891B - Accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants handicapés • 8730B - Hébergement social pour handicapés physiques • 8810C - Aide par le travail | <ul style="list-style-type: none"> • 8810A - Aide à domicile • 8810B : Accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées |

[47] En 2019 comme en 2023 l'ensemble du secteur médico-social reste au-dessus de la moyenne nationale et l'écart ne s'amenuise pas (cf. graphique 1). En particulier, le taux de gravité de l'Aide à Domicile reste, en 2023, **3,7 fois plus élevé que la moyenne nationale** et dépasse de 0,85 points celui de l'Hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autre hébergement médicalisé, le deuxième code Naf le plus sujet à la sinistralité. Ce dernier est légèrement plus touché que l'Aide à Domicile en termes de **fréquence d'accidents, dans les deux cas 3,3 fois supérieure à la moyenne nationale**.

Graphique 1 : Comparaison entre 2019 et 2023 de la fréquence et de la gravité de la sinistralité des Accidents du Travail (AT) par code Naf

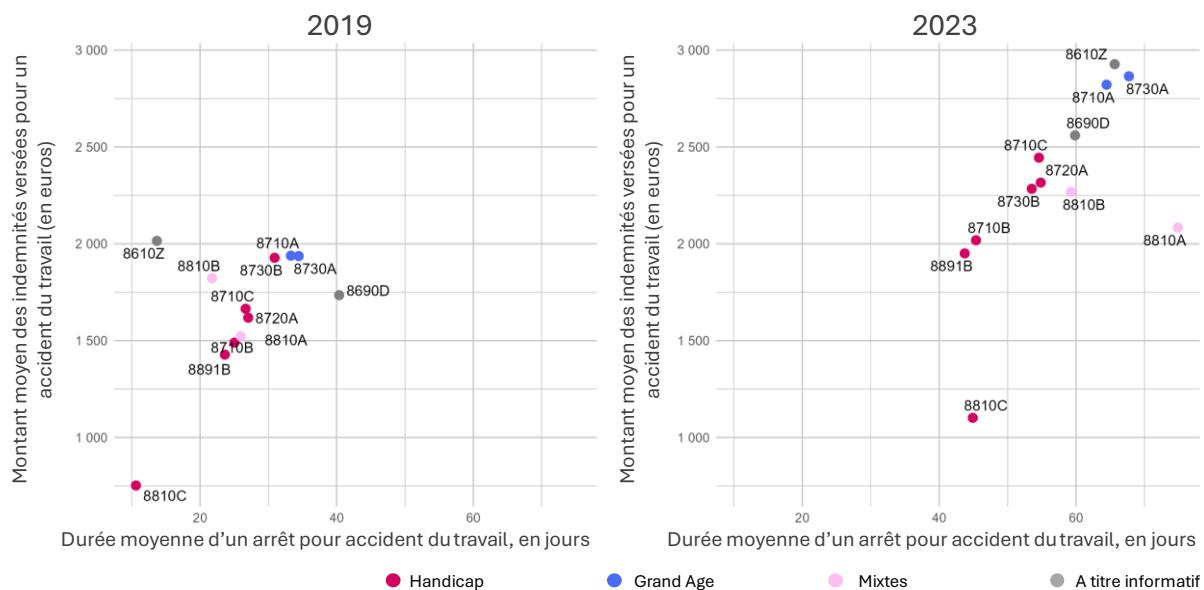


Source : Analyses pôle data IGAS, données ATMP 2019 et 2023 (DRP-Cnam)

[48] La baisse du taux de gravité est néanmoins à nuancer au regard de l'augmentation de la durée moyenne d'un arrêt pour accident du travail. Ce taux, défini comme le nombre de jours perdus pour 1 000 heures travaillées, diminue mécaniquement avec la baisse du nombre d'accidents déclarés. L'allongement de la durée moyenne d'un arrêt pour accident du travail indique que la situation se dégrade (graphique 2). Dans le secteur de l'Aide à Domicile, la durée moyenne d'un arrêt pour accident du travail est passée de 26 jours en 2019 à 75 jours en 2023, soit près d'un triplement en quatre ans.

[49] Si le montant des indemnités journalières n'augmente pas dans les mêmes proportions pour ce secteur, on assiste à une explosion du montant moyen des indemnités versées pour l'ensemble des accidents du travail, portée par l'allongement généralisé des durées d'arrêt. Le montant moyen des indemnités versées pour un arrêt de travail pour les 10 codes Naf du secteur du médico-social est ainsi passé de 1613 euros à 2298 euros. Le montant total des indemnités versées s'est ainsi alourdi de plus de 20,6 millions d'euros entre 2019 et 2023.

Graphique 2 : Comparaison entre 2019 et 2023 de la durée moyenne et du montant moyen des indemnités versées pour les accidents du travail entre 2019 et 2023 selon le code Naf



Source : Analyses pôle data Igas, données ATMP 2019 et 2023 (DRP-Cnam)

1.2 ... mais qui reste limitée dans la couverture du champ

[50] L'approche de la sinistralité du secteur à travers les codes Naf s'avère incomplète. En effet, la table de correspondance entre les effectifs d'établissements par code Naf et par catégorie Finess du secteur médico-social (tableau 2) montre que les codes Naf sélectionnés ne couvrent pas l'ensemble des établissements issus du secteur médico-social de l'autonomie (grand âge, handicap et aide à domicile).

[51] Malgré l'intitulé explicite des codes Naf, 25 % des établissements du secteur médico-social se trouvent épargnés dans 61 autres codes Naf différents. Par exemple, seuls 33,8 % des Sessad appartiennent à l'un des 10 codes Naf retenus pour l'étude. L'appariement avec le répertoire

Finess, qui permet d'identifier les établissements selon leur activité, s'avère plus pertinent pour une lecture fine de la sinistralité dans le secteur médico-social.

[52] Par ailleurs, les données de la Cnam-DRP ne couvrent pas l'intégralité du secteur public, car pour le champ public seuls les salariés non-fonctionnaires relèvent du champ de la DRP.

Tableau 2 : Table de correspondance entre le nombre d'établissements issus des codes Naf et les 46 526 établissements Finess des champs Handicap (14510 établissements), Grand Age (13 285 établissements) et Aide à Domicile (18 731 établissements)

| | 8610Z | 8690D | 8710A | 8710B | 8710C | 8720A | 8730A | 8730B | 8810A | 8810B | 8810C | 8891B | Autre code Naf | SIRET non renseigné dans Finess |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|---------------------------------|
| <i>Aide à Domicile</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé lucratif | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé non lucratif | < 1 % | 5 % | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | < 1 % | 4 % | < 1 % | | | | | < 1 % | | | 9 % | < 1 % | | 64 % |
| | | | | | | | | | | | | | | 23 % |
| <i>Grand Age</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé lucratif | 1 % | | 62 % | | | < 1 % | | 10 % | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé non lucratif | < 3 % | 45 % | | | | < 1 % | | 14 % | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | < 2 % | 27 % | | | < 1 % | | | 6 % | | | | < 1 % | | 50 % |
| | | | | | | | | | | | | | | 15 % |
| <i>Handicap</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé lucratif | 4 % | | 2 % | 4 % | 15 % | 2 % | 6 % | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé non lucratif | | | < 1 % | | 12 % | 6 % | 16 % | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | < 2 % | | < 1 % | 7 % | 3 % | 5 % | | | < 1 % | | | < 1 % | 2 % | 4 % |
| | | | | | | | | | | | | | | 47 % |
| | | | | | | | | | | | | | | 29 % |
| <i>Tous champs confondus</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé lucratif | | < 1 % | 19 % | | | < 1 % | | 5 % | < 1 % | 31 % | < 1 % | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Privé non lucratif | | < 3 % | 7 % | 6 % | 3 % | 8 % | | 2 % | < 1 % | 10 % | 2 % | 2 % | 3 % | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | | < 3 % | 15 % | | | < 2 % | | 4 % | | | | < 3 % | | 54 % |
| | | | | | | | | | | | | | | 20 % |

Source : Analyse pôle data Igas, données ATMP 2019 et 2023 (DRP-Cnam), données Finess 2023 (Agence du Numérique en Santé).

[53] Note de lecture : pour chaque champ (aide à domicile, grand âge et handicap) est présenté le nombre total d'établissements concernés avec le pourcentage associé par code Naf. Par exemple, Pour l'aide à domicile, 4 % des établissements publics sont dans le code Naf 8690D et 64 % des établissements publics dans d'autres codes Naf que ceux mentionnés.

2 Une approche plus détaillée grâce aux catégories Finess

[54] Le répertoire Finess étant la source de référence pour inventorier les structures médico-sociales, il est donc combiné avec les données de la DRP-Cnam pour obtenir un niveau de granularité correspondant à la catégorie Finess. L'appariement entre la base Finess et la base ATMP se fait via le numéro Siret. Cependant 13 % des établissements grand âge, 26 % des établissements handicap et 21 % des établissements aide à domicile n'ont pas de Siret renseigné

dans le répertoire Finess et sont donc exclus de fait de l'analyse⁸. Finalement, grâce à cet appariement, on réussit à reconstruire dans la base AT-MP les catégories Finess⁹. Seules les structures UEROS¹⁰, les foyers d'hébergement pour enfants et adolescents handicapés et les structures expérimentales sont sous-représentées (< 50 % des établissements).

Les catégories Finess retenues dans le cadre de l'analyse

Grand âge – 6 catégories – les **Ehpad** (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), les **CJPA** (Centre de Jour pour Personnes Agées), les **EHPA** (EHPA percevant des crédits AM et EHPA sans crédit AM), les **USLD** (Unités de Soins de Longue Durée), les **RA** (Résidences Autonomie) et les **EEPA** (Etablissements Expérimentaux pour Personnes Agées).

Handicap – 25 catégories – les **EAM** (Etablissements d'Accueil Médicalisés), les **EANM** (Etablissements d'Accueil Non Médicalisés), les **Fam** (Foyers d'Accueil Médicalisés), les **Mas** (Maisons d'Accueil Médicalisés), les **FVAH** (Foyers de Vie pour Adultes Handicapés), les **FHAH** (Foyers d'Hébergement pour Adultes Handicapés), les **EEAP** (Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés), les **IME** (Instituts Médico-Educatifs), les **Itep** (Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques), les **Sessad** (Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile), les **Samsah** (Services d'Accompagnement Médico-Sociale pour Adultes Handicapés), les **SAVS** (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale) et autres catégories Finess minoritaires du secteur *handicap*¹¹

Aide à domicile – 3 catégories – les Saad (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile), les Spasad (Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile) et les Ssiad (Service de Soins Infirmiers A Domicile)

[55] Le tableau 3 détaille par catégorie Finess le nombre d'établissements présents dans le répertoire ainsi que le nombre de ceux ayant un Siret permettant leur mise en relation avec les données de la DRP et ainsi leur exploitation. Le détail du pourcentage d'établissements présents est également donné par année, avec comme référence l'année 2023. Il faut noter cependant que le nombre d'établissements présents dans le répertoire Finess ne tient pas compte de l'ouverture ni de la fermeture des établissements, ce qui peut expliquer des écarts entre les deux années 2019 et 2023.

⁸ Les établissements au sens de Finess qui n'ont de Siret associé ne présentent pas de caractéristiques particulières. Ils sont répartis équitablement sur le territoire, concernent l'ensemble des activités dans des proportions acceptables. Ce sont les établissements expérimentaux pour les champs handicap et personnes âgées les moins bien représentés (35 %, resp. 58 %) et les Spasad pour le champ aide à domicile (57 %), cf. tableau 3.

⁹ Un même Siret peut être apparié à plusieurs activité Finess. Cela concerne moins de 10 % des établissements. On a fait le choix de répliquer le nombre de sinistres pour chacune des activités. Cela biaise marginalement à la hausse les résultats puisque la sinistralité d'un même établissement est comptée plusieurs fois. Il serait nécessaire de mener des travaux *ad hoc* pour définir des règles d'imputation plus robustes de la sinistralité enregistrée au niveau du Siret à chaque activité Finess.

¹⁰ Unités d'évaluation de réentrainement et d'orientation sociale et professionnelle.

¹¹ Les autres catégories Finess minoritaires du secteur handicap sont les établissements d'accueil temporaire ou expérimentaux des enfants et adultes handicapés, les foyers de polyhandicap pour adultes handicapés ou foyers d'hébergement d'enfants et adolescents handicapés, les établissements ou services de pré-orientation, les Unités d'Evaluation de Réentrainement et d'Orientation Sociale (UEROS), les instituts de déficience des 5 sens (visuels, auditifs,...) ou les Instituts d'Education Motrice (IEM).

Tableau 3 : Nombre d'établissements représentés dans l'étude selon la catégorie Finess et l'année

| CHAMP | Catégorie Finess | Nombre total d'établissements (Finess) | Pourcentage des établissements dans Finess avec un Siret renseigné (%) | Nombre d'établissements dans Finess avec un Siret renseigné et présents dans la DRP-CNAM 2019 | Pourcentage des établissements dans Finess avec un Siret renseigné et présents dans la DRP-CNAM 2019 (%) | Nombre d'établissements dans Finess avec un Siret renseigné et présents dans la DRP-CNAM 2023 | Pourcentage des établissements dans Finess avec un Siret renseigné et présents dans la DRP-CNAM 2023 (%) |
|-----------------|-----------------------|--|--|---|--|---|--|
| AIDE A DOMICILE | S.A.A.D | 15713 | 80 % | 10766 | 69 % | 11258 | 72 % |
| | S.P.A.S.A.D. | 292 | 57 % | 137 | 47 % | 145 | 50 % |
| | S.S.I.A.D. | 2726 | 78 % | 1945 | 71 % | 1915 | 70 % |
| GRAND AGE | Ctre.de Jour P.A. | 519 | 63 % | 307 | 59 % | 302 | 58 % |
| | EHPA perc crédit AM | 54 | 72 % | 35 | 65 % | 34 | 63 % |
| | EHPA sans crédit AM | 323 | 78 % | 233 | 72 % | 211 | 65 % |
| | EHPAD | 7843 | 94 % | 6941 | 88 % | 6866 | 88 % |
| | Etab.Expér.P.A. | 99 | 58 % | 20 | 20 % | 17 | 17 % |
| | Etab.Soins Long.Dur. | 1227 | 88 % | 1060 | 86 % | 1006 | 82 % |
| | Résidences autonomie | 3220 | 83 % | 2493 | 77 % | 2484 | 77 % |
| HANDICAP | E.A.M | 646 | 76 % | 453 | 70 % | 468 | 72 % |
| | E.A.N.M | 1059 | 73 % | 696 | 66 % | 722 | 68 % |
| | Etab.Acc.Temp.A .H. | 63 | 65 % | 30 | 48 % | 26 | 41 % |
| | Etab.Acc.Temp.E. H. | 23 | 57 % | 9 | 39 % | 9 | 39 % |
| | Etab.Enf.ado.Poly . | 260 | 81 % | 196 | 75 % | 198 | 76 % |
| | Etab.Expér.A.H. | 217 | 49 % | 60 | 28 % | 58 | 27 % |
| | Etab.Expér.Enf.H and. | 108 | 46 % | 23 | 21 % | 22 | 20 % |
| | Etab.Expérim. PH | 139 | 35 % | 28 | 20 % | 34 | 24 % |
| | Etab.Serv.Préorie nt. | 69 | 70 % | 25 | 36 % | 25 | 36 % |
| | F.A.M. | 637 | 78 % | 481 | 76 % | 463 | 73 % |
| | Foyer Heb.Enf.Ado.H. | 53 | 60 % | 11 | 21 % | 10 | 19 % |
| | Foyer Héberg.A.H. | 1315 | 81 % | 1013 | 77 % | 984 | 75 % |
| | Foyer Poly.A.H. | 42 | 74 % | 25 | 60 % | 23 | 55 % |
| | Foyer de vie A.H. | 1760 | 76 % | 1267 | 72 % | 1244 | 71 % |
| | I.E.M. | 176 | 85 % | 140 | 80 % | 135 | 77 % |
| | I.M.E. | 1753 | 77 % | 1280 | 73 % | 1268 | 72 % |
| | I.T.E.P. | 693 | 72 % | 459 | 66 % | 463 | 67 % |
| | Inst.Déf.Auditifs | 99 | 67 % | 43 | 43 % | 47 | 47 % |
| | Inst.Déf.Visuels | 44 | 77 % | 25 | 57 % | 23 | 52 % |
| | Inst.Ed.Sen.Sour. Ave | 32 | 84 % | 19 | 59 % | 19 | 59 % |

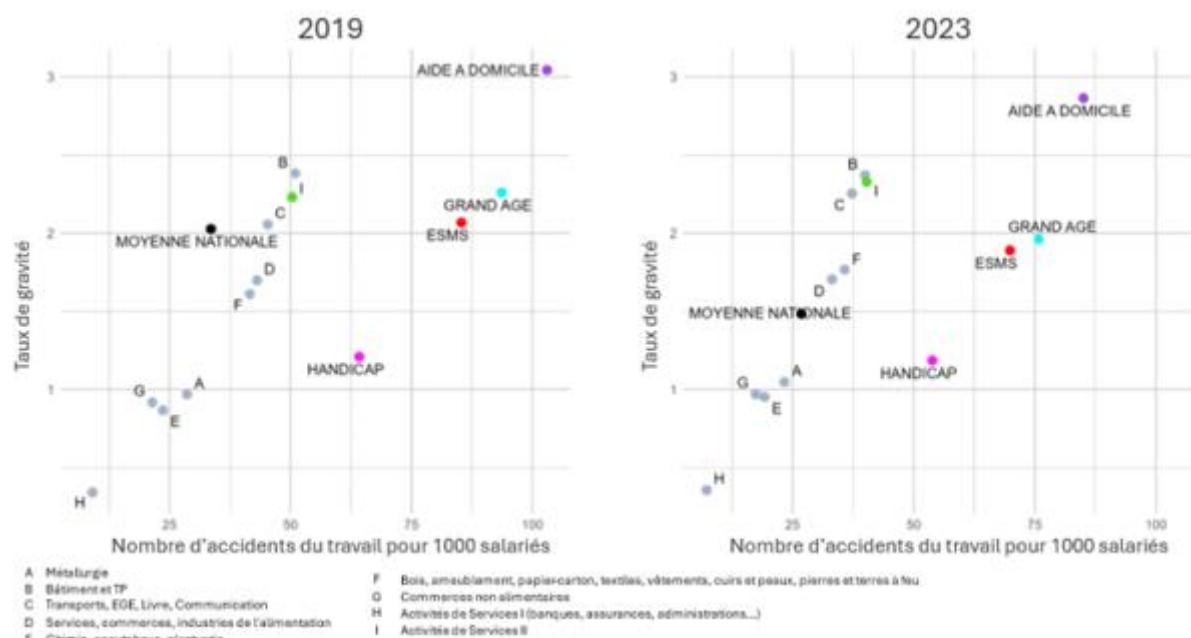
| | | | | | | |
|--------------|------|------|------|------|------|------|
| M.A.S. | 867 | 78 % | 646 | 75 % | 638 | 74 % |
| S.A.M.S.A.H. | 588 | 68 % | 356 | 61 % | 350 | 60 % |
| S.A.V.S. | 1402 | 73 % | 939 | 67 % | 936 | 67 % |
| S.E.S.S.A.D. | 2422 | 68 % | 1508 | 62 % | 1478 | 61 % |
| U.E.R.O.S | 43 | 60 % | 14 | 33 % | 13 | 30 % |

Source : Analyse pôle data Igas, données ATMP 2019 et 2023 (DRP-Cnam), données Finess 2023 (Agence du Numérique en Santé).

[56] Le graphique 3 permet de comparer le champ de l'autonomie (ESMS, aide à domicile, grand âge, handicap) aux CTN (Comité Technique National, ie les grands secteurs d'activité utilisés pour la tarification ATMP) pour ce qui est de l'indice de fréquence et du taux de gravité des accidents du travail.

[57] Les tendances visibles sur le graphique sont similaires à celles identifiées avec la nomenclature des codes Naf. Malgré une baisse générale de la fréquence des accidents du travail et du taux de gravité en 2019 et 2023, le secteur du médico-social (ESMS) reste plus sujet à la sinistralité que la moyenne des autres activités. La comparaison avec le secteur du BTP (CTN B), secteur naturellement accidentogène, appuie ce fait. Si le taux de gravité reste globalement plus fort dans le BTP que dans le secteur médico-social, le taux de fréquence est quant à lui 1,7 fois plus élevé dans ces derniers. Par ailleurs, le BTP voit son taux de gravité dépassé de très loin par le champ de l'aide à domicile. Le secteur du handicap, bien en-deçà des champs grand âge et aide à domicile en termes de sinistralité, tire à la baisse les chiffres globaux de la sinistralité dans le secteur.

Graphique 3 : Comparaison entre 2019 et 2023 de la fréquence et de la gravité des Accidents du Travail (AT) entre 2019 et 2023, par code CTN et des secteurs ESMS de l'autonomie (grand âge, handicap et aide à domicile)



Source : Analyse pôle data Igas, données ATMP 2019 et 2023 (DRP-Cnam), données Finess 2023

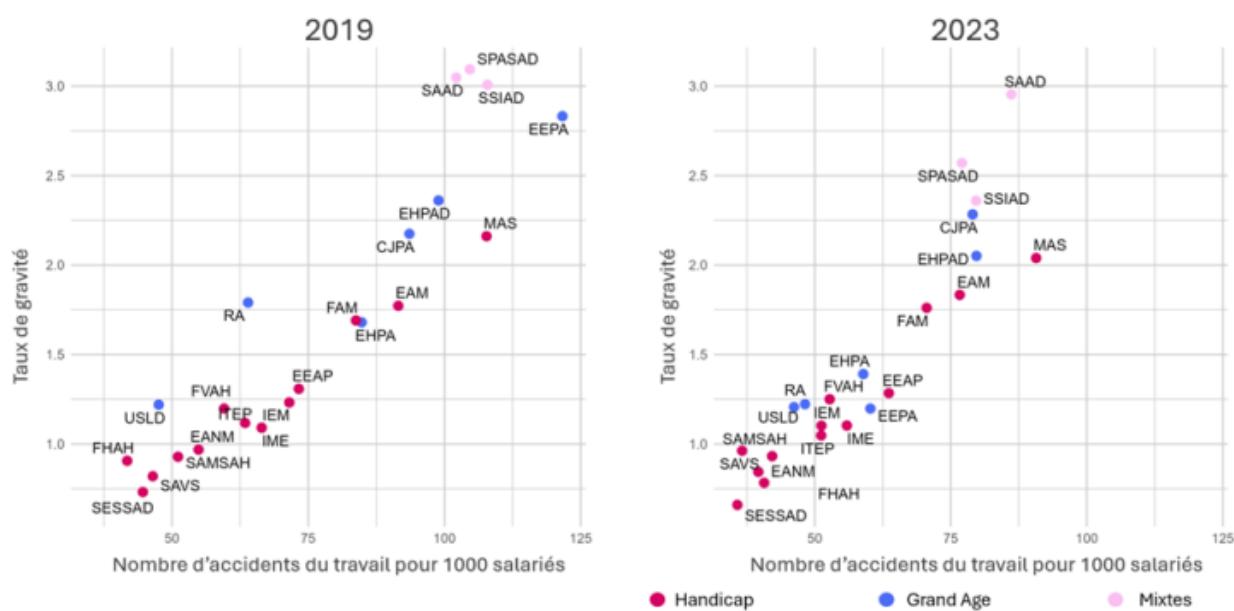
[58] Le même graphique est reproduit à l'échelle des catégories Finess, avec les mêmes conclusions. L'aide à domicile affiche une fréquence des accidents du travail et un taux de gravité plus élevé que la moyenne, contrairement au champ du handicap, globalement moins sujet à la sinistralité. Les Saad, Ssiad et Spasad ont respectivement des fréquences d'accidents de travail de 86, 79 et 77 accidents de travail pour 1000 salariés, et des taux de gravité de 2,95 %, 2,35 % et 2,57 % en 2023.

[59] Le taux de gravité des AT suit cette même tendance à la baisse de leur fréquence entre 2019 et 2023, excepté pour cinq catégories d'établissements qui conservent leur taux de gravité élevé : les Saad, les CJPA, les Mas, les EAM et les Fam.

[60] Si la sinistralité paraissait moindre dans le champ du handicap, ce plus haut niveau de granularité permet d'identifier des établissements très affectés dans ce champ. Comme le montrait déjà l'analyse avec la nomenclature des codes Naf, les établissements concernés sont des établissements médicalisés accueillant des publics plus complexes. Les Mas en particulier ont un taux de fréquence de 90 accidents de travail pour 1000 salariés et un taux de gravité de 2 % en 2023.

[61] Côté grand âge, deux catégories d'établissements très affectés ressortent : les Ehpad, avec une fréquence d'accidents du travail de 79,7 pour 1000 salariés et un taux de gravité de 2 % en 2023, et les centres de jours avec une fréquence d'accidents du travail de 79 pour 1000 salariés et un taux de gravité de 2,3 % en 2023.

Graphique 4 : Comparaison entre 2019 et 2023 de la fréquence et de la gravité de la sinistralité des Accidents du Travail (AT) selon la catégorie Finess du secteur médico-social



Source : Analyse pôle data Igas, données ATMP 2019 et 2023 (DRP-Cnam), données Finess 2023

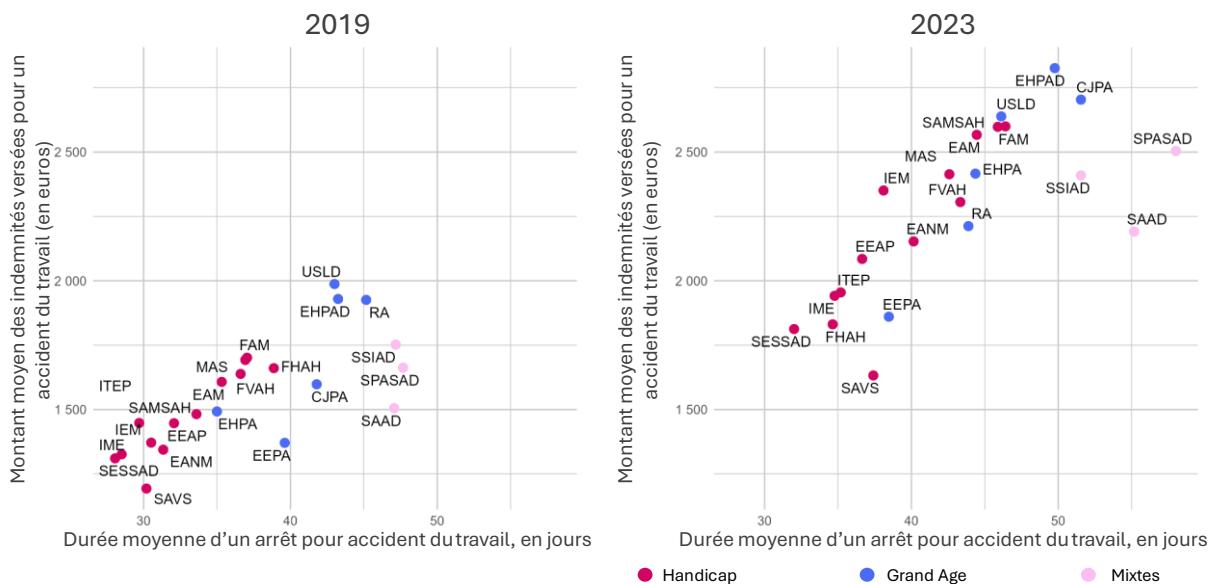
[62] L'analyse par catégories Finess de l'évolution de la durée moyenne des arrêts et du montant moyen des indemnités versés pour ces arrêts confirme les tendances observées à partir des codes

Naf. La baisse apparente du taux de gravité entre 2019 et 2023 s'accompagne également, ici, d'un allongement significatif de la durée moyenne des arrêts pour accident du travail.

[63] L'approche par catégories Finess permet d'identifier plus précisément les catégories d'établissements les plus touchées. L'aide à domicile ressort encore une fois, avec une augmentation de 21,5 % entre 2019 et 2023 de la durée moyenne de l'arrêt. Le montant moyen des indemnités versées pour un arrêt n'augmente quant à lui que de 15,8 % entre 2019 et 2023.

[64] Inversement, dans le champ du grand âge, le montant des indemnités versées augmente plus rapidement que la durée moyenne des arrêts pour accidents de travail. Le montant moyen versés pour un arrêt du travail a crû de 46,4 % entre 2019 et 2023, pour une augmentation de 15 % de la durée moyenne de l'arrêt.

Graphique 5 : Comparaison entre 2019 et 2023 de la durée moyenne d'un arrêt et du montant moyen des indemnités versées pour les accidents du travail, selon la catégorie Finess du secteur médico-social



Source : Analyse pôle data Igas, données ATMP 2019 et 2023 (DRP-Cnam), données Finess 2023

3 Une approche de l'absentéisme dans les établissements publics

[65] Le secteur public est peu représenté dans les données issues de la DRP-Cnam qui couvre le régime général de la Sécurité sociale, auquel les agents publics n'appartiennent pas. Seuls les contractuels y sont représentés.

[66] Pour pallier ce manque de visibilité, l'analyse est complétée avec les données du Tableau de bord de la performance issu de l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation), piloté par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).

[67] Sur les 5 082 établissements du secteur public recensés en 2023 dans le Tableau de bord de la performance de l'ATIH, 2 180 apparaissent dans les données de la DRP-Cnam, soit moins de 43 % des établissements. Cette source complète donc les données de la DRP-Cnam sur ce champ.

3.1 Des statistiques à interpréter avec prudence

[68] Le Tableau de bord de la performance présente cependant quelques limites. Dans le champ du grand âge, seuls les Ehpad sont représentés. Dans le champ de l'aide à domicile, le plus touché par la sinistralité, les Saad ne sont pas couverts, alors qu'ils représentent 83,9 % des établissements du champ¹². Seuls les Ssiad, Spasad et Sessad apparaissent pour le champ de l'aide à domicile. Le champ du handicap est plus complet, avec comme catégories renseignées les Samsah, Mas, Esat, Fam, IME, IEM, FDV, FFAH, CAMSP, ITEP, EEAP, CMPP, CRP, SAVS, IDA, IDV, Fam-EAM, EANM et IES.

[69] Par ailleurs, cette donnée est déclarative. Elle a pour objectif avant tout de fournir un cadre d'auto-évaluation et de suivi d'indicateurs de performance (RH, finances, qualité, etc.) pour les établissements du secteur médico-social. Il pèse donc une incertitude sur leur fiabilité. Les champs ne sont pas toujours remplis et peuvent être, lorsqu'ils le sont, mal renseignés.

3.2 Mais des informations intéressantes sur le secteur public

[70] Malgré les réserves émises, ces données nous permettent cependant d'approcher la sinistralité dans le secteur public et les différences avec le secteur privé. Le tableau 4 présente l'évolution du nombre de jours d'absentéisme liés aux accidents du travail pour 365 jours de travail. Le nombre de jours d'absentéisme est quel que soit le champ inférieur dans le secteur public. La majorité des secteurs et champs voient ce nombre augmenter entre 2017 et 2023. Il a plus que doublé pour le secteur privé du champ de l'aide à domicile.

Tableau 4 : Taux d'absence ATMP¹³ (Accidents du Travail et Maladies Professionnelles) dans le secteur médico-social

| Publics accueillis | Statut juridique | 2017 | 2018 | 2019 | 2022 | 2023 |
|--|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Grand âge (Ehpad) | Secteur privé | 2.1 (85.7 %) | 2.7 (83.7 %) | 2.2 (87.5 %) | 2.4 (79.5 %) | 2.5 (90 %) |
| | Secteur privé non lucratif | 1.5 (78.1 %) | 1.6 (80.8 %) | 1.6 (80.3 %) | 1.8 (80.5 %) | 1.6 (80.3 %) |
| | Secteur public | 1.6 (75.8 %) | 1.9 (81.3 %) | 2 (74.5 %) | 2 (81.5 %) | 1.8 (83.2 %) |
| Handicap (Samsah, Mas, Esat, Fam, IME, IEM, FDV, FFAH, CAMSP, ITEP, EEAP, CMPP, CRP, SAVS, IDA, IDV, | Secteur privé | 2.4 (75.4 %) | 2.4 (76.9 %) | 2.8 (78.7 %) | 2.6 (86.6 %) | 2.4 (84.6 %) |
| | Secteur privé non lucratif | 2.4 (77.4 %) | 2.4 (81.5 %) | 2.6 (77.9 %) | 2.7 (84 %) | 2.6 (83.9 %) |
| | Secteur public | 1.6 (71.4 %) | 1.6 (76.6 %) | 1.9 (65.5 %) | 1.9 (77.2 %) | 1.9 (78.7 %) |

¹² Secteurs public ou privé confondus.

¹³ Taux d'absence ATMP = nombre de jours d'absences pour cause d'ATMP divisé par le nombre d'ETP multiplié par 365

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Fam-EAM, EANM, IES) | | | | | | |
| Aide à domicile (Sessad, Ssiad, Spasad) | Secteur privé | 1.3 (60 %) | 2.3 (62.1 %) | 2.5 (67.7 %) | 2.6 (59.4 %) | 2.8 (77.8 %) |
| | Secteur privé non lucratif | 1.2 (77.3 %) | 1.2 (79.3 %) | 1.2 (79.7 %) | 1.4 (81.6 %) | 1.3 (81.8 %) |
| | Secteur public | 1.1 (73 %) | 1.2 (80.6 %) | 1.4 (77.3 %) | 1.6 (81.2 %) | 1.5 (80.4 %) |

Source : Analyse pôle data Igas, données du Tableau de Bord de la Performance de l'ATIH ;

NB : le pourcentage d'établissements ayant répondu est renseigné sous le taux d'absence.

[71] Le tableau 5 donne une évaluation du nombre de jours d'absence imputés aux accidents de travail et maladies professionnelles comparé aux autres motifs d'absence à partir des données du tableau de la performance. Il est délicat de comparer les chiffres en évolution car il faudrait être à périmètre constant, et les établissements répondants ne sont pas les mêmes d'une année à l'autre. Les données du Tableau de bord de la performance fournissent toutefois une estimation basse du nombre de journées d'absence selon les motifs.

Tableau 5 : Evolution du nombre de journées d'absence des salariés du secteur médico-social par motif

| Public accueillis | Type de congés | 2017 | 2018 | 2019 | 2022 | 2023 218 |
|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Grand âge (Ehpad) | Absence ATMP | 2 198 085 (74.7 %) | 2 389 191 (78.7 %) | 2 499 056 (72.9 %) | 2 831 178 (81.7 %) | 2 862 929 (81.9 %) |
| | Congés spéciaux | 973 701 (73.5 %) | 1 030 716 (77.4 %) | 1 010 173 (71.9 %) | 1 138 260 (81 %) | 875 814 (81.4 %) |
| | Maladie courte durée | 2 495 366 (74 %) | 2 462 150 (77.4 %) | 2 128 614 (72.4 %) | 3 085 676 (81.5 %) | 2 930 611 (81.7 %) |
| | Maladie longue durée | 2 727 670 (72.8 %) | 2 966 731 (76 %) | 2 732 590 (71.6 %) | 3 356 560 (81.1 %) | 3 151 530 (81.6 %) |
| | Maladie moyenne durée | 3 054 331 (72.5 %) | 3 276 680 (76.7 %) | 3 328 804 (70.8 %) | 4 486 582 (80.8 %) | 4 005 484 (81 %) |
| | Absence paternité | 1 509 678 (74.3 %) | 1 519 442 (77.9 %) | 1 397 057 (72.7 %) | 1 546 604 (81.6 %) | 1 356 965 (81.9 %) |
| Handicap (SAMSAH, MAS, ESAT, FAM, IME, IEM, FDV, FHAH, CAMSP, Itep, EEAP, CMPP, CRP, SAVS, IDA, IDV, Fam-EAM, EANM, IES) | Absence ATMP | 897 337 (76.9 %) | 960 412 (79.5 %) | 1 039 339 (79.5 %) | 1 232 415 (81.5 %) | 1 242 546 (81.7 %) |
| | Congés spéciaux | 796 166 (76.6 %) | 864 204 (79.2 %) | 919 989 (79.4 %) | 1 261 211 (81.4 %) | 1 060 419 (81.7 %) |
| | Maladie courte durée | 1 074 799 (77.3 %) | 995 720 (79.5 %) | 1 003 741 (79.5 %) | 1 268 812 (81.3 %) | 1 126 196 (81.6 %) |
| | Maladie longue durée | 1 915 809 (76.5 %) | 2 035 808 (79.4 %) | 2 090 147 (79.3 %) | 2 739 301 (81.4 %) | 2 558 669 (81.6 %) |
| | Maladie moyenne durée | 2 496 093 (76.8 %) | 2 680 378 (79.2 %) | 2 841 385 (79.3 %) | 4 044 080 (81.3 %) | 3 395 164 (81.5 %) |
| | Absence paternité | 887 273 (76.9 %) | 909 068 (79.5 %) | 901 431 (79.5 %) | 959 311 (81.6 %) | 880 613 (81.7 %) |
| Aide à domicile (Sessad, Ssiad, Spasad) | Absence ATMP | 223 842 (77.8 %) | 262 106 (81.4 %) | 253 925 (79.4 %) | 286 363 (80.8 %) | 262 972 (81.2 %) |
| | Congés spéciaux | 161 851 (77.7 %) | 177 373 (80.9 %) | 184 238 (79 %) | 248 902 (80.5 %) | 195 356 (81 %) |
| | Maladie courte durée | 230 409 (78.5 %) | 248 803 (81.6 %) | 228 383 (79.3 %) | 302 589 (80.6 %) | 256 059 (80.9 %) |
| | Maladie longue durée | 363 519 (77.4 %) | 391 739 (80.9 %) | 393 701 (79 %) | 478 104 (80.7 %) | 412 322 (81 %) |

| | | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | Maladie moyenne durée | 409 689 (77.2 %) | 441 504 (81.1 %) | 443 802 (78.9 %) | 597 144 (80.5 %) | 496 548 (80.8 %) |
| | Absence paternité | 226 303 (77.7 %) | 237 976 (81.1 %) | 227 673 (79.4 %) | 223 942 (80.8 %) | 215 122 (81.1 %) |

NB : le pourcentage d'établissements ayant répondu est renseigné sous le taux d'absence.

Source : Analyse pôle data Igas, données du Tableau de Bord de la Performance de l'ATIH.

[72] Pour les établissements présents continuellement entre 2017 et 2023 dans le Tableau de bord de la Performance, le nombre de réponses aux questions liées à l'absentéisme¹⁴ s'est amélioré de 10,4 % entre 2017 et 2023, tandis que le nombre de jours d'absence grimpé de 16,2 %.

Conclusion

[73] L'analyse de la sinistralité sur la période étudiée met en évidence une évolution contrastée. Si les statistiques sur le nombre total d'accidents du travail et le taux de gravité ont diminué entre 2019 et 2023, cette baisse masque une augmentation de la gravité réelle des sinistres, mesurée par l'augmentation des durées d'arrêt. Le secteur médico-social se distingue toujours en 2023 par une fréquence de la sinistralité AT systématiquement supérieure à la moyenne nationale. Parmi les activités étudiées, l'aide à domicile apparaît comme particulièrement exposée, cumulant un taux de fréquence élevé et une gravité accrue des accidents.

[74] Les résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence. Certaines limites méthodologiques subsistent, notamment les difficultés liées à l'appariement entre la base Finess et la base ATMP ou à l'aspect déclaratif des accidents dans le Tableau de bord de la performance de l'ATIH.

¹⁴ Les établissements ne répondent pas obligatoirement à toutes les questions. A noter qu'un « 0 » est une réponse. Seuls les champs non remplis constituent une absence de réponse.

ANNEXE 3 : De la prévention des risques à la QVCT, une notion récente de diffusion encore partielle

| | |
|--|-----------|
| 1 LA PREVENTION DES RISQUES EST UNE OBLIGATION PREMIERE QUI S'IMPOSE A TOUTE STRUCTURE, PRIVEE ET PUBLIQUE | 29 |
| 2 LA PENIBILITE ET L'EXPOSITION AUX RISQUES PROFESSIONNELS DONNENT LIEU A DES DROITS SPECIFIQUES POUR LES SALARIES CONCERNES MAIS LE PLUS FORT MOTIF D'EXPOSITION DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL A ETE RETIRE DE LA LISTE DES FACTEURS EN 2017 | 30 |
| 3 LA QUALITE DE VIE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL A ETE INTRODUITE RECEMMENT DANS LE CODE DU TRAVAIL POUR RECONCILIER LES APPROCHES DE PREVENTION DES RISQUES ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL..... | 31 |

1 La prévention des risques est une obligation première qui s'impose à toute structure, privée et publique

[75] Selon les dispositions du code du travail, les employeurs du secteur privé et de la fonction publique¹⁵ sont tenus d'assurer la sécurité et la protection de la santé physique et mentale et des travailleurs¹⁶. Au titre de cette obligation qui engage leur responsabilité¹⁷, les employeurs sont appelés à prendre des mesures qui intègrent « des actions de prévention des risques, des actions d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ».

[76] Depuis le 31 mars 2022¹⁸ et la transposition des dispositions de la loi du 2 août 2021 portant sur la prévention en santé au travail, le code du travail a été complété et précisé pour engager les entreprises dans des démarches de prévention primaire de santé au travail selon l'ambition portée par l'accord national interprofessionnel (Ani) du 9 décembre 2020.

[77] De nombreuses dispositions ont ainsi été prises pour enrichir les démarches d'évaluation des risques et d'amélioration des conditions de travail en les appuyant sur un dialogue social renforcé impliquant les salariés, leurs représentants, les services de santé au travail notamment et en les inscrivant dans une démarche d'amélioration continue à partir de l'analyse du travail réel et de son organisation. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) doit désormais être dématérialisé et régulièrement mis à jour¹⁹.

[78] Le code du travail impose également la **révision du programme annuel** de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (pour les entreprises de plus de 50 salariés) ou de la liste des actions de prévention et de protection (pour les entreprises de moins de 50 salariés) à chaque mise à jour du document unique.

[79] La circulaire du 11 juin 2024²⁰ rappelle l'obligation du Duerp qui s'applique aux établissements des trois versants de la fonction publique mais également que le seuil de 50 salariés ne s'applique pas à la fonction publique : la mise en œuvre du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail est donc obligatoire quel que soit l'effectif de la structure.

¹⁵ Selon la loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriales, les règles en matière d'hygiène et de sécurité applicables aux agents publics, sont celles définies par les livres I à IV de la quatrième partie du code du travail et par les décrets pris pour leur application. Le code du travail spécifie que ses dispositions sont applicables aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ainsi qu'aux groupements de coopération sanitaire de droit public mentionnés au 1^o de l'article L. 6133-3 du code de la santé publique

¹⁶ Articles L4121-1 à L4121-5 du code du travail

¹⁷ Cass. Soc. 6 déc. 2017, n° 16-10.885

¹⁸ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

¹⁹ La mise à jour du Duerp doit être effectuée au moins **une fois par an** pour les structures de **plus de 11 salariés** et à chaque changement d'organisation du travail

²⁰ Circulaire du 11 juin 2024 relative à l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels et du programme annuel de prévention et d'amélioration des conditions de travail dans la fonction publique

2 La pénibilité et l'exposition aux risques professionnels donnent lieu à des droits spécifiques pour les salariés concernés mais le plus fort motif d'exposition dans le secteur médico-social a été retiré de la liste des facteurs en 2017

[80] L'obligation de prévention de la pénibilité a été introduite dans le code du travail dans les suites de l'adoption de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

[81] Depuis 2014²¹, les salariés du régime général, du régime agricole (MSA) ou d'un employeur public sous contrat de droit privé exposés à certains facteurs de risque sous certaines conditions d'exposition, bénéficient d'un compte professionnel de prévention (C2P). Ce compte permet aux salariés concernés de se former, d'engager une reconversion professionnelle, de réduire leur temps de travail, ou encore d'anticiper leur départ à la retraite. Des mesures de simplification du dispositif du compte pénibilité ont été adoptées durant l'été 2015, dans le cadre de la loi du 17 août 2015 relative au « dialogue social et à l'emploi ».

[82] L'obligation légale de prévenir les risques professionnels et la pénibilité concerne toutes les entreprises.

[83] Les facteurs de risques professionnels à prendre en compte pour le compte pénibilité concernent des risques liés aux activités exercées en milieu hyperbare, les températures extrêmes, le bruit, le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes et le travail répétitif. La durée d'exposition et les moyens de protection mis en place par l'entreprise interviennent pour l'alimentation ou non du C2P. Quatre facteurs de risques, introduits en 2016 ont été sortis du dispositif en 2017. Il s'agit des postures pénibles, des manutentions manuelles de charges, des vibrations mécaniques et des agents chimiques dangereux. Cette évolution écarte des personnels du secteur médico-social exposés tout spécialement aux risques liés aux postures pénibles et aux manutentions manuelles de charges.

[84] Les employeurs doivent déclarer les travailleurs exposés et susceptibles d'acquérir des points au titre du C2P dans le cadre de déclaration sociale nominative (DSN).

[85] Afin d'aider les employeurs à évaluer les expositions des salariés à la pénibilité, la loi du 17 août 2015 a prévu la mise en place de référentiels professionnels établis par les branches et définissant les postes, métiers ou situations de travail exposés. Le référentiel de branche doit être homologué par arrêté conjoint des ministres du Travail et des Affaires sociales, après avis du Conseil d'Orientation des Conditions du Travail. Le référentiel doit présenter l'impact des mesures de protection collective et individuelle sur l'exposition des travailleurs à la pénibilité. A défaut, l'évaluation doit être assurée au niveau de l'employeur. L'appui des branches est donc essentiel en la matière.

[86] Pour les entreprises d'au moins 50 salariés ou qui appartiennent à un groupe dont l'effectif comprend au moins 50 salariés et dont 25 % des salariés de l'entreprise ou du groupe sont exposés

²¹ Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites

à un ou plusieurs facteurs de risques au-delà des seuils, l'employeur doit négocier un plan d'action ou un accord d'entreprise en faveur de la prévention de la pénibilité²².

[87] Enfin, la loi 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a créé un fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (Fipu) afin de financer des actions de prévention ou de reconversion à destination des salariés exposés aux risques ergonomiques précités. Le fonds est ciblé sur la prévention de certains facteurs de risque : manutention manuelle des charges, postures pénibles et vibrations mécaniques.

[88] Les agents du secteur publics ne sont pas éligibles au C2P ni aucun autre dispositif du même type.

3 La qualité de vie et des conditions de travail a été introduite récemment dans le code du travail pour réconcilier les approches de prévention des risques et d'amélioration de la qualité de vie au travail

[89] Inscrite dans le code du travail en 2022, la QVCT résulte d'une construction progressive par les partenaires sociaux ces 20 dernières années. L'approche par les risques professionnels a été progressivement élargie pour intégrer la santé mentale et les risques psycho-sociaux dans les années 2000, jusqu'à être intégrée dans une approche globale et transversale portée par l'Ani de 2020 : « *La qualité de vie au travail permet de dépasser l'approche par le risque professionnel en posant un regard plus large sur le travail et des conditions de réalisation* »²³.

[90] Cette notion de qualité de vie au travail avait fait l'objet d'une première définition dans l'Ani de 2013 : « *la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises*.²⁴ » Elle « *peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ». Toutefois, les difficultés d'appropriation par les entreprises de la notion et le constat de multiples juxtapositions d'actions isolées, voire d'actions « *gadget*²⁵ » ont amené les partenaires sociaux à remettre au cœur des réflexions l'amélioration du travail et les conditions de sa réalisation dans l'Ani 2020 : enjeux de prévention de l'ensemble des risques, impact des organisations et de l'environnement du travail doivent apparaître en tant que tels dans le dialogue social. On passe ainsi d'une approche en termes de QVT à celle de QVCT.

[91] Ainsi, pour les partenaires sociaux, la QVCT relève d'*« une vision collective et intégrée de la santé au travail »*²⁶. Elle contribue ainsi à la prévention primaire en poursuivant une amélioration

²² Article L 4163-1 et suivants du CT

²³ Ani 2020, Art 2.2.

²⁴ Ani 2013 article 1^{er}.

²⁵ Les exemples d'installation de baby-foot sont souvent donnés en illustration.

²⁶ Ani 2020, art 2.2.

des conditions de travail qui répond aux attentes des salariés et permet de préserver leur santé et donc prévenir les risques d'usure professionnelle. L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) identifie six dimensions à prendre en compte par les employeurs dans le cadre des démarches QVCT (tableau 1).

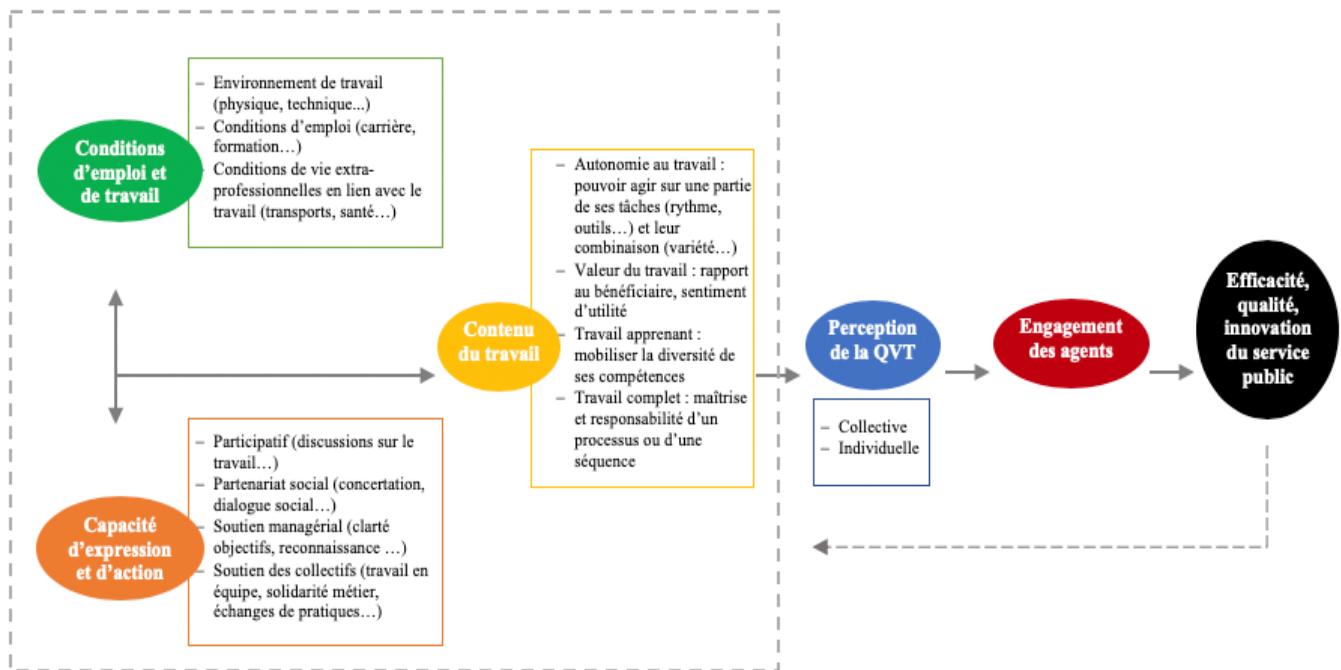
Tableau 6 : Les 6 dimensions de la QVCT



Source : Anact

[92] Les déterminants de l'approche QVCT reposent sur des principes et une méthode référencée par l'Anact et citée par le Code du travail : mobilisation du dialogue social et professionnel, démarche centrée sur les situations réelles de travail, démarche de projet priorisée, cherchant à passer à l'action dès que possible par l'expérimentation (graphique 1). Sa construction, systémique et dynamique, implique un engagement de ses dirigeants et de l'encadrement de proximité.

Graphique 6 : Les déterminants de la perception collective et individuelle de la QVT



Source : Santé Travail FP, <https://www.santetravail-fp.fr/qualite-de-vie-au-travail/>

[93] La QVCT fait désormais partie des thématiques à aborder dans les négociations annuelles obligatoires prévues par le code du travail pour certaines entreprises²⁷ du secteur privé. Autrement dit, la QVCT ne fait l'objet d'aucun texte opposable aux entreprises du secteur privé ne disposant pas d'un représentant du personnel (essentiellement, les PME et TPME) et au secteur public.

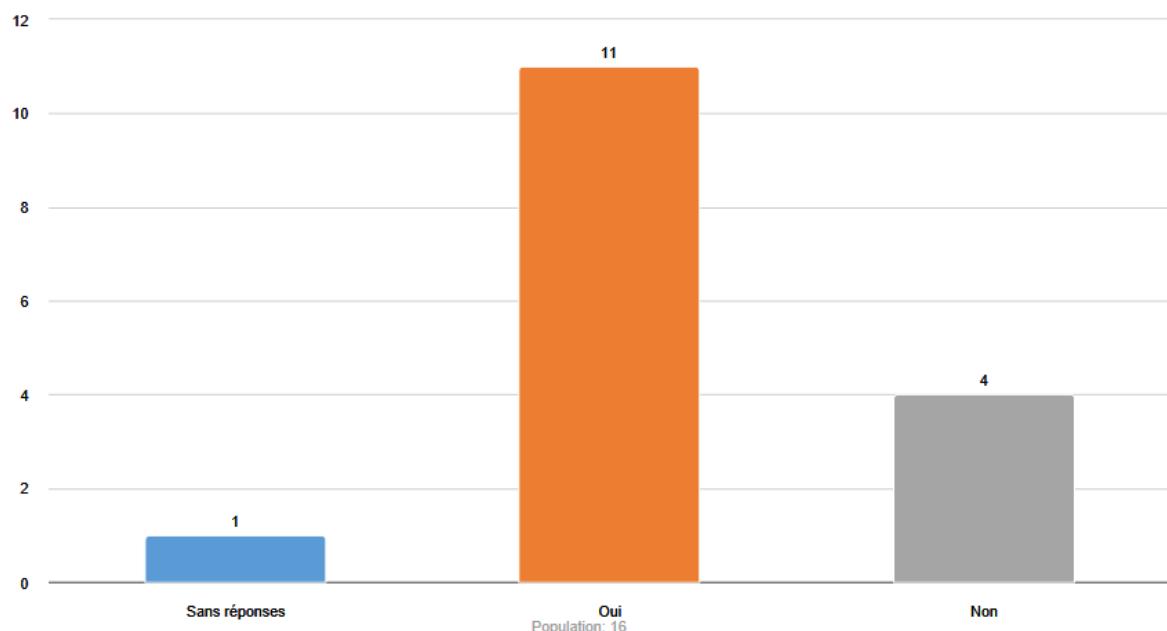
²⁷ Article L2242-17 du code du travail. Cette obligation concerne les entreprises disposant d'au moins un délégué syndical. Dans les faits, ce sont essentiellement les entreprises de plus de 50 salariés (seuil de désignation des délégués syndicaux) qui sont concernées. Dans les entreprises disposant d'un accord collectif, l'employeur est tenu d'engager au moins **une fois tous les quatre ans** une négociation portant sur trois blocs (la **rémunération** (notamment les salaires effectifs), **le temps de travail** et le dispositif de partage de la valeur dans l'entreprise ; l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ; et désormais la QVCT). Dans les entreprises de plus de 300 salariés, d'autres thématiques sont abordées comme la gestion des emplois et des parcours professionnels, le recours aux temps partiels...

ANNEXE 4 : Enquête ARS

[94] L'enquête a été conduite du 24 mars au 6 mai 2025 avec le soutien du secrétariat général des ministères sociaux et du pôle numérique de l'IGAS.

[95] Toutes les ARS ont répondu au questionnaire sauf Mayotte en raison des circonstances exceptionnelles qui l'affectaient, à la suite du cyclone Chido.

1. Avez-vous élaboré un schéma régional pour les ressources humaines ou un plan d'attractivité pour les métiers relevant de votre champ d'intervention ?

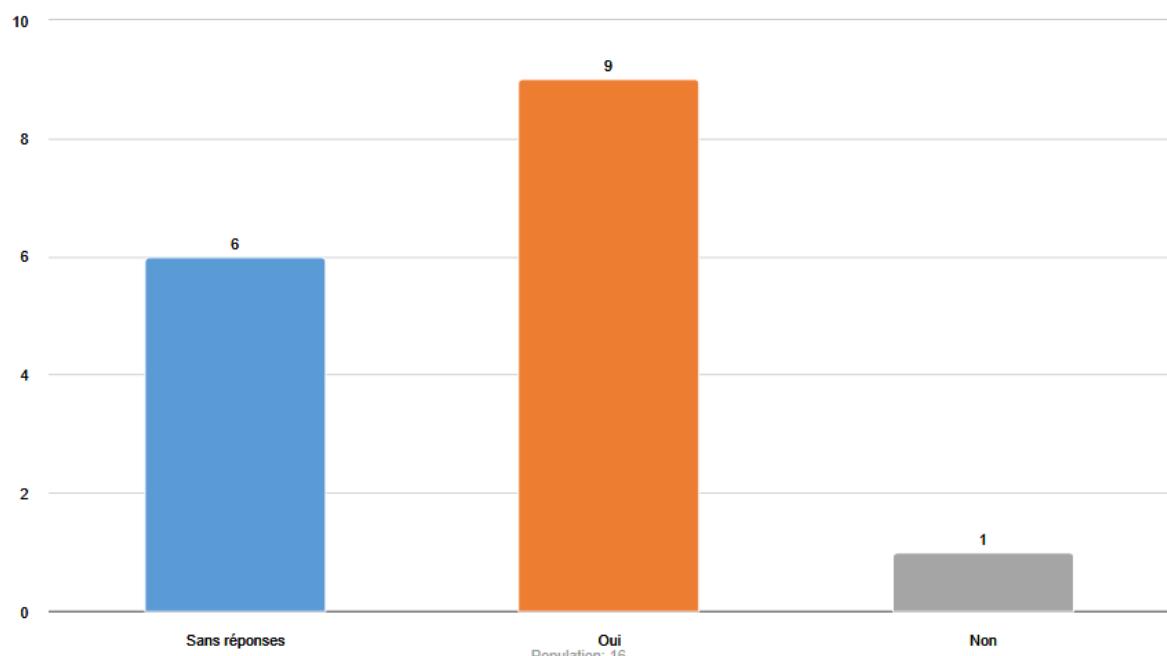


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Oui | 11 | 68,8 % |
| Non | 4 | 25 % |

Population : 16

Si oui, comporte-t-il un volet concernant les professionnels du secteur médico-social ?

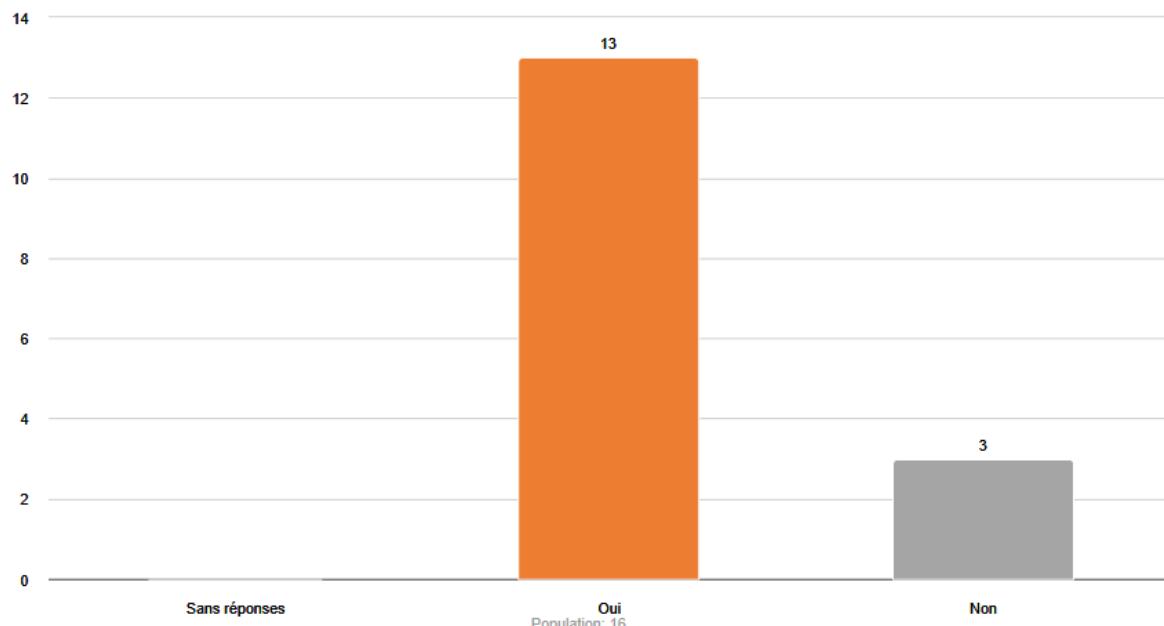


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 6 | 37,5 % |
| Oui | 9 | 56,3 % |
| Non | 1 | 6,3 % |

Population : 16

2. Avez-vous formalisé dans un document écrit une politique d'amélioration de la QVT/QVCT dans les établissements et services relevant de votre champ d'intervention ?

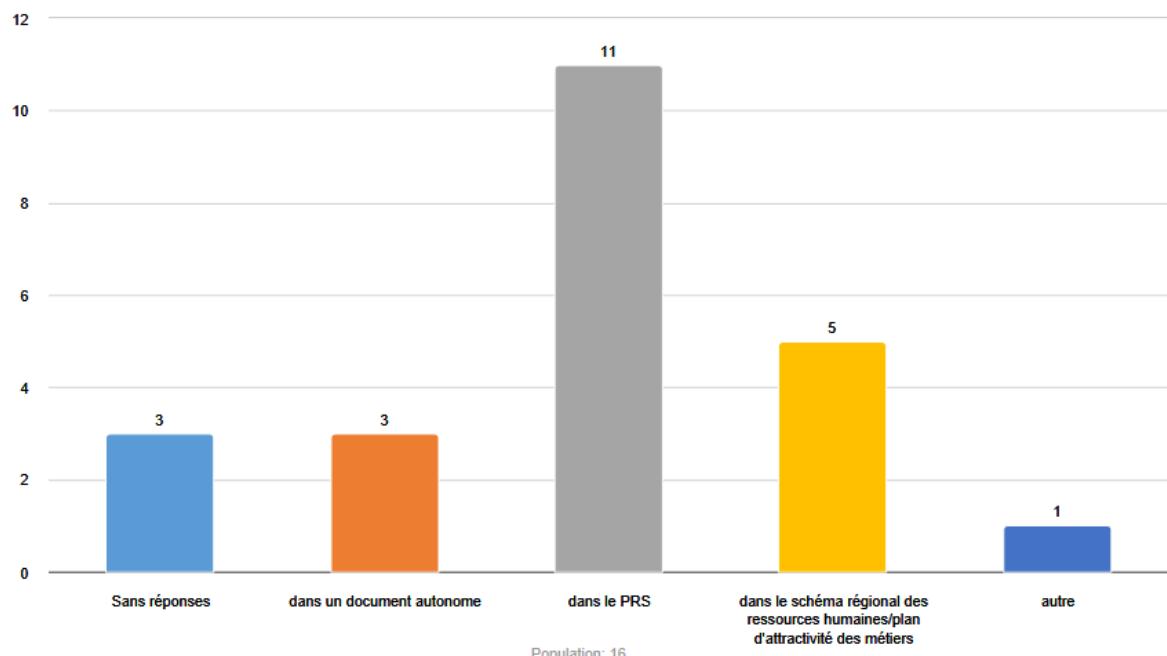


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 13 | 81,3 % |
| Non | 3 | 18,8 % |

Population : 16

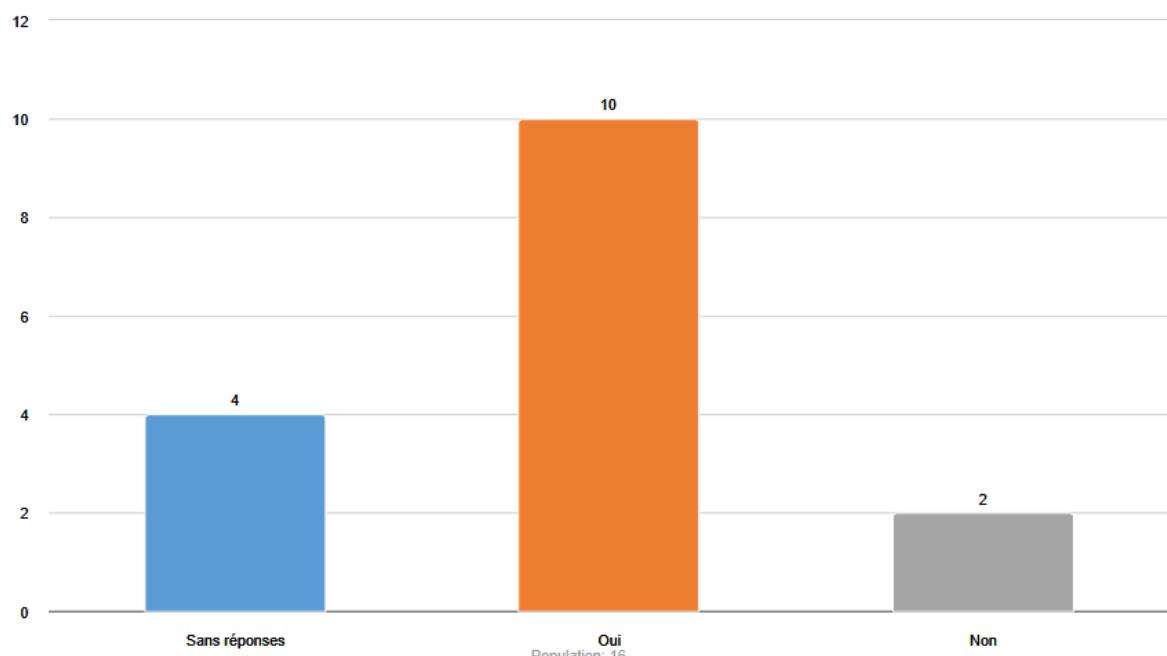
a. Si oui, est-ce (plusieurs réponses possibles) :



Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|---|--------------------|--------------|
| Sans réponses | 3 | 18,8 % |
| Dans un document autonome | 3 | 18,8 % |
| Dans le PRS | 11 | 68,8 % |
| Dans le schéma régional des ressources humaines/plan d'attractivité des métiers | 5 | 31,3 % |
| Autre | 1 | 6,3 % |

Population : 16

b. Si oui, comporte-t-il un volet médicosocial ?

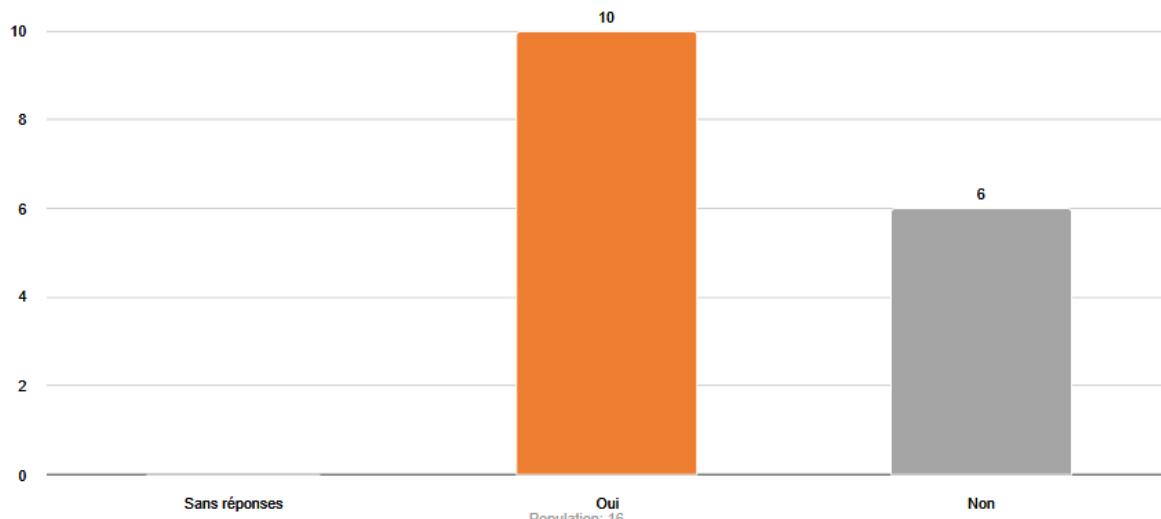
Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 4 | 25 % |
| Oui | 10 | 62,5 % |
| Non | 2 | 12,5 % |

Population : 16

3. Si vous avez formalisé une politique d'amélioration de la QVT/QVCT dans les établissements et services relevant de votre champ d'intervention, comporte-t-elle un volet lutte contre la sinistralité (accidents du travail et maladies professionnelles) ?

12

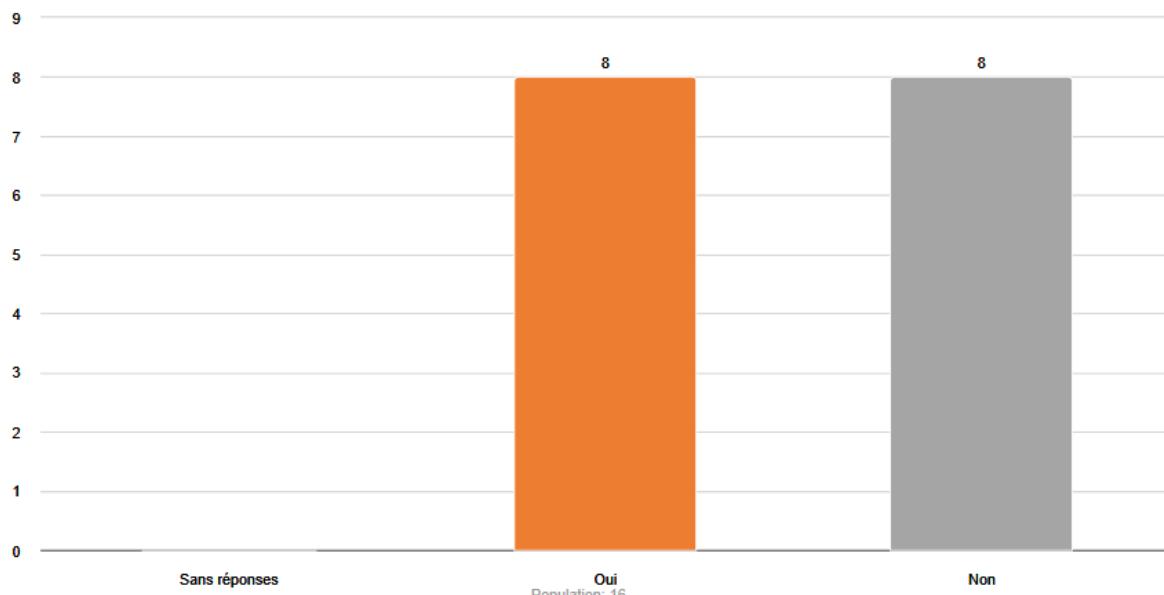


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 10 | 62,5 % |
| Non | 6 | 37,5 % |

Population : 16

4. Si vous avez formalisé une politique d'amélioration de la QVT/QVCT dans les établissements et services relevant de votre champ d'intervention, avez-vous installé une instance de suivi ou de pilotage de cette politique ?

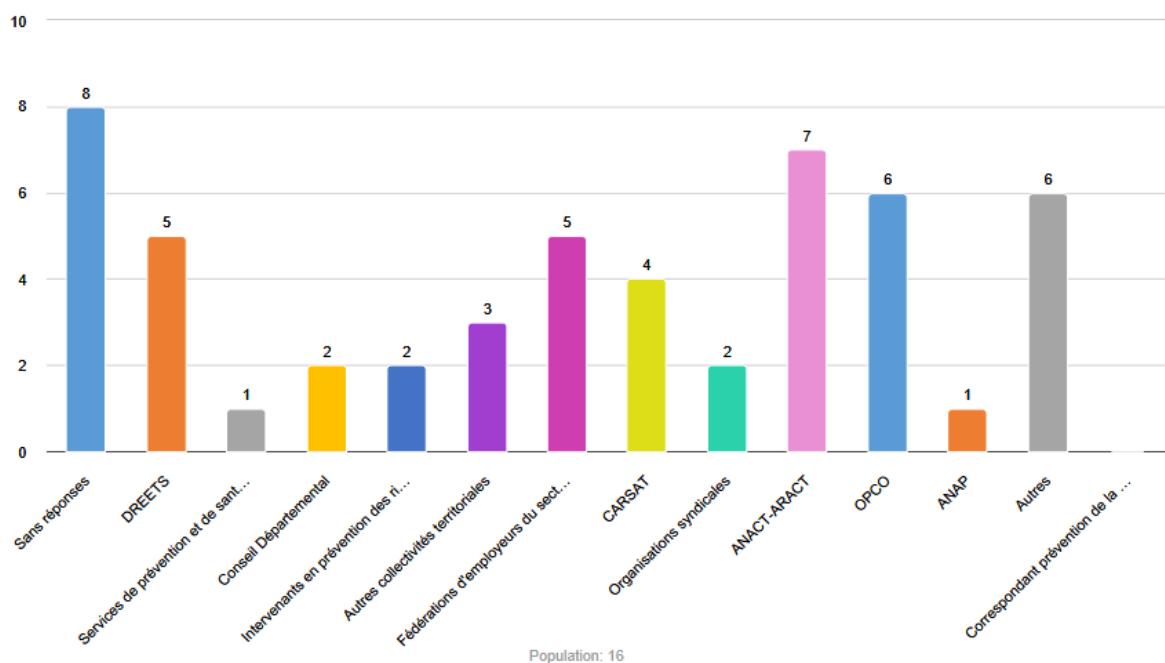


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 8 | 50 % |
| Non | 8 | 50 % |

Population : 16

a. Si oui, qui associe-t-elle? (plusieurs réponses possibles)

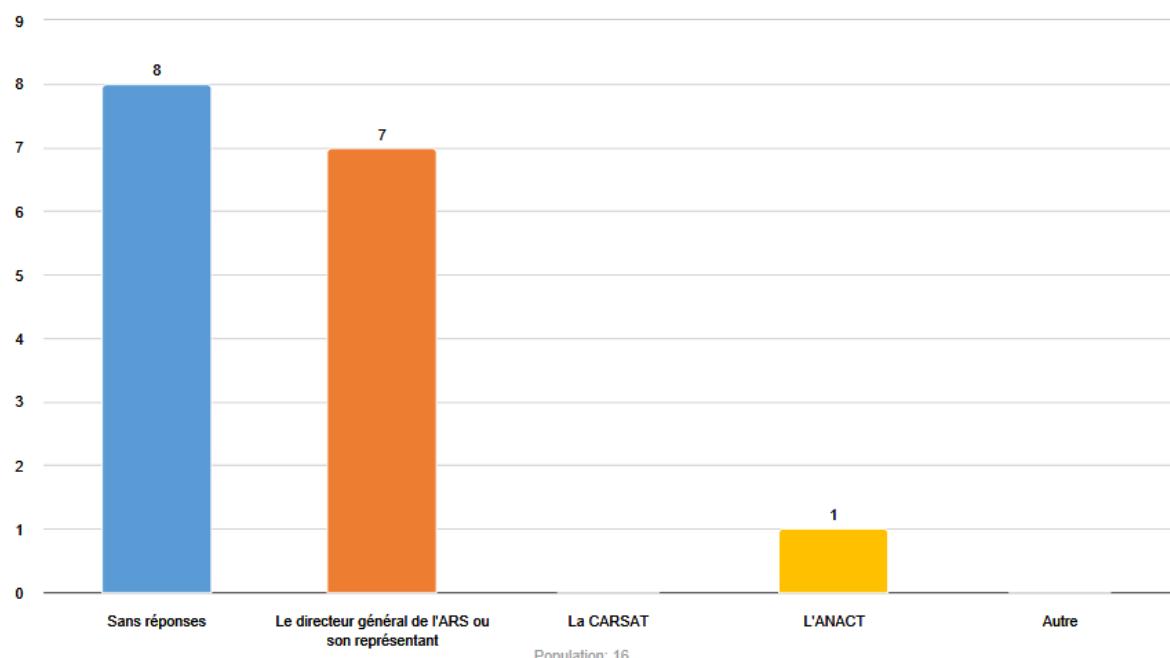


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--|--------------------|--------------|
| Sans réponses | 8 | 50 % |
| Dreets | 5 | 31,3 % |
| Services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) | 1 | 6,3 % |
| Conseil Départemental | 2 | 12,5 % |
| Intervenants en prévention des risques professionnels | 2 | 12,5 % |
| Autres collectivités territoriales | 3 | 18,8 % |
| Fédérations d'employeurs du secteur | 5 | 31,3 % |
| Carsat | 4 | 25 % |
| Organisations syndicales | 2 | 12,5 % |
| Anact-Aract | 7 | 43,8 % |
| Opco | 6 | 37,5 % |
| Anap | 1 | 6,3 % |
| Autres | 6 | 37,5 % |
| Correspondant prévention de la CNRACL | 0 | 0 % |

Population : 16

b. Si oui, qui la préside ?



Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|---|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 8 | 50 % |
| Le directeur général de l'ARS ou son représentant | 7 | 43,8 % |
| La CARSAT | 0 | 0 % |
| L'ANACT | 1 | 6,3 % |
| Autre | 0 | 0 % |

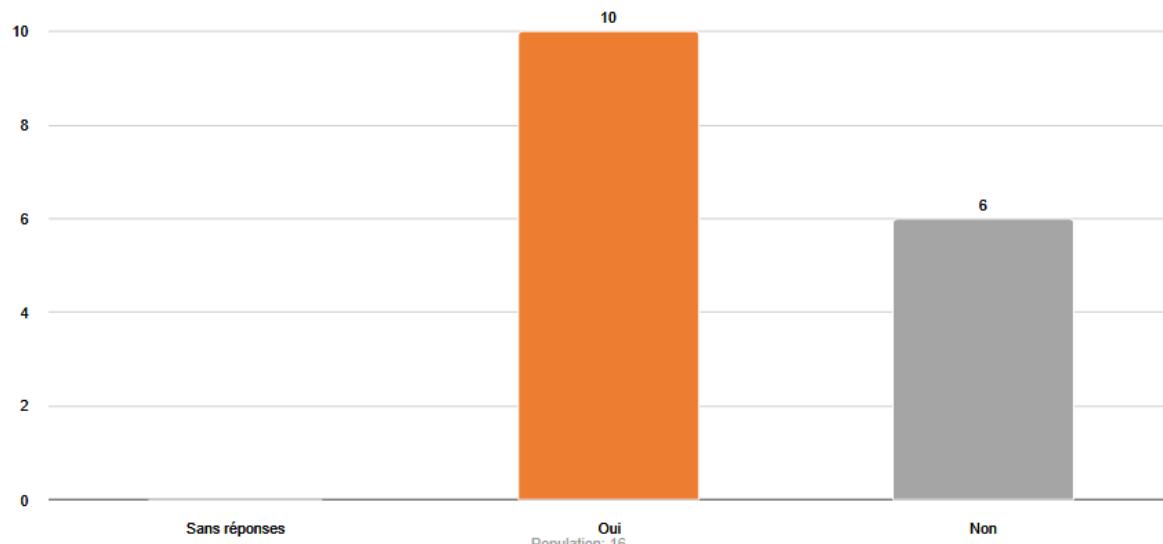
Population : 16

| ARS | 5. Si non, dans quel cadre sont traités les projets d'amélioration de la QVCT ? |
|------------------------|--|
| ARS Corse | Convention Aract mais manque de dynamisme. Collaboration en cours de construction avec la Carsat. Approche par l'investissement : projets structurants et équipement du quotidien. |
| ARS Hauts-de-France | Un COTECH régional QVCT avait été mis en place en 2019, suite à la publication de l'instruction de juillet 2018. Il était piloté par l'ARS. Les membres étaient la Carsat, la Dreets, l'Aract, les Conseils départementaux, les Opco et pôle santé travail. Aujourd'hui, forte collaboration partenariale dans le cadre du PRST 4 où il y a une fiche action sur les TMS en Ehpad : "Améliorer la prévention des TMS en Ehpad". |
| ARS Nouvelle-Aquitaine | Pas de véritable instance de pilotage mais des réunions itératives avec la Carsat et/ou l'Aract selon les besoins (préparation des Ami, instruction des projets d'investissement Ségur et PAI du quotidien, communauté de pratique...). Participation de l'ARS aux instances de l'Aract telles que le comité paritaire élargi et la conférence des financeurs |
| ARS Normandie | Il n'y a pas d'instance régionale de la QVCT. Cependant, il existe des commissions et des échanges avec les partenaires du territoire sur la thématique QVCT. Les projets sont traités en interne ARS entre les directions métiers attractivité des métiers et transition numérique, direction de l'autonomie et direction de l'offre de soins. Ils sont également référencés dans le Cpom Etat ARS, le PRS et l'Appel à projets (AAP) QVT annuel pour le secteur de l'autonomie. |
| ARS Occitanie | L'Engagement 6 du PRS (2023-2028) porte sur le soutien de l'attractivité des métiers de la santé et se traduit par plusieurs axes : <ul style="list-style-type: none"> - Valoriser l'image des métiers de la santé - Permettre une meilleure adaptation de l'offre de formation et des parcours professionnels - Améliorer les conditions d'exercice, la qualité de vie au travail et les mobilités professionnelles - Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels dans les territoires Les projets QVCT font l'objet d'une fiche action régionale au sein du PRS 3, et sont suivis dans ce cadre. Sur le secteur handicap, c'est dans le cadre de l'action structurante menée avec l'Aract auprès de 8 Organismes gestionnaires de la région que ces projets sont suivis, avec une capitalisation en cours en 2025 pour diffusion à l'ensemble du secteur. |

| | |
|-------------------|--|
| ARS Pays-de-Loire | Nous n'avons pas de plan formalisé toutefois les orientations de l'Agence portent sur l'appui aux besoins des territoires avec une stratégie des RH en santé qui porte sur l'accompagnement de la formation, l'évolution des métiers et la QVCT. En réponse à l'absence de politique d'amélioration formalisée : nous lançons régulièrement des AAP Clact (contrat local d'amélioration des conditions de travail). Le dernier AAC portait sur 2 axes : promouvoir les processus ayant pour objet le développement d'une culture de prévention des risques professionnels (RP et RPS) et des troubles musculosquelettiques (TMS) et promouvoir des organisations du travail de nature à améliorer les rythmes de travail et la qualité de vie au travail. Dans le cadre de cet AAC, 2 commissions ont eu lieu avec des représentants de la Carsat, de syndicats et de fédérations. |
| ARS Guadeloupe | - Convention ARS/CGSS/Deets - convention ARS/Anact-Aract Guadeloupe - Appel à candidature (projet Clact...) |

6. La thématique de la QVT/QVCT est-elle abordée lors du dialogue de gestion de fin d'année avec la CNSA et la DGCS ?

12

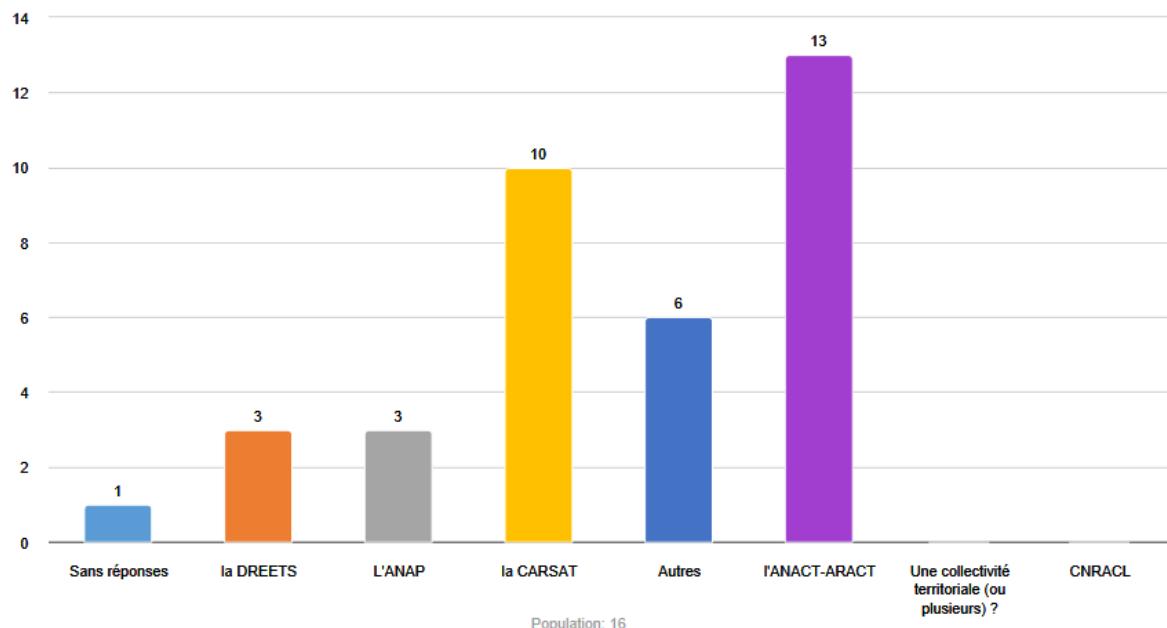


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 10 | 62,5 % |
| Non | 6 | 37,5 % |

Population : 16

7. Sur ces sujets de QVT/QVCT, avez-vous formalisé une ou plusieurs conventions (plusieurs réponses possibles) avec :



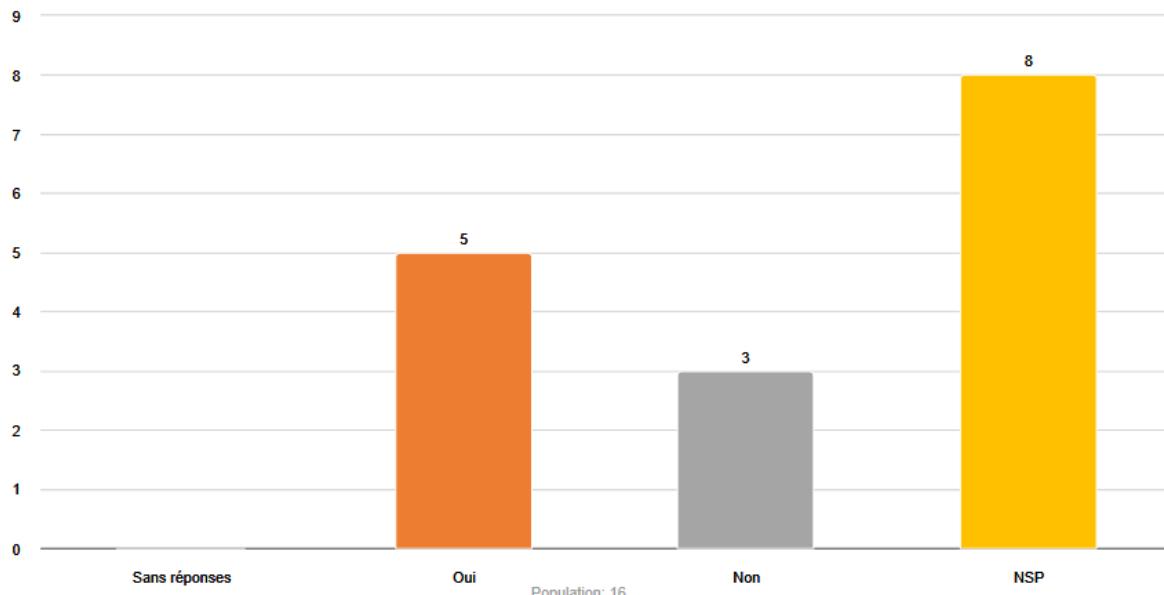
Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--|--------------------|--------------|
| Sans réponses | 1 | 6,3 % |
| La Dreets | 3 | 18,8 % |
| L'Anap | 3 | 18,8 % |
| La Carsat | 10 | 62,5 % |
| Autres | 6 | 37,5 % |
| l'Anact-Aract | 13 | 81,3 % |
| Une collectivité territoriale (ou plusieurs) ? | 0 | 0 % |
| CNRACL | 0 | 0 % |

Population : 16

| ARS | Si autres, précisez : |
|--------------------------|---|
| ARS Auvergne-Rhône-Alpes | L'Opco Santé : convention pour la mise en œuvre d'actions en faveur de l'accompagnement des pratiques professionnels et des projets en direction du soutien des managers. L'Opco (co-ingénierie ARS-Opco) lance les marchés publics, assure la gestion et le suivi des projets sous le pilotage de l'ARS. L'Opco santé conventionne de son côté avec Unification, le CNFP et l'ANFH. Il recrute les prestataires et experts. |
| ARS Grand Est | Rectorat - SPSTI - SPS - Fédérations d'employeurs du secteur - Organisation syndicales - Opco - |
| ARS Guyane | ACTRASAN qui est un prestataire extérieur qui a été en soutien aux ESMS |
| ARS Ile-de-France | Opco Santé |
| ARS Occitanie | La Dreets, la Région et les fédérations employeurs ont été associées à l'élaboration du plan métier handicap. Des initiatives territoriales peuvent également être portées par les CD : en 2025, le CD de la Lozère organise en partenariat avec l'ARS un évènement ayant pour thème l'attractivité des métiers au sein du secteur handicap |
| ARS Pays-de-Loire | Nous n'avons pas de convention formalisée avec les 3 structures identifiées ci-dessus mais nous travaillons conjointement sur certains sujets (Fipu avec la Carsat, PerfEHPAD avec l'Anap, participation au comité paritaire élargi de l'Aract PDL). Par ailleurs, nous avons signé une convention avec la FHF qui porte sur 2 thématiques : l'accompagnement des managers et la QVCT. Nous avons également signé un contrat d'engagement avec l'Uriopss dont un des axes porte sur l'attractivité des métiers, santé et qualité de vie au travail et pratiques managériales. |

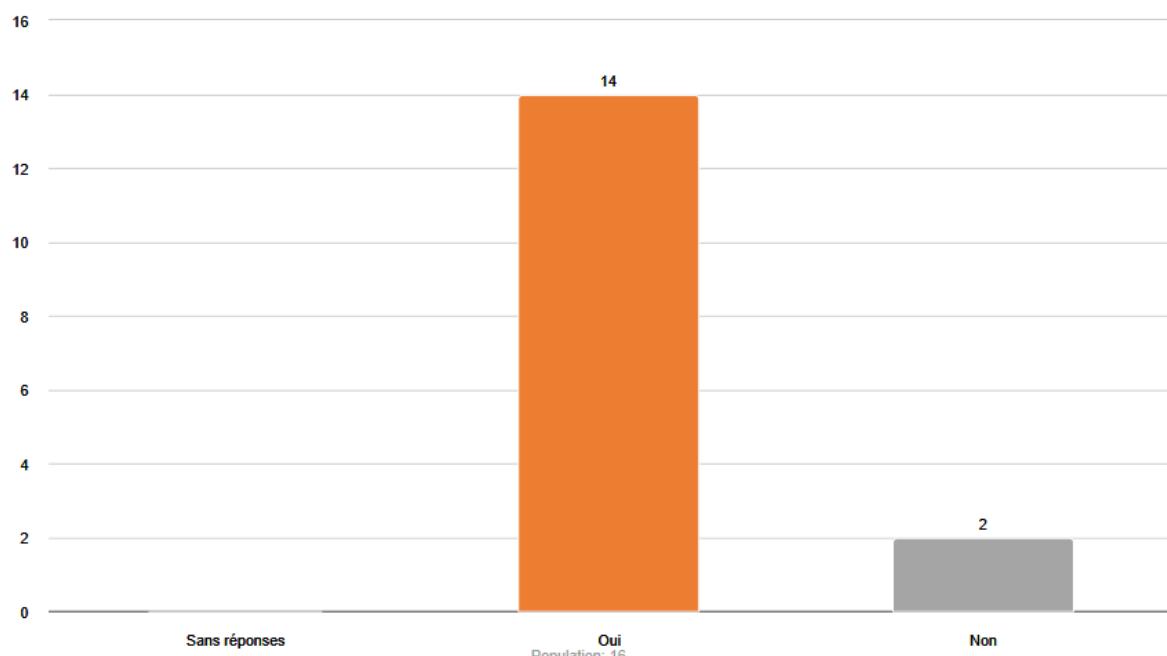
8. Les sujets de l'amélioration de la QVT/ QVCT dans les services et établissements médicosociaux font-ils l'objet à votre connaissance d'un axe prioritaire ou d'actions dans le PRST ?



Données

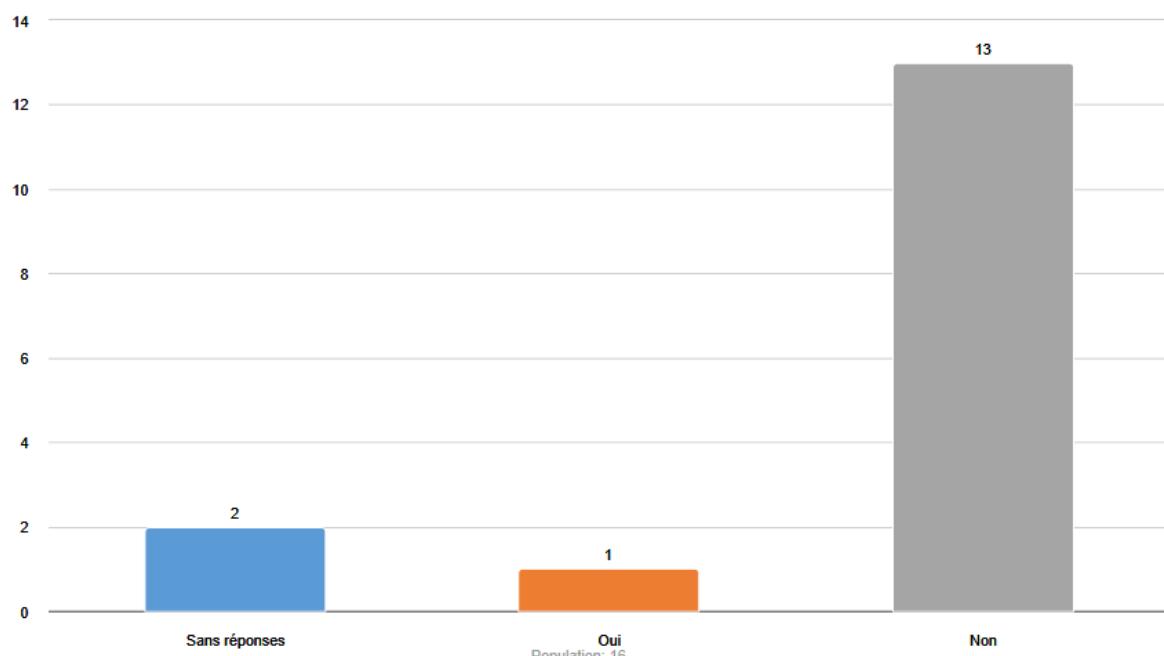
| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 5 | 31,3 % |
| Non | 3 | 18,8 % |
| NSP | 8 | 50 % |

Population : 16

9. Disposez-vous d'un ou d'une référent(e) QVCT ?*Données*

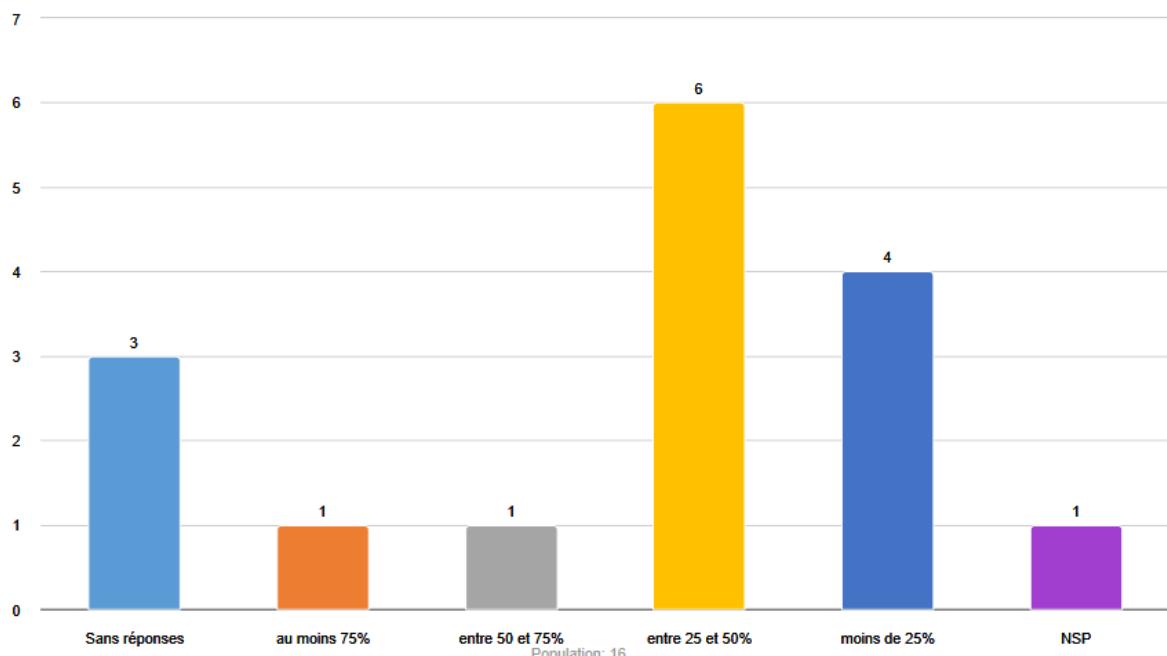
| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 14 | 87,5 % |
| Non | 2 | 12,5 % |

Population : 16

10. A temps plein ?*Données*

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 2 | 12,5 % |
| Oui | 1 | 6,3 % |
| Non | 13 | 81,3 % |

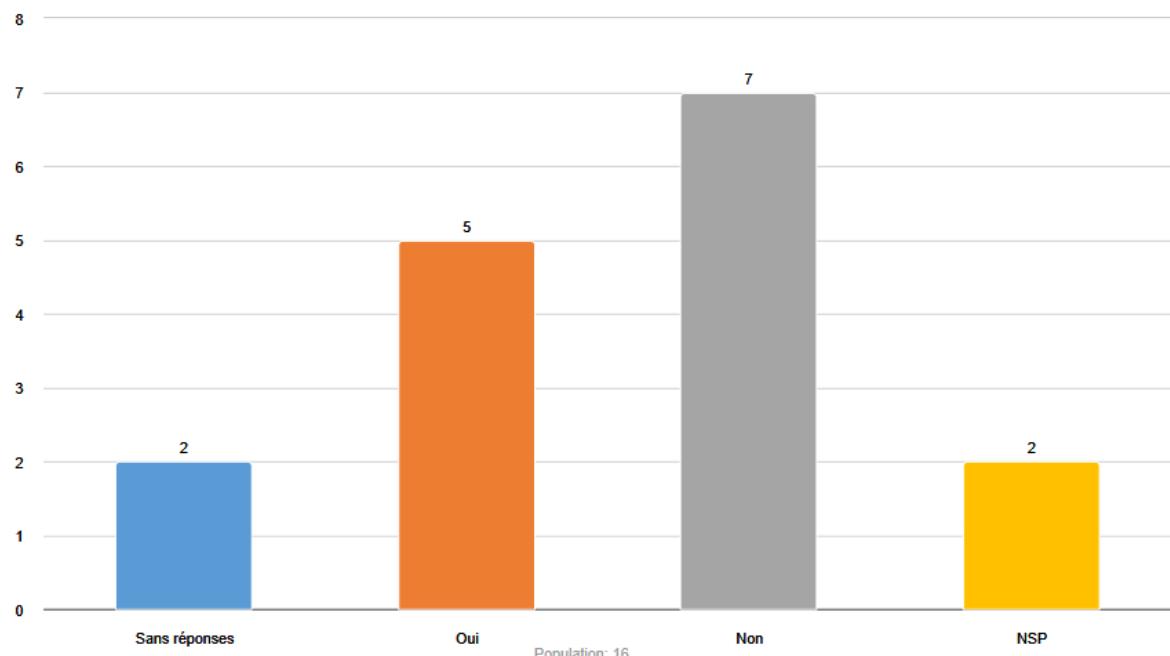
Population : 16

Si non, quotité estimée (en moyenne sur l'année) :

Données

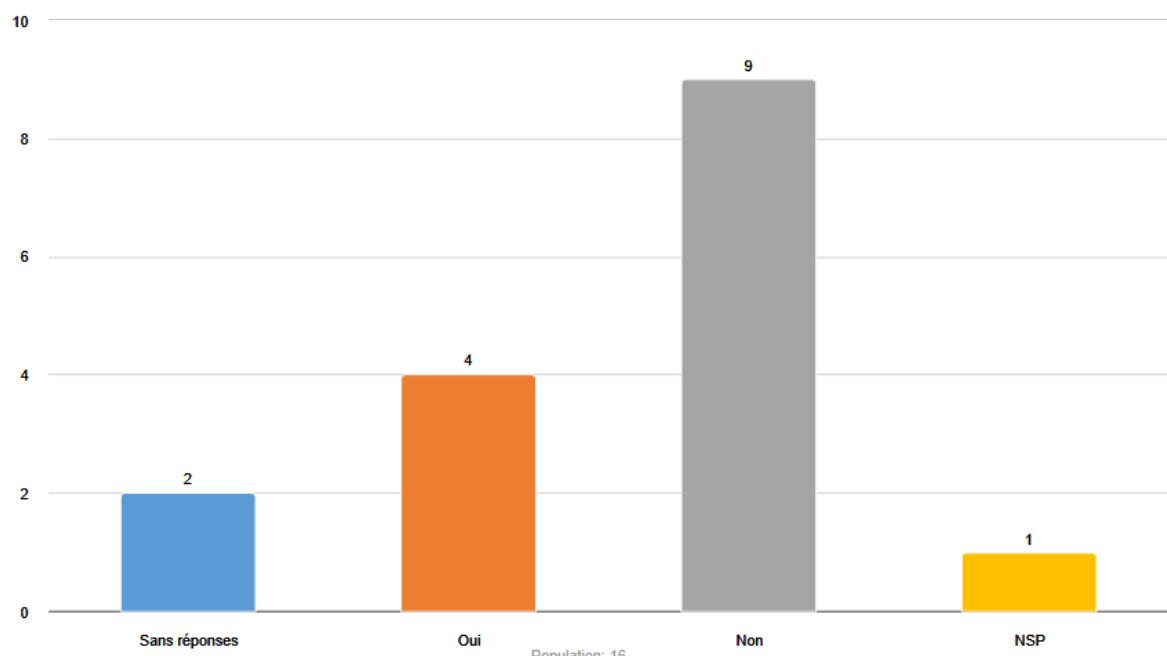
| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 3 | 18,8 % |
| Au moins 75 % | 1 | 6,3 % |
| Entre 50 et 75 % | 1 | 6,3 % |
| Entre 25 et 50 % | 6 | 37,5 % |
| Moins de 25 % | 4 | 25 % |
| NSP | 1 | 6,3 % |

Population : 16

11. Est-il formé à la QVT/QVCT ?*Données*

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 2 | 12,5 % |
| Oui | 5 | 31,3 % |
| Non | 7 | 43,8 % |
| NSP | 2 | 12,5 % |

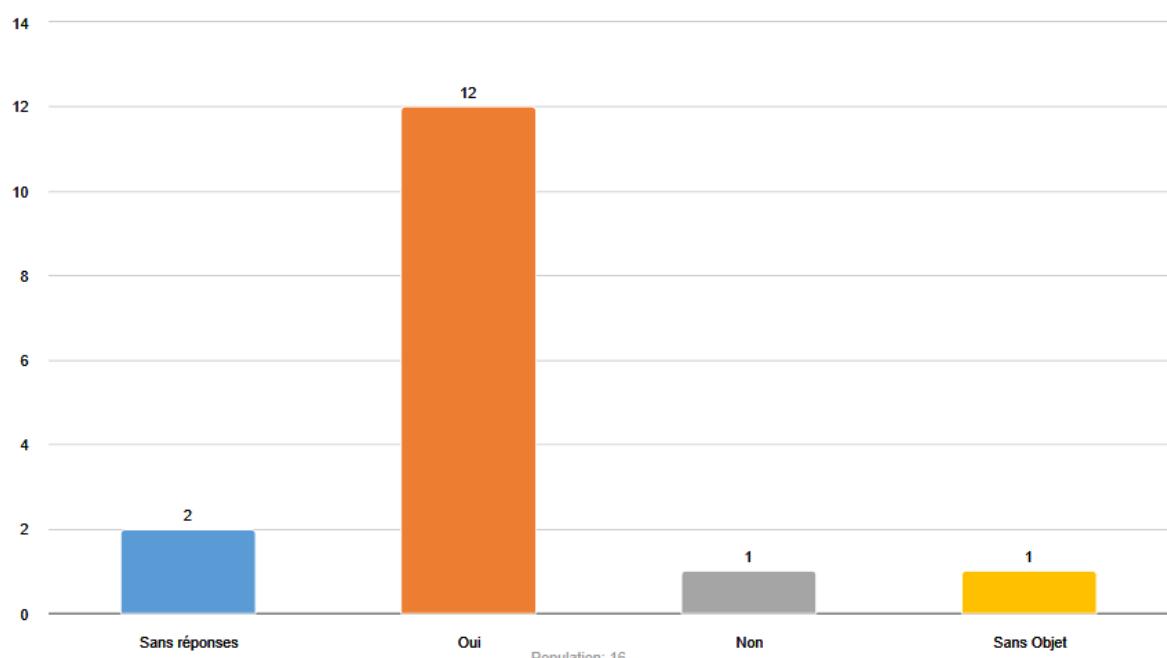
Population : 16

12. Est-il formé à la prévention des risques professionnels ?

Données

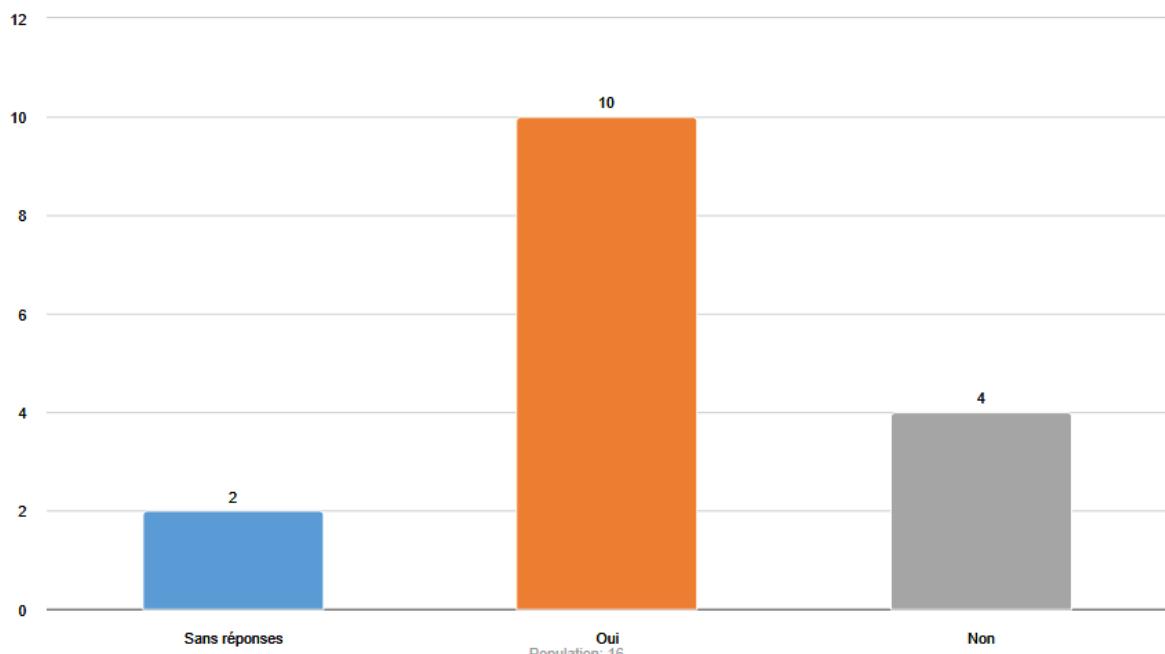
| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 2 | 12,5 % |
| Oui | 4 | 25 % |
| Non | 9 | 56,3 % |
| NSP | 1 | 6,3 % |

Population : 16

13. Est-il associé aux instances de suivi et/ou de pilotage régionales de ces sujets ?*Données*

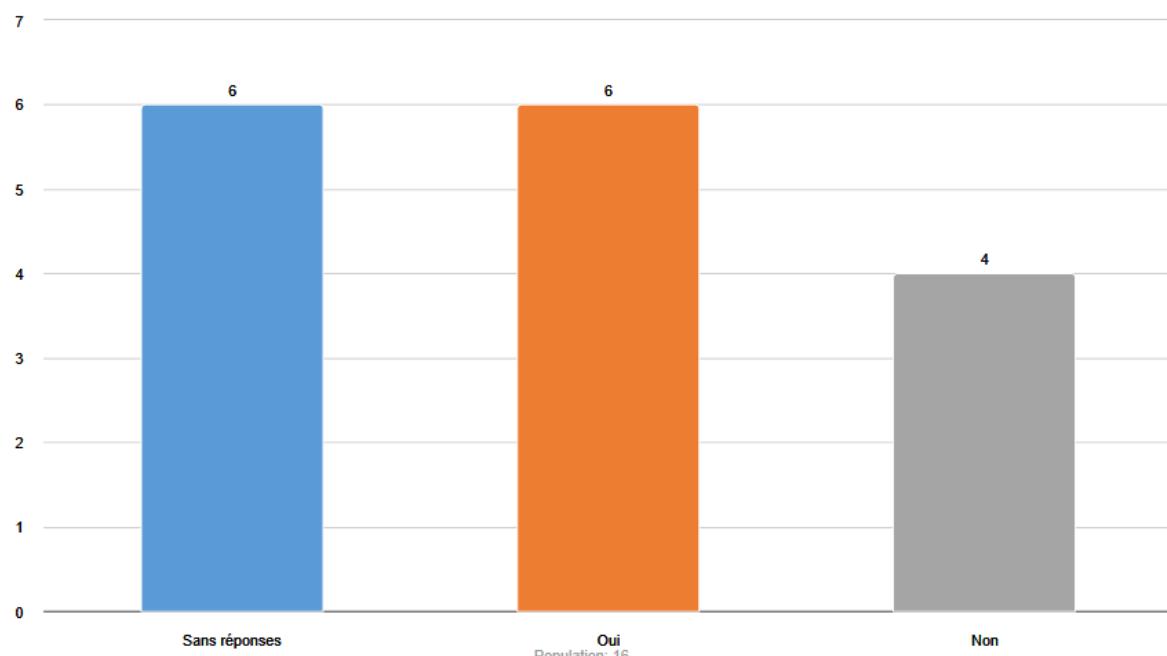
| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 2 | 12,5 % |
| Oui | 12 | 75 % |
| Non | 1 | 6,3 % |
| Sans Objet | 1 | 6,3 % |

Population : 16

14. Dispose-t-il d'une feuille de route ou d'objectifs ?*Données*

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 2 | 12,5 % |
| Oui | 10 | 62,5 % |
| Non | 4 | 25 % |

Population : 16

15. Si oui, a-t-il des objectifs spécifiques sur le médico-social

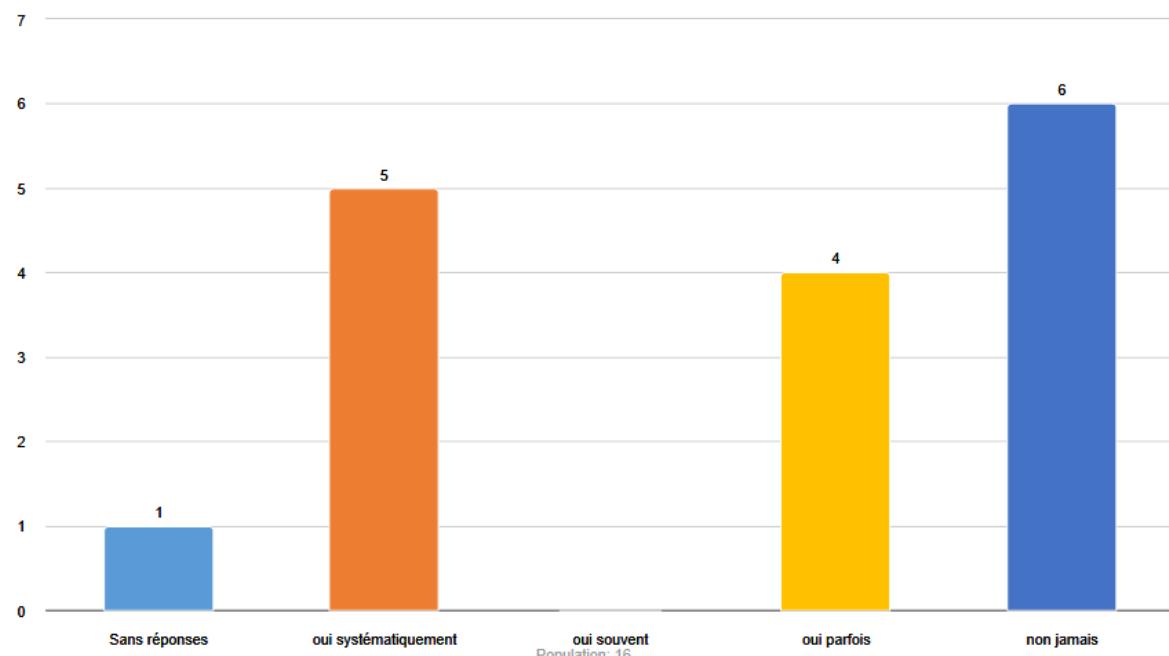
Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 6 | 37,5 % |
| Oui | 6 | 37,5 % |
| Non | 4 | 25 % |

Population : 16

16. Ces 6 dernières années (2018-2024), avez-vous intégré des objectifs d'amélioration de la QVCT / diminution de la sinistralité dans le secteur médico-social dans les priorités retenues dans le cadre :

• du CLACT ?

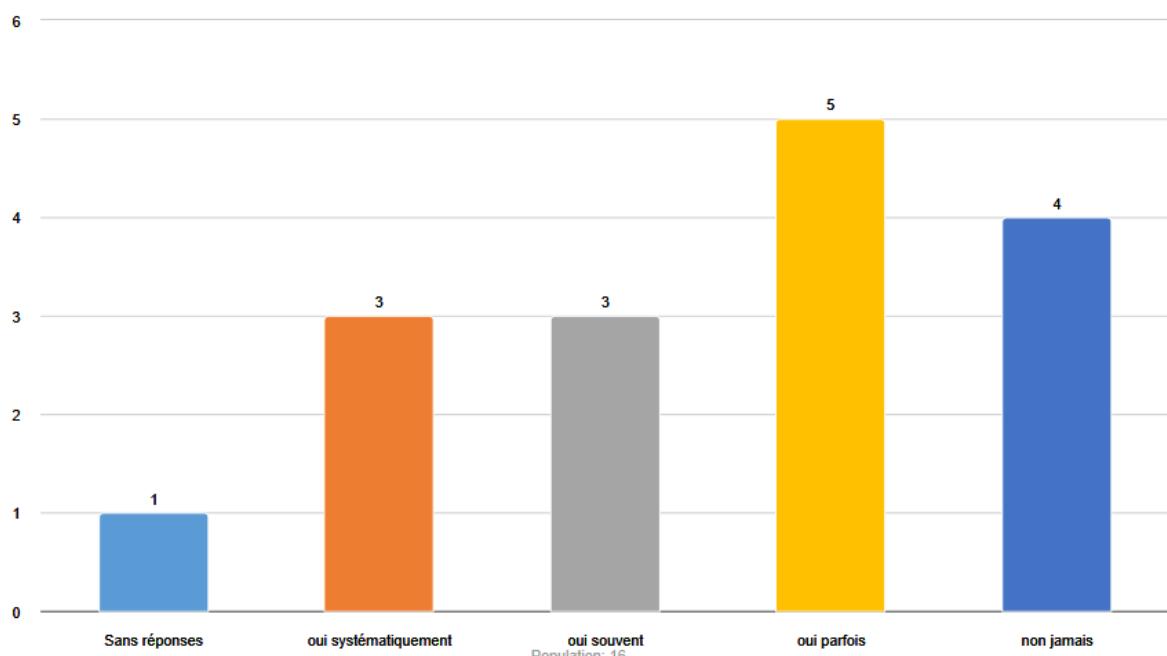


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Oui systématiquement | 5 | 31,3 % |
| Oui souvent | 0 | 0 % |
| Oui parfois | 4 | 25 % |
| Non jamais | 6 | 37,5 % |

Population : 16

• de la mission 4 du FIR ?

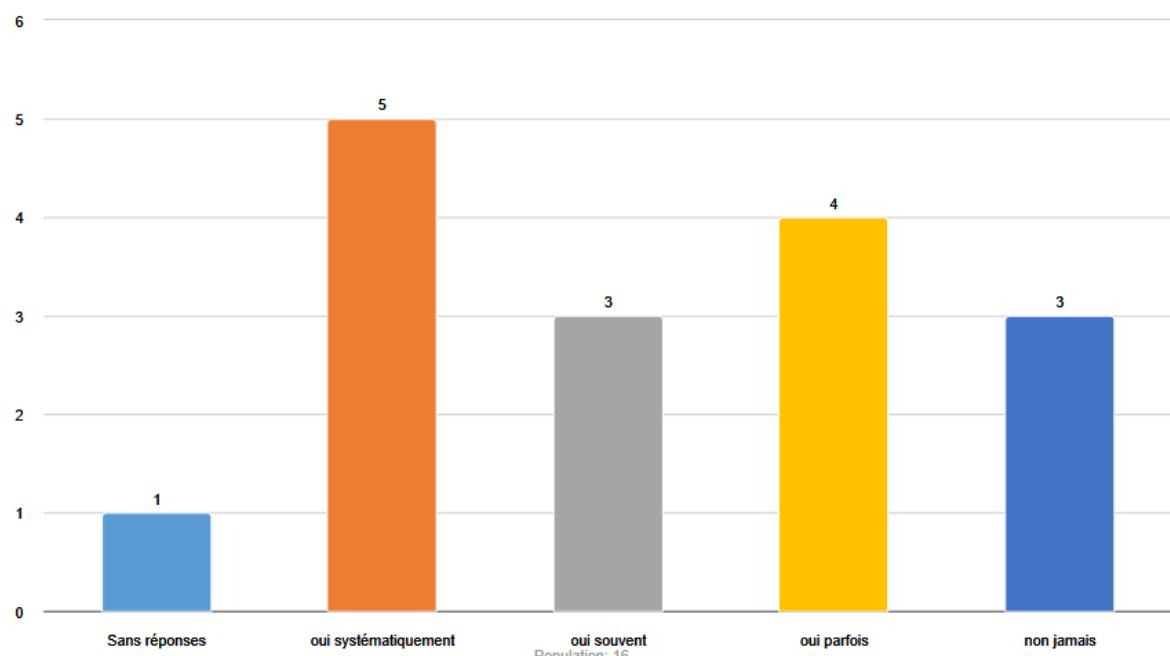


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Oui systématiquement | 3 | 18,8 % |
| Oui souvent | 3 | 18,8 % |
| Oui parfois | 5 | 31,3 % |
| Non jamais | 4 | 25 % |

Population : 16

• des investissements structurants du SEGUR ?

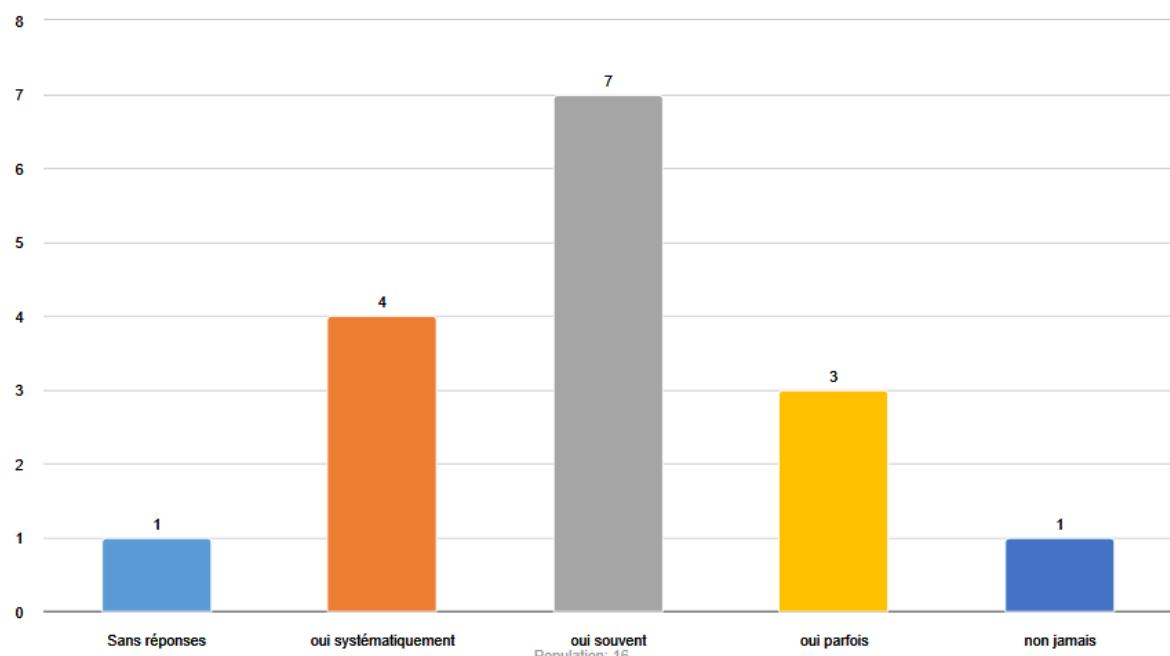


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Oui systématiquement | 5 | 31,3 % |
| Oui souvent | 3 | 18,8 % |
| Oui parfois | 4 | 25 % |
| Non jamais | 3 | 18,8 % |

Population : 16

• des investissements du quotidien ?

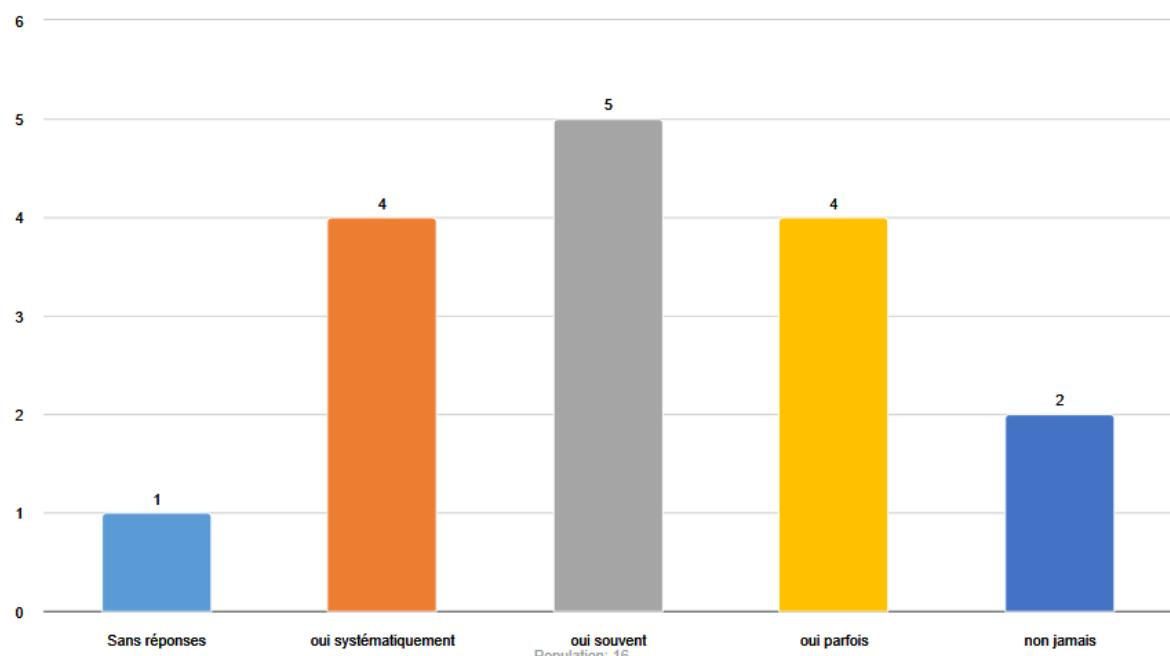


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Oui systématiquement | 4 | 25 % |
| Oui souvent | 7 | 43,8 % |
| Oui parfois | 3 | 18,8 % |
| Non jamais | 1 | 6,3 % |

Population : 16

• dans les projets accompagnés dans le cadre du PAI ?



Données

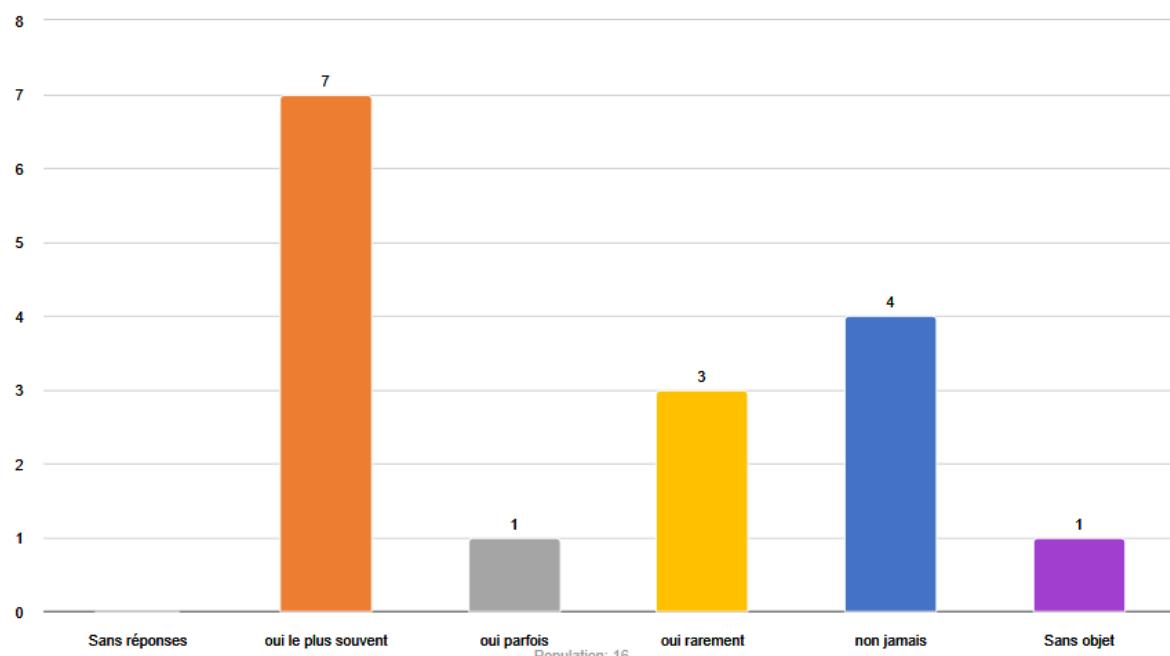
| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Oui systématiquement | 4 | 25 % |
| Oui souvent | 5 | 31,3 % |
| Oui parfois | 4 | 25 % |
| Non jamais | 2 | 12,5 % |

Population : 16

| ARS | • Autres initiatives (3 exemples maximum) |
|-----------------------------|--|
| ARS Auvergne-Rhône-Alpes | <p>Priorité retenue dans le cadre de la campagne budgétaire (CNR) : financement d'équipements de transferts (surtout des Rails), formation de référents préventeurs (cf. tableau Excel de synthèse de montants dédiés à la QVCT – document adressé annuellement à la DGCS).</p> <p>Appui et relai des enveloppes financières à la main de la Carsat comme les Fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle (Fipu), les démarches TMS Pro. Ces dispositifs font l'objet de webinaires d'information à destination des ESMS (ARS-Carsat).</p> |
| ARS Bourgogne-Franche-Comté | <p>Des moyens importants sont alloués chaque année par l'ARS aux ESMS pour promouvoir les actions de QVCT. Pour 2024, c'est près de 14 M€ de projet CNR-QVCT alloués aux établissements médico-sociaux sur la formation, l'investissement matériel, les services civiques ou encore l'organisation en équipes autonomes dans les Ssiad-Spasad.</p> <p>Les crédits demandés –allocation en non reconductibles– doivent strictement répondre au cahier des charges publié dans le cadre de l'appel à candidature de l'ARS relatif à ce sujet. Ils s'inscrivent en complémentarité avec les projets portés dans le cadre du Plan « Marshall » régional d'attractivité des métiers porté par l'Agence et ses partenaires.</p> <p>Cet appel à candidature a pour objectif d'une part le développement d'une culture de prévention des risques professionnels par la diminution de la sinistralité et l'amélioration qualité de vie au travail au sein des établissements et services.</p> <p>Il cible en particulier les actions visant à la prévention des troubles musculosquelettiques et des risques psychosociaux en ESMS Personnes âgées ou handicapées sans s'y restreindre. Ces actions doivent s'inscrire dans une démarche plus globale d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail.</p> <p>Un appel à projet a été publié sur le second semestre 2024 pour valoriser les innovations managériales dans les établissements sanitaires et médico-sociaux avec près de 100 candidatures retenues et 20 projets qui seront accompagnés en 2025.</p> |
| ARS Corse | <p>Approche marquée dans le cadre de l'investissement. L'AMI annuel concerne les équipements du quotidien.</p> <p>Un exemple emblématique d'architecture thérapeutique dans une Mas publique avec évaluation d'impact très intéressante.</p> |
| ARS Centre-Val de Loire | <p>Convention Aract depuis 2021 financé par le Fir mission 4 : club directeur, formation et actions QVCT de 2 GCSMS + contribution ARS au financement des animateurs prévention Carsat via des CNR Personnes âgées</p> |
| ARS Guyane | <p>Matériel type verticaliseur/guidons de transfert dans le cadre des crédits non reconductibles de la dotation régionale limitative</p> |

| | |
|------------------------|--|
| ARS Hauts-de-France | Depuis 2018, organisation annuelle d'un AMI QVCT pour les ESMS qui permet de financer les actions QVCT. |
| ARS Nouvelle-Aquitaine | Les équipes mobiles QVCT : 23 équipes réparties sur la région NA Lancement d'au moins 1 AMI par an avec particularité en 2024 : 1 AMI QVCT TMS Ehapd et 1 AMI actions QVCT Personnes handicapées |
| ARS Occitanie | <ul style="list-style-type: none"> - Dans le secteur médico-social, la revalorisation des salaires alloué au titre du Ségur depuis 2021 a participé à l'attractivité des métiers (110 M€ alloués sur la DRL PH pour la région Occitanie). En 2024, il a été également alloué 346 609 € au titre des mesures d'attractivité des métiers dans le secteur public hospitalier (mesures nationales). Cette enveloppe doit permettre de compenser le surcoût des revalorisations des sujétions de nuit, dimanches et jours fériés effectives pour les agents de la FPH depuis le 1er janvier 2024 - Des moyens importants sont alloués chaque année par l'ARS Occitanie aux ESMS pour promouvoir les actions de QVCT. Pour 2024, comme cela avait été le cas en 2022 et 2023, 1 279 329 € de financements sont fléchés sur des actions de QVCT. 897 329 € sur la base DRL pour le secteur Personnes âgées et 382 276 € sur la DRL pour le secteur Personnes handicapées. Certaines actions QVCT peuvent également être financées via des CNR dépenses de personnels non pérennes, formation ou investissement. - La contractualisation Cpom est également un vecteur utilisé pour identifier des actions spécifiques pouvant être portées sur l'attractivité dans le cadre d'une stratégie mise en place par les OG selon leur problématiques RH et les impacts à venir de la transformation du secteur en cours. |
| ARS Réunion | La QVT fait partie des objectifs prioritaires du ROB dans le cadre des CNR (crédits non reconductibles). L'ARS accompagne de nombreuses actions des ESMS via ces CNR |
| ARS Guadeloupe | <ul style="list-style-type: none"> - Acia Numérique - Sensibilisation à l'usure professionnelle <p>Les investissements servent directement ou indirectement à financer des équipements ou de l'immobilier qui contribuent à l'amélioration des conditions de travail</p> |

17. Ces actions font-elles l'objet d'évaluation d'impact ?

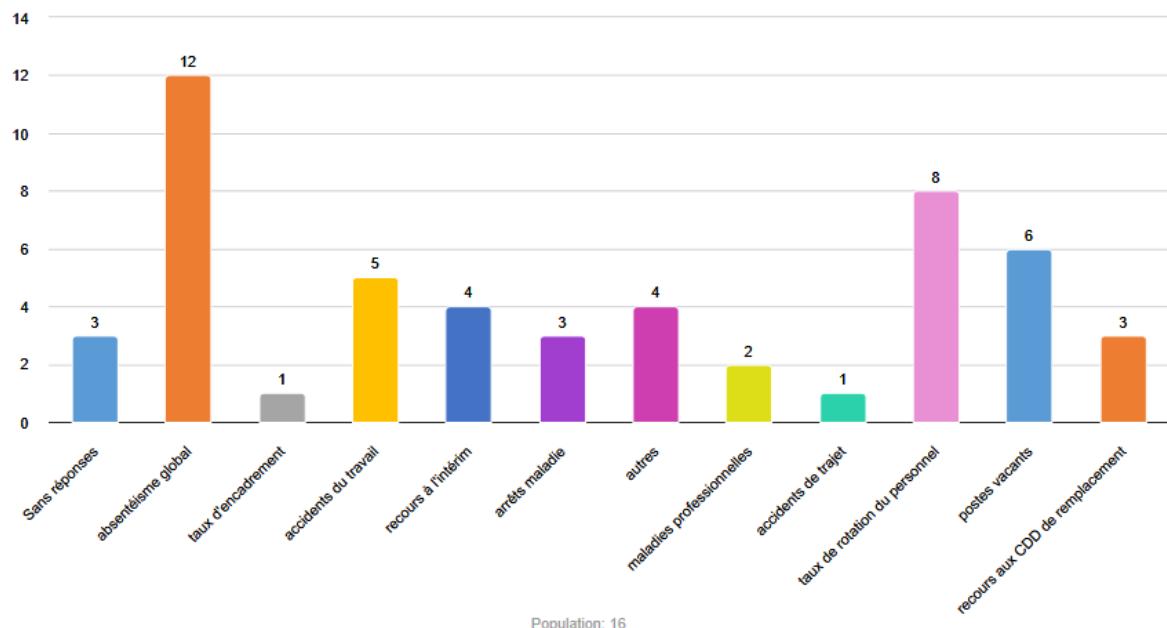


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|---------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui le plus souvent | 7 | 43,8 % |
| Oui parfois | 1 | 6,3 % |
| Oui rarement | 3 | 18,8 % |
| Non jamais | 4 | 25 % |
| Sans objet | 1 | 6,3 % |

Population : 16

18. Pouvez-vous nous indiquer les indicateurs de résultats les plus communément utilisés ? Plusieurs réponses possibles



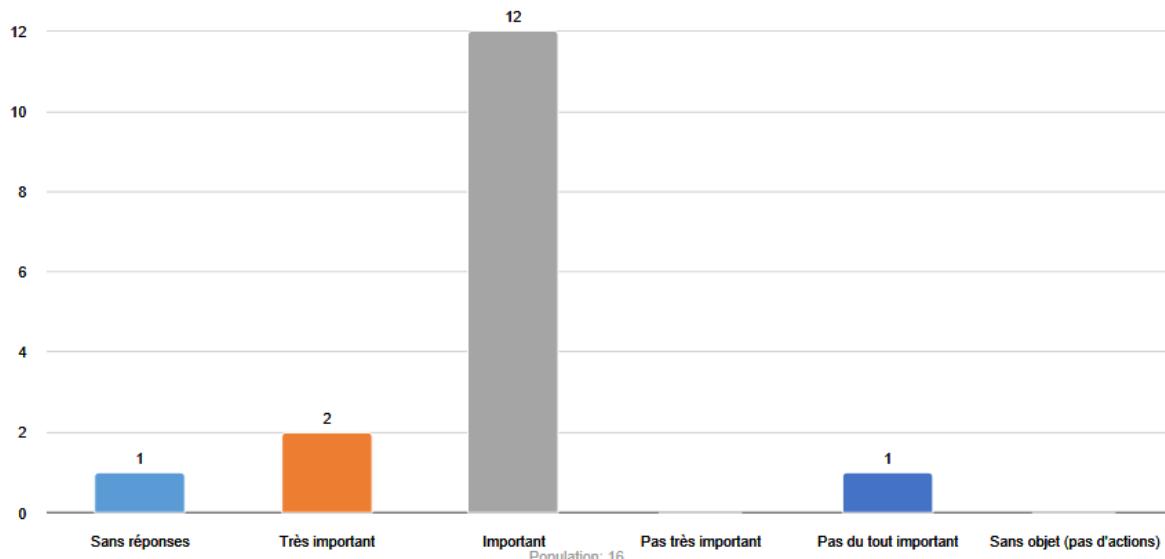
Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|---------------------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponses | 3 | 18,8 % |
| Absentéisme global | 12 | 75 % |
| Taux d'encadrement | 1 | 6,3 % |
| Accidents du travail | 5 | 31,3 % |
| Recours à l'intérim | 4 | 25 % |
| Arrêts maladie | 3 | 18,8 % |
| Autres | 4 | 25 % |
| Maladies professionnelles | 2 | 12,5 % |
| Accidents de trajet | 1 | 6,3 % |
| Taux de rotation du personnel | 8 | 50 % |
| Postes vacants | 6 | 37,5 % |
| Recours aux CDD de remplacement | 3 | 18,8 % |

Population : 16

19. Comment qualifiez-vous l'impact de vos actions sur la QVCT dans le secteur médicosocial ?

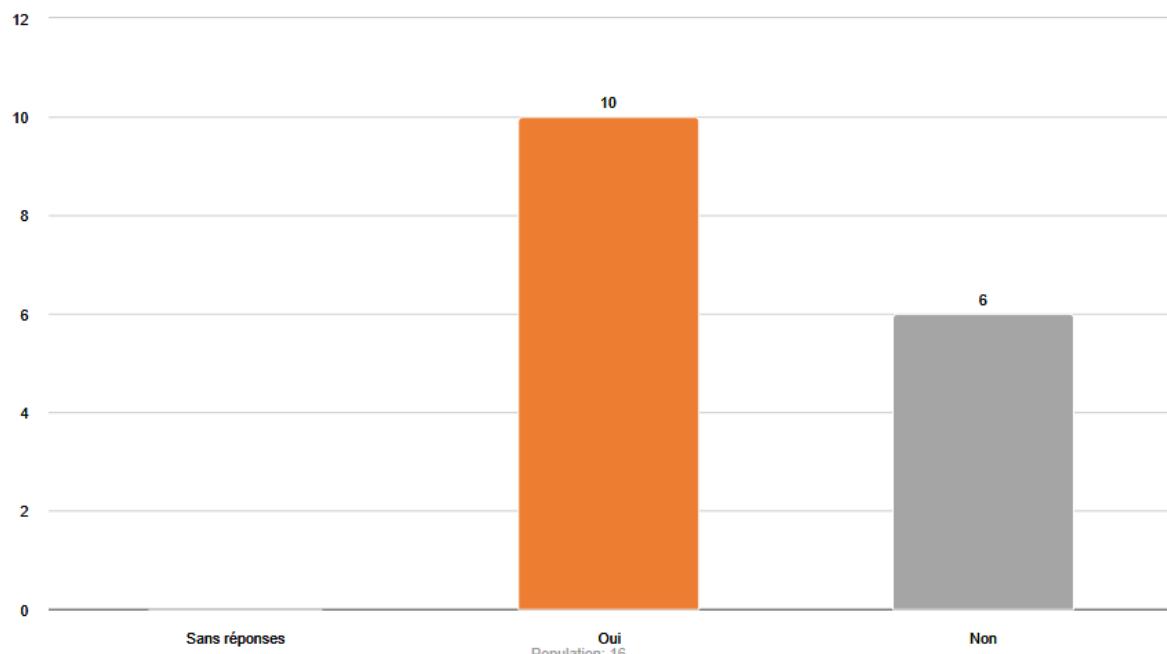
14



Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Très important | 2 | 12,5 % |
| Important | 12 | 75 % |
| Pas très important | 0 | 0 % |
| Pas du tout important | 1 | 6,3 % |
| Sans objet (pas d'actions) | 0 | 0 % |

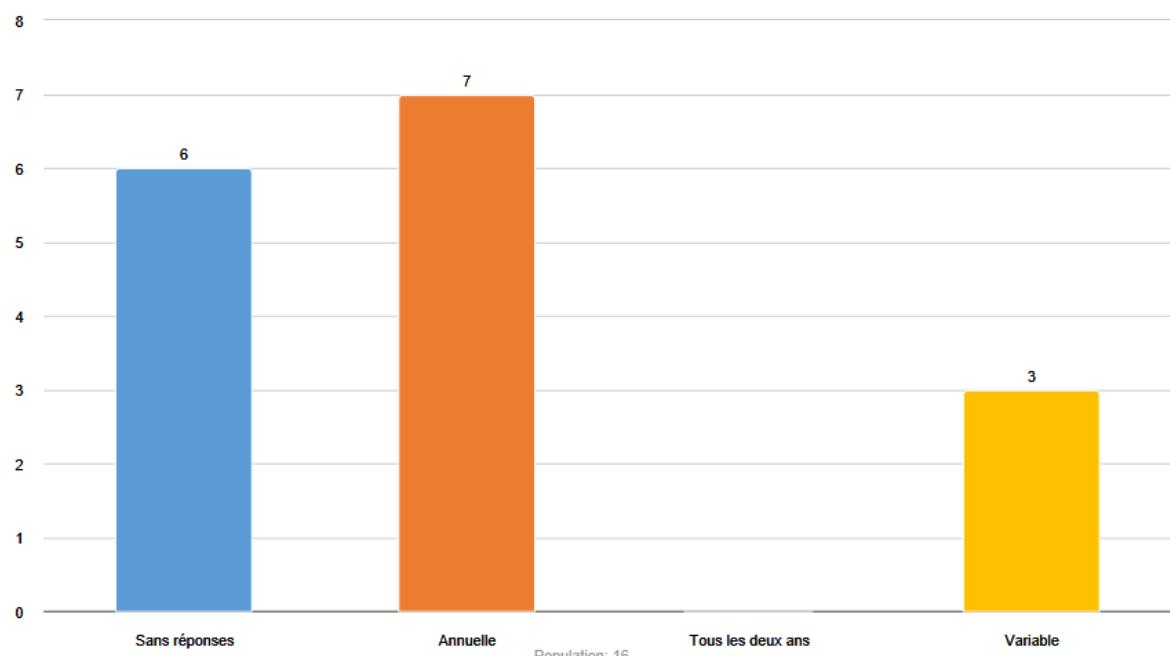
Population : 16

20. Organisez-vous des appels à manifestation d'intérêt (AMI) ?*Données*

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 10 | 62,5 % |
| Non | 6 | 37,5 % |

Population : 16

21. Si oui, à quelle fréquence en général depuis 2018 :

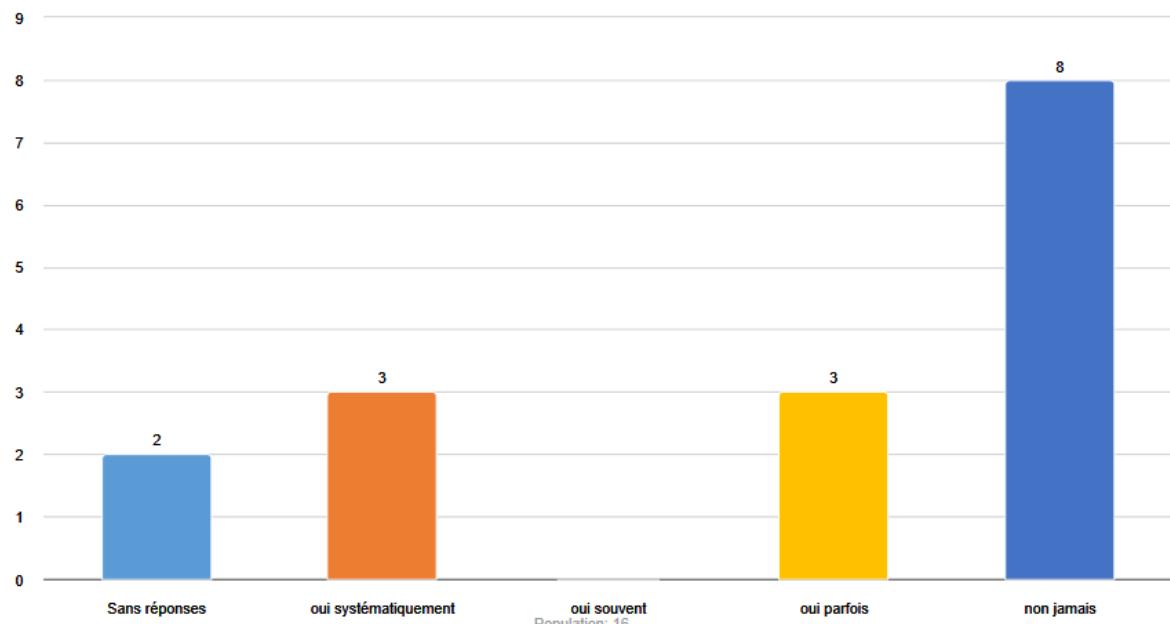


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|-------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 6 | 37,5 % |
| Annuelle | 7 | 43,8 % |
| Tous les deux ans | 0 | 0 % |
| Variable | 3 | 18,8 % |

Population : 16

22. La thématique de la QVT/QVCT est-elle abordée lors du dialogue de gestion de fin d'année avec vos délégations départementales depuis 2018 ?



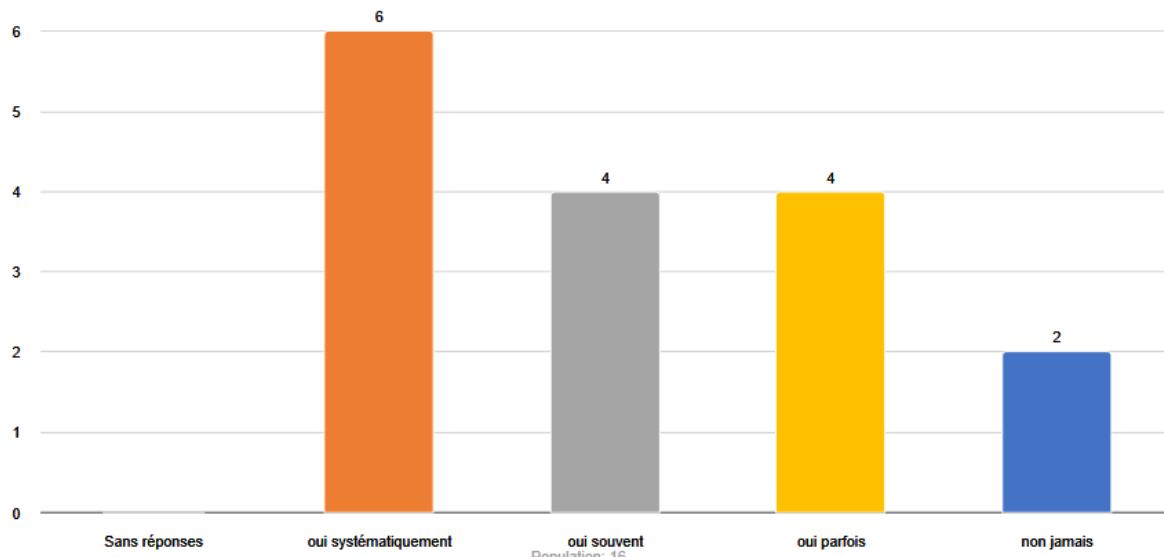
Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 2 | 12,5 % |
| Oui systématiquement | 3 | 18,8 % |
| Oui souvent | 0 | 0 % |
| Oui parfois | 3 | 18,8 % |
| Non jamais | 8 | 50 % |

Population : 16

23. Les derniers CPOM conclus avec les établissements et services du secteur médico-social que vous financez intègrent-ils des objectifs QVCT ?

7

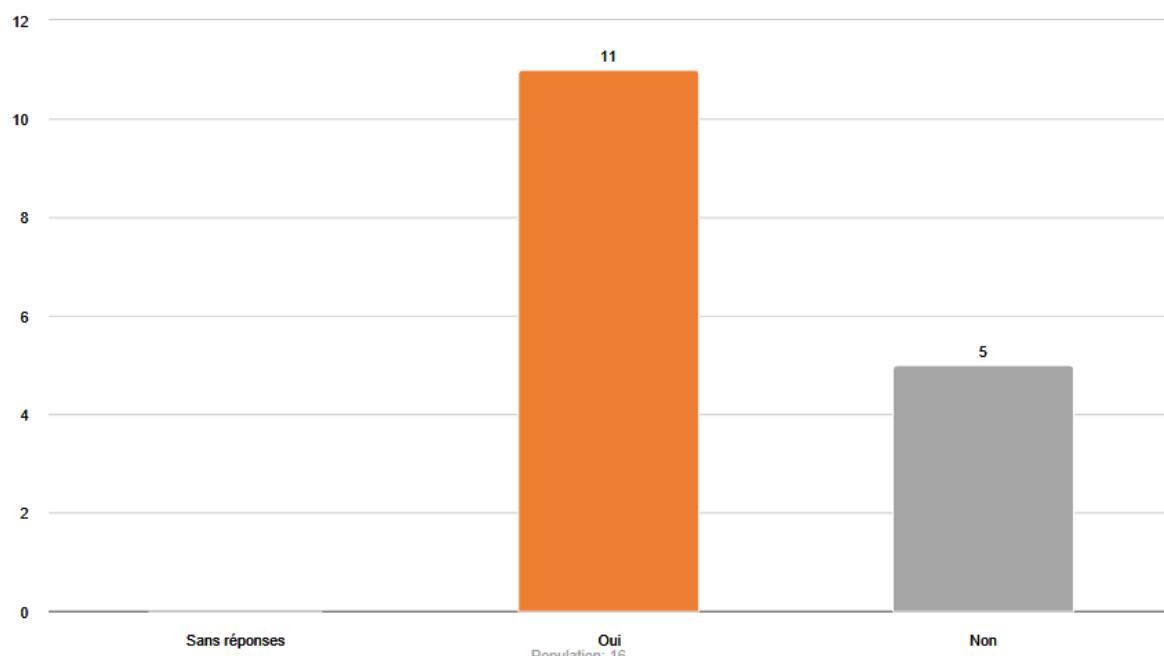


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui systématiquement | 6 | 37,5 % |
| Oui souvent | 4 | 25 % |
| Oui parfois | 4 | 25 % |
| Non jamais | 2 | 12,5 % |

Population : 16

24. Suivez-vous au niveau régional un ou plusieurs indicateurs ayant trait à la QVCT ?

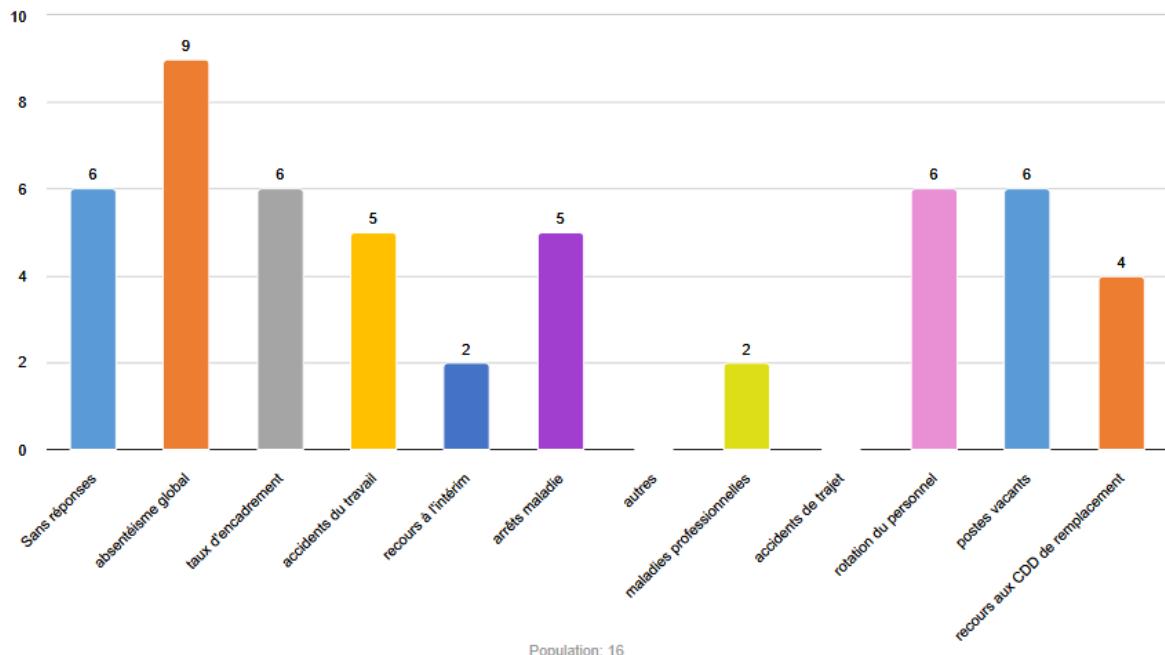


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 11 | 68,8 % |
| Non | 5 | 31,3 % |

Population : 16

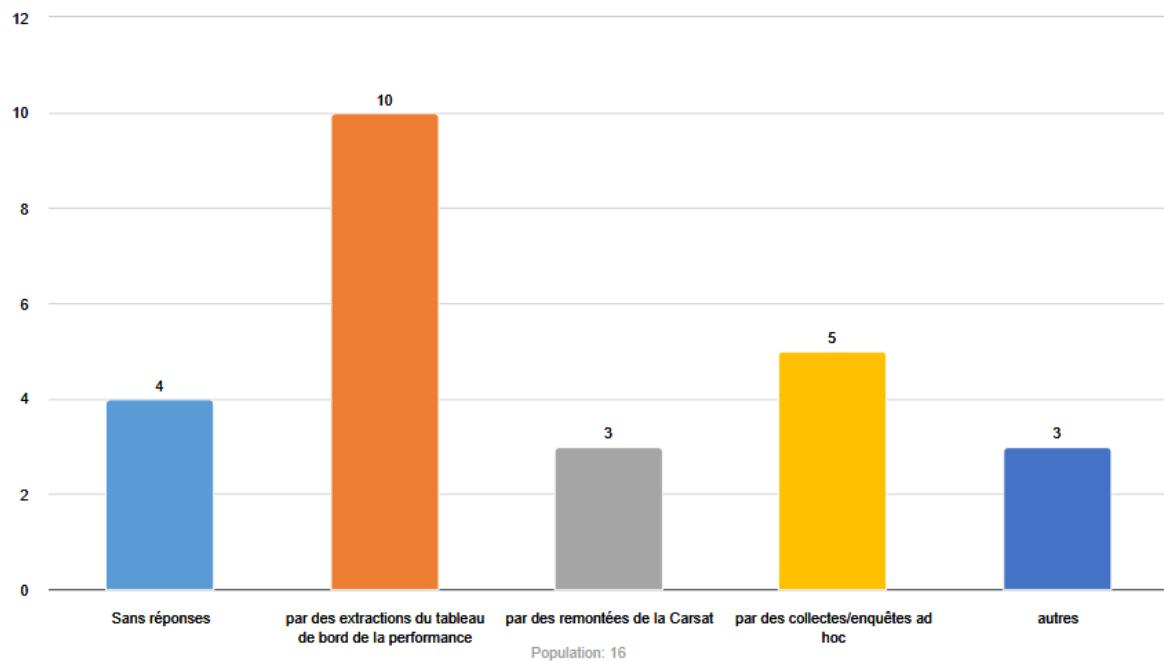
25. Si oui, lesquels (plusieurs réponses possibles) :



Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|---------------------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponses | 6 | 37,5 % |
| Absentéisme global | 9 | 56,3 % |
| Taux d'encadrement | 6 | 37,5 % |
| Accidents du travail | 5 | 31,3 % |
| Recours à l'intérim | 2 | 12,5 % |
| Arrêts maladie | 5 | 31,3 % |
| Maladies professionnelles | 2 | 12,5 % |
| Accidents de trajet | 0 | 0 % |
| Rotation du personnel | 6 | 37,5 % |
| Postes vacants | 6 | 37,5 % |
| Recours aux CDD de remplacement | 4 | 25 % |

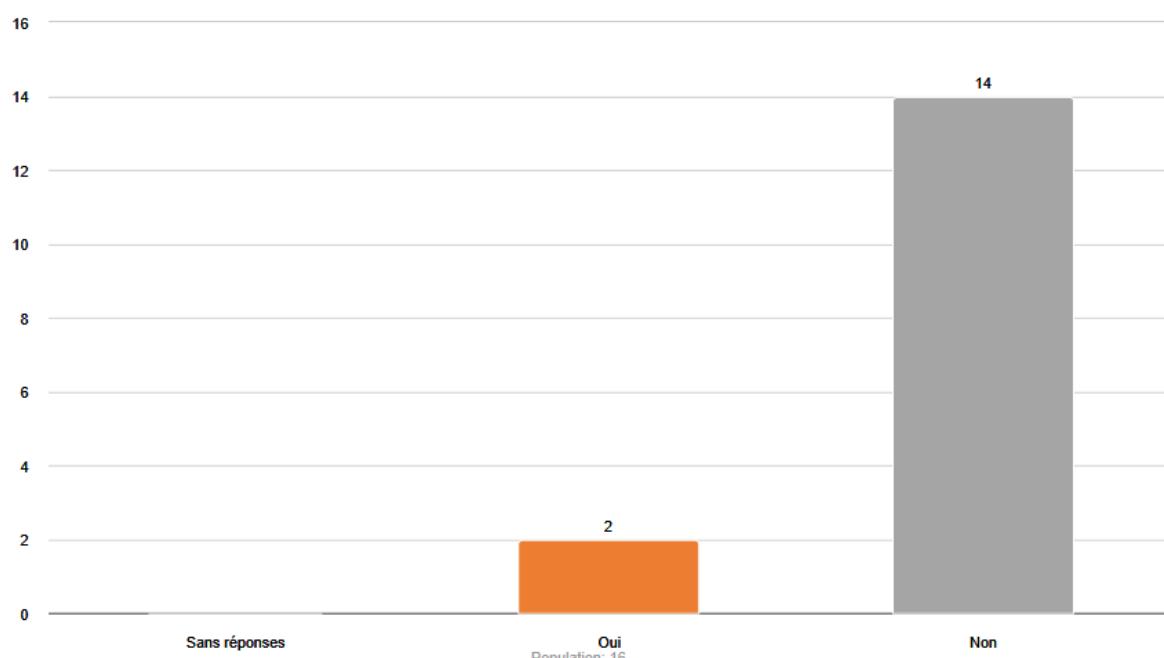
Population : 16

26. Comment collectez-vous ces indicateurs ? (plusieurs réponses possibles) :*Données*

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--|--------------------|--------------|
| Sans réponses | 4 | 25 % |
| Par des extractions du tableau de bord de la performance | 10 | 62,5 % |
| Par des remontées de la Carsat | 3 | 18,8 % |
| Par des collectes/enquêtes ad hoc | 5 | 31,3 % |
| autres | 3 | 18,8 % |

Population : 16

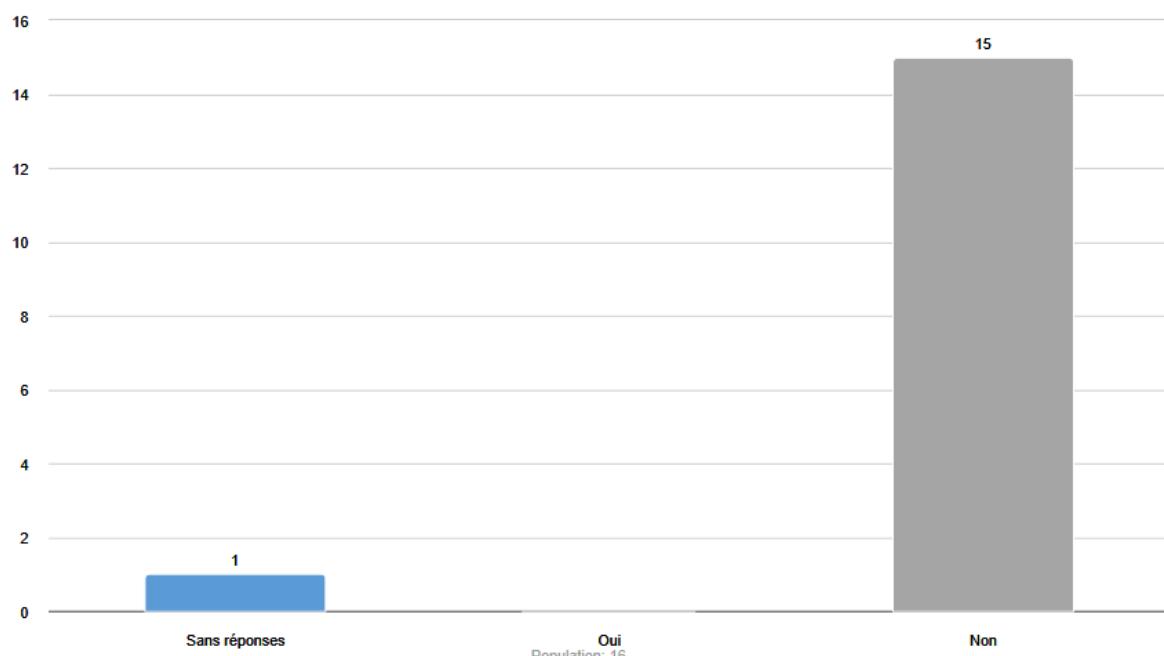
27. Vos services ont-ils accès aux données par employeur de sinistralité de la Carsat ?



Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui | 2 | 12,5 % |
| Non | 14 | 87,5 % |

Population : 16

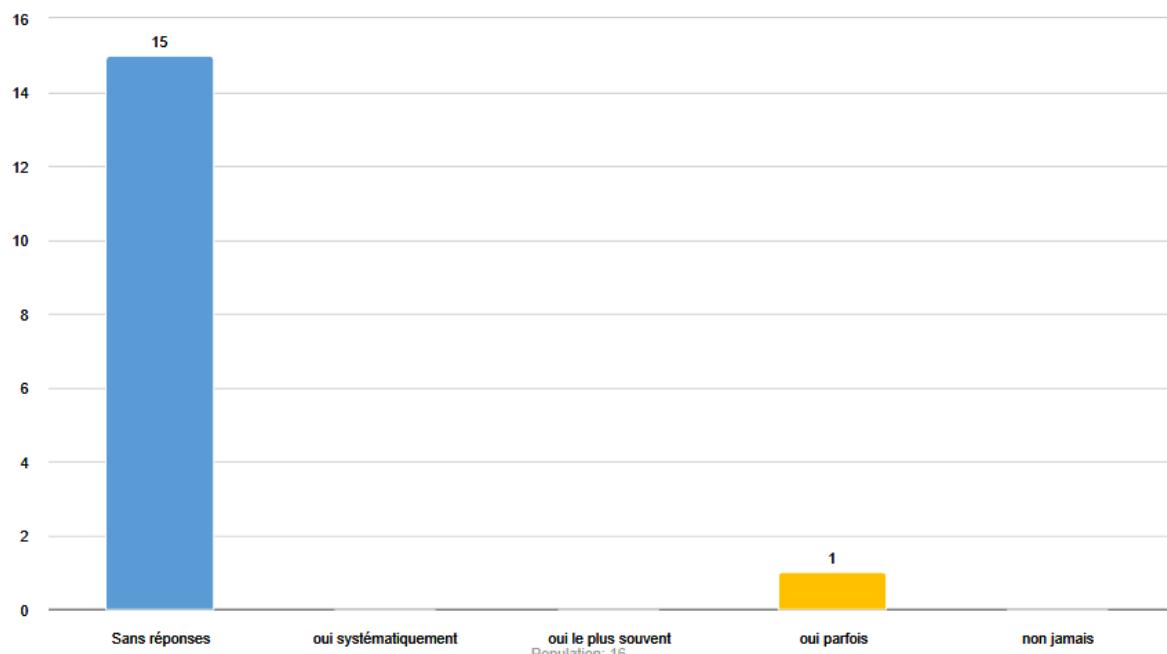
28. Vos services ont-ils accès aux données par employeur de sinistralité de la Cnracl ?

Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Oui | 0 | 0 % |
| Non | 15 | 93,8 % |

Population : 16

Si oui, utilisez-vous ces données pour cibler vos actions sur certains établissements ?



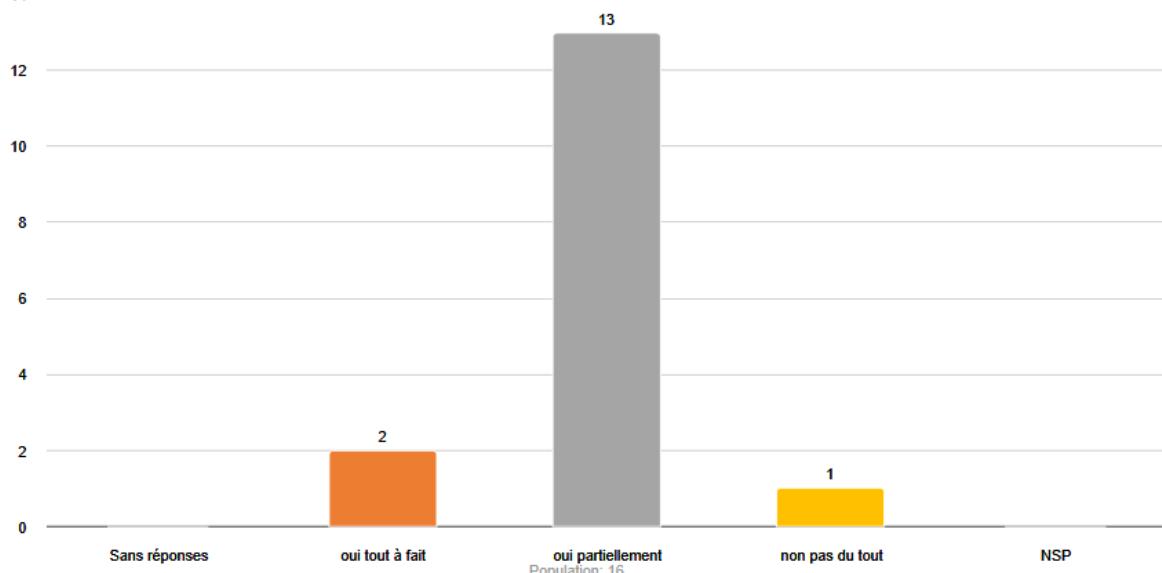
Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|----------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 15 | 93,8 % |
| Oui systématiquement | 0 | 0 % |
| Oui le plus souvent | 0 | 0 % |
| Oui parfois | 1 | 6,3 % |
| Non jamais | 0 | 0 % |

Population : 16

29. Concernant les établissements accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes dans votre région, êtes-vous en capacité d'appréhender l'état du parc (vétusté, date de la dernière rénovation, etc.) et la qualité de ses équipements ?

14



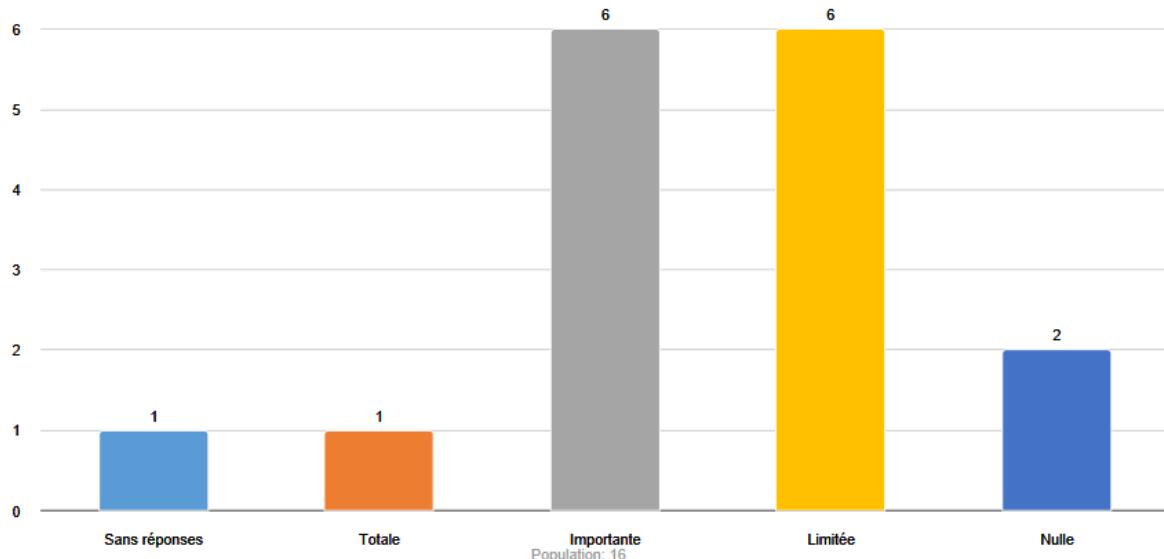
Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|-------------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Oui tout à fait | 2 | 12,5 % |
| Oui partiellement | 13 | 81,3 % |
| Non pas du tout | 1 | 6,3 % |
| NSP | 0 | 0 % |

Population : 16

30. Avez-vous une visibilité sur les actions conduites par la CARSAT sur votre champ de compétence :

7

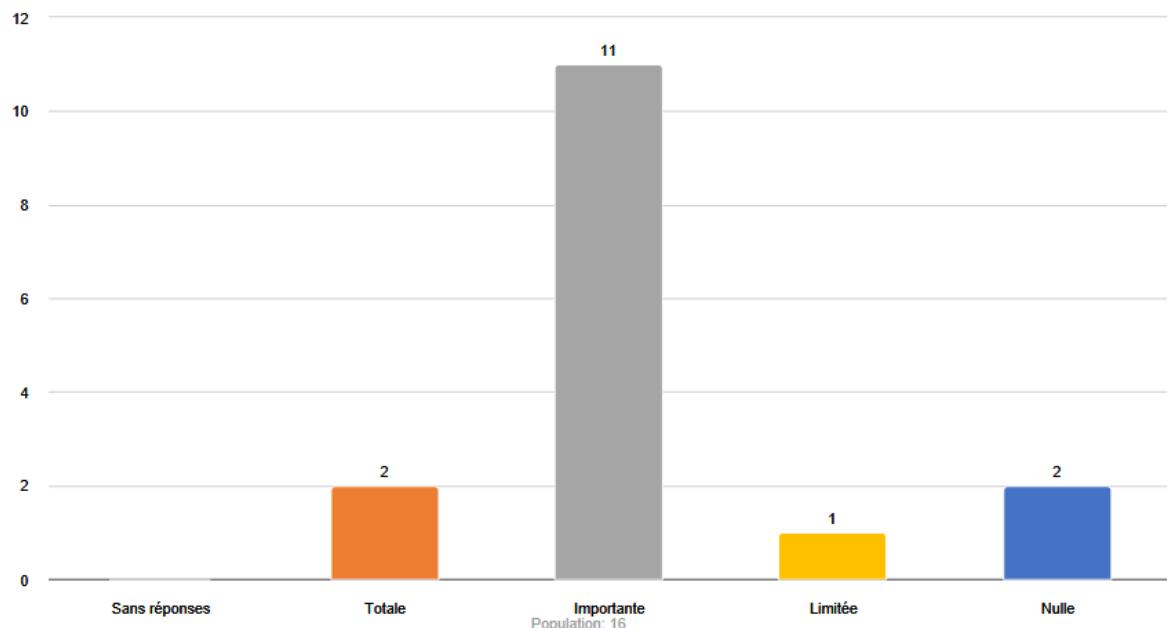


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 1 | 6,3 % |
| Totale | 1 | 6,3 % |
| Importante | 6 | 37,5 % |
| Limitée | 6 | 37,5 % |
| Nulle | 2 | 12,5 % |

Population : 16

31. Avez-vous une visibilité sur les actions conduites par l'ARACT sur votre champ de compétence :

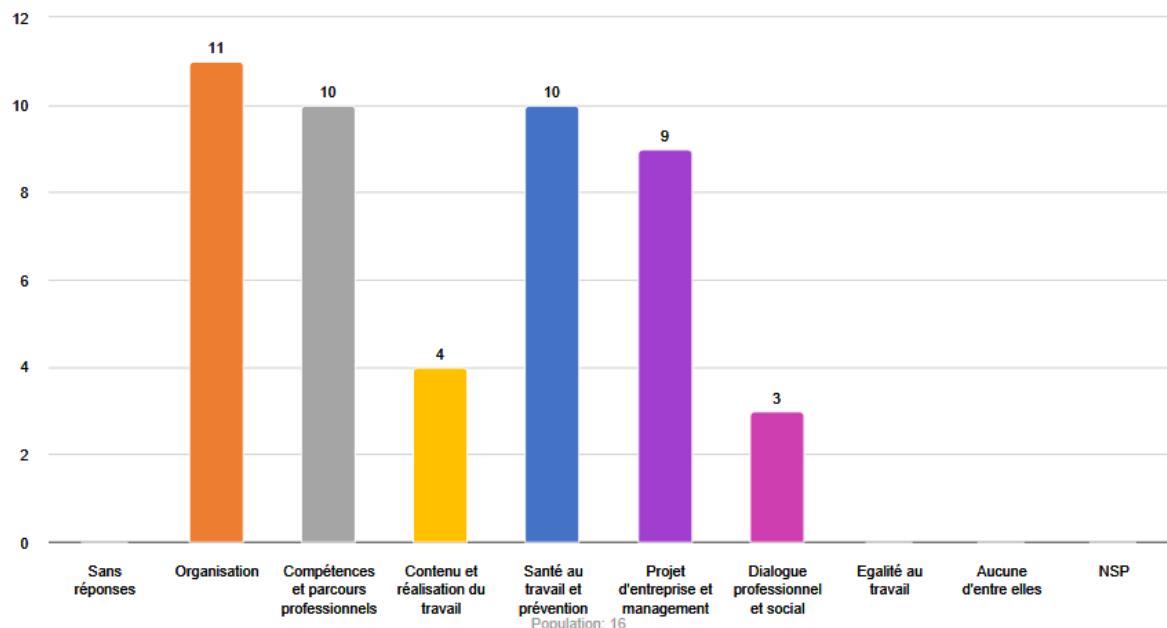


Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--------------|--------------------|--------------|
| Sans réponse | 0 | 0 % |
| Totale | 2 | 12,5 % |
| Importante | 11 | 68,8 % |
| Limitée | 1 | 6,3 % |
| Nulle | 2 | 12,5 % |

Population : 16

32. Selon vous, sur quelles dimensions de la QVCT faut-il agir en priorité pour améliorer l'attractivité des métiers de l'autonomie (3 réponses possibles maximum) :



Données

| Libellés | Nombre de réponses | Pourcentages |
|--|--------------------|--------------|
| Sans réponses | 0 | 0 % |
| Organisation | 11 | 68,8 % |
| Compétences et parcours professionnels | 10 | 62,5 % |
| Contenu et réalisation du travail | 4 | 25 % |
| Santé au travail et prévention | 10 | 62,5 % |
| Projet d'entreprise et management | 9 | 56,3 % |
| Dialogue professionnel et social | 3 | 18,8 % |
| Egalité au travail | 0 | 0 % |
| Aucune d'entre elles | 0 | 0 % |
| NSP | 0 | 0 % |

Population : 16

| | |
|-----------------------------|--|
| ARS | 33. Quelles seraient selon vous les 3 actions les plus efficaces pour améliorer la QVCT dans les métiers de l'autonomie et en limiter la pénibilité ? |
| ARS Auvergne-Rhône-Alpes | <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une démarche QVCT dans les ESMS - Installer systématiquement des référents ou personnels relai pour animer, et dynamiser les équipes sur la thématique prévention des TMS et RPS et associer les représentants du personnel (formation, Retex) - Accompagner les managers et directeurs dans une démarche systématique pour la GRH (tout contribue à la QVT) |
| ARS Bourgogne-Franche-Comté | <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les équipes et stabiliser les effectifs : limiter la charge mentale et physique, réduire le sentiment d'isolement et d'urgence permanent. - Réaménager le temps et l'organisation du travail : donner du sens, du temps de qualité, et de la souplesse dans les rythmes. - Valoriser et accompagner les compétences : renforcer l'estime professionnelle, prévenir l'usure, donner des perspectives. |
| ARS Bretagne | <ul style="list-style-type: none"> - organisation du travail et plannings - investissements (locaux et matériels) - recrutements |
| ARS Corse | <ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement des équipes managériales. - L'architecture. - La formation (convention régionale ANFH/Opco Unification) |
| ARS Centre-Val de Loire | <ul style="list-style-type: none"> - équipement complet de tous les Ehpad et établissements PH en matériels adaptés : rails plafonds, rails transferts, etc. Lien avec Investissement du quotidien et PAI - formations professionnelles continues -organisation du travail : en 12h sans coupure ; renforcer l'accompagnement pour combler les postes vacants en agissant sur leur attractivité |

| | |
|---------------------|--|
| ARS Grand Est | <p>1. Réorganisation du travail pour plus d'autonomie et de sens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter les plannings, moins rigides et moins fragmentés ; • Valoriser les compétences des professionnels. <p>Résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure motivation au travail ; • Moins de stress et de sentiment d'isolement. <p>2. Amélioration de l'ergonomie des postes de travail pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduire les Troubles Musculosquelettiques (TMS) ; • Limiter les accidents liés aux manutentions. <p>Résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution de l'absentéisme pour raison de santé • Meilleure préservation de la santé physique. <p>3. Renforcement du soutien psychologique et du collectif de travail pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Briser l'isolement dans des métiers très exposés émotionnellement, en particulier au domicile des personnes âgées ou handicapées ; • Favoriser la reconnaissance et le sentiment d'utilité. <p>Résultats attendus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure résilience face aux situations complexes et donc baisse des absences ; • Cohésion renforcée dans les équipes. |
| ARS Guyane | <ul style="list-style-type: none"> - Formation du personnel, notamment de professionnels des équipes éducatives, sur les spécificités de certaines pathologies dans le cadre de leur prise en charge médico-sociale (troubles neurodéveloppement, psychogériatrie, maladie neuro-dégénérative notamment). - Amélioration des équipements dans les établissements. - Animation territoriale de la QVCT. |
| ARS Hauts-de-France | <ul style="list-style-type: none"> - Un management, voire "leadership" de la direction, qui est présente au sein de son établissement (connue des résidents et des équipes), écoute des équipes, dialogue social, bon climat social - un mode de fonctionnement, des procédures claires et précises, un respect du travail de chacun, responsabilisation et élargissement du métier d'AS (équipes autonomes, redonner du sens au métier de soignant, responsabiliser les professionnels). - équiper les ESMS en rails et matériel de manutention |
| ARS Ile-de-France | <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la connaissance des dispositifs et sources de financement et leur appropriation/mobilisation de la part des ESMS - Former les managers - Créer et animer un réseau de référents QVCT à l'échelle des territoires |

| | |
|--------------------------------|---|
| ARS Nouvelle-Aquitaine | <ul style="list-style-type: none"> - Actions de prévention : alléger le port de charges par utilisation à bon escient de matériel et équipement adaptés (financement) - Action de sensibilisation et formation QVCT : équipes soignantes et managers - Implication managériale : projet managérial QVCT porté par la direction des structures |
| ARS Normandie | <ul style="list-style-type: none"> - Optimiser l'organisation, clarifier les missions, structurer le planning et répartir efficacement la charge de travail, en tenant compte des ratios mais sans s'y limiter. - S'assurer du choix des équipements les plus adaptés, en concertation avec les utilisateurs, afin de mieux répondre à leurs besoins, y compris pour les systèmes d'information. - Offrir un environnement de qualité incluant non seulement des espaces de repos et de détente, mais aussi des lieux d'échange permettant un accompagnement préventif des risques psychosociaux, tant sur le plan individuel que collectif. |
| ARS Occitanie | <ul style="list-style-type: none"> - Permettre à l'ensemble des ESMS de définir une stratégie claire, avec une juste définition des actions de QVCT et l'identification des outils/aides existants - Cibler les ESMS où la QVCT peut permettre de redonner du sens aux accompagnements dans un secteur en transformation. - Intégrer les actions QVCT dans une stratégie plus globale d'attractivité des métiers dans le secteur médico-social |
| ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur | <ul style="list-style-type: none"> - Fidéliser le personnel - Recours au matériel innovant et notamment via l'intelligence artificielle - Limiter le recours à l'intérim |
| ARS Pays-de-Loire | <ul style="list-style-type: none"> - Avoir des bâtiments et équipement adaptés et savoir les utiliser (que l'on soit sur des équipements dits "classiques", comme les rails ou bien de nouveaux types comme les exosquelettes). - Proposer des actions visant à mieux concilier la vie privée et la vie pro (crèche, horaire, planning) - Donner la parole aux agents, les impliquer dans la démarche |
| ARS Réunion | <ul style="list-style-type: none"> - Conduire une démarche projet QVT - Améliorer l'attractivité des métiers - Travailler sur les organisations |
| ARS Guadeloupe | <ul style="list-style-type: none"> - Formation des managers à la QVCT - Augmenter les actions de sensibilisation - Enquête sur les facteurs de pénibilité spécifiques à notre région |

| | |
|-----------------------------|--|
| ARS | 34. Quelles marges de progrès identifiez-vous dans les actions menées par les principaux acteurs sur le territoire pour améliorer la QVCT dans les métiers de l'autonomie et en limiter la pénibilité ? |
| ARS Auvergne-Rhône-Alpes | Sensibiliser et former les acteurs en effet les tensions RH ne suffisent pas à expliquer les indicateurs relatifs au taux de sinistralité il convient de mettre en avant les leviers de pratiques professionnelles et de gestion des RH afin de faire évoluer les comportements de façon efficiente. |
| ARS Bourgogne-Franche-Comté | <ul style="list-style-type: none"> - Equipements matériels (rail de transferts, moteurs, exosquelettes, ...) - Formation professionnelle (Recommandations de bonnes pratiques, revisiter les pratiques managériales, poursuite toujours les formations type TMS et RPS) - Souplesse dans l'évolution des parcours professionnels (adaptation de carrière, passerelles facilitées) |
| ARS Bretagne | Poursuite du travail de coordination des nombreux acteurs |
| ARS Corse | <ul style="list-style-type: none"> - Enjeux managériaux - Attractivité des métiers - Architecture |
| ARS Centre-Val de Loire | Généraliser dans chaque établissement les animateurs de prévention formées avec une démarche globale QVCT obligatoire et imposée. |
| ARS Grand Est | <ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure valorisation symbolique et statutaire des métiers : les revalorisations restent modestes et mal comprises, notamment dans le secteur associatif - Une amélioration des connaissances individuelles des parcours d'évolution : beaucoup de salarié(e)s ignorent les opportunités de formation ou d'évolution interne, - Une amélioration du taux de participation aux formations : éviter des taux d'abandon trop importants et adapter les dispositifs existants ne sont pas toujours adaptés au quotidien des professionnel(le)s (horaires, charges personnelles) - Amplifier les actions de prévention primaire, en particulier envers les intervenants à domicile - Insuffler et intégrer la QVCT dans les pratiques managériales, dès la formation initiale et enforcer la formation continue des encadrants au management bienveillant et à la prévention intégrée - Créer des écosystèmes territoriaux QVCT pérennes, avec des chefs de file identifiés, des diagnostics partagés et des feuilles de route pluriannuelles - Valoriser les retours d'expérience terrain et les diffuser via des plateformes inter-structures. |
| ARS Hauts-de-France | <ul style="list-style-type: none"> - Focus sur les matériels de manutention entre la Carsat et les ARS - Focus sur les bonnes conduites en Ehpad via la fiche action du PRST 4 sur les Ehpad |
| ARS Ile-de-France | Mutualiser certaines actions/financements + améliorer la lisibilité des financements |

| | |
|--------------------------------|---|
| | Favoriser les synergies et l'interconnaissance entre acteurs |
| ARS Nouvelle-Aquitaine | <ul style="list-style-type: none"> - Développement des aides techniques (investissement dans les équipements et formation) - Vulgarisation des projets et actions QVCT probants - Partenariat fort avec les autres acteurs de la prévention - Mise en place de Copil régional pour la stratégie QVCT |
| ARS Normandie | <p>Les investissements des acteurs dans des équipements ne se traduisent pas toujours par une évolution des pratiques d'accompagnement des résidents. Le financement étant souvent orienté vers des solutions à court terme ou l'achat de matériel, la mise en place de projets de transformation durable reste complexe. Pour y remédier, il est crucial que la gouvernance porte une vision stratégique intégrant la formation des directeurs et des professionnels à la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT), ainsi que la désignation d'une personne pilote QVCT au sein de l'établissement. Cette approche permettrait une appropriation efficace des nouvelles pratiques, assurant ainsi une évolution pérenne des modes d'accompagnement et une transformation durable des organisations.</p> <p>Il est donc essentiel d'adopter une approche politique globale, intégrant un engagement fort de la gouvernance. Cette démarche doit être menée en collaboration avec les relations publiques et s'inscrire dans une logique de co-construction avec les salariés, tout en intégrant une dimension d'accompagnement du changement.</p> |
| ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur | <p>Il faudrait définir la QVCT car il y a deux composantes parallèles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'attractivité des métiers - une partie investissement (matériel, rénovation du bâti, financement de formation) |
| ARS Pays-de-Loire | <ul style="list-style-type: none"> - Avoir une stratégie globale QVCT et ne pas agir que par "petit bout" ou opportunité (cela sous-entend de commencer par le début et de disposer d'un Duerp, ce qui n'est pas souvent le cas, ou alors il est daté). - Nécessité de coordonner les différents dispositifs existants et d'avoir une stratégie globale cohérente : les financements sont nécessaires et importants, mais la multiplicité des sources de financement rend la gestion complexe (Fipu côté Carsat, DRL, CNR, Fir, fonds sinistralité CNSA, fonds CNRACL). - Il faut du temps pour mettre en place, animer, évaluer une stratégie QVCT, et tous les acteurs n'en disposent pas. |
| ARS Réunion | Réussir à inscrire les actions QVT dans le temps. Ex : Les actions menées par l'Aract au sein des ESSMS se font auprès d'un binôme par ESSMS sélectionné. 6 ou 7 ESSMS sont sélectionnés par an et toutes les actions engagées n'ont pas perduré au-delà de l'accompagnement effectué |

| | |
|----------------|---|
| | par l'Aract. Seules les actions des ESSMS avec des directions vraiment impliquées dans une démarche QVT durable ont perduré dans le temps. |
| ARS Guadeloupe | Le partenariat avec l'Aract et la désignation en interne d'une référente qualité est un réel atout car il permet à l'ARS d'avoir une réelle stratégie d'accompagnement des établissements |

| Nom Prénom | 35. Souhaitez ajouter quelque chose ? / Expression libre : |
|-----------------------------|---|
| ARS Bourgogne-Franche-Comté | <p>Question 2 : autres = plan d'attractivité des métiers</p> <p>Question 4 : autres collectivités territoriales = la région et b) qui préside : le DGARS et le préfet de région</p> <p>Question 18 : autres = taux de sinistralité</p> <p>Question 26 : autres = TER joints avec les ERRD</p> <p>Question 31 : oui = Travaux régionaux autour de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) porté par l'Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail (Aract) financé par l'ARS.</p> <p>En 2024, accompagnement individuel de 20 établissements médico-sociaux pour progresser sur la QVCT.</p> |
| ARS Corse | <p>A noter pour certaines réponses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de plan santé au travail faute de reconnaissance du syndicat principal corse soit le Syndicat des Travailleurs Corses donc la Dreets conduit un plan d'actions non reconnu comme PRST. - la convention entre l'ARS et la Carsat n'est pas encore signée mais est en cours de finalisation. - vétusté dans le champ médico-social : diagnostic exhaustif dans le cadre du schéma de l'investissement en santé 2022 : enjeux forts. -Attention en Corse pas d'équipes départementales : chaque direction métier a une fonction territoriale. |
| ARS Centre-Val de Loire | <ul style="list-style-type: none"> - Développer un plan de communication nationale offensif sur les métiers de l'autonomie - Rendre plus lisible aux acteurs du secteur de l'autonomie les dispositifs existants QVCT, les moyens de les financer en simplifiant au maximum les processus pour y avoir accès |
| ARS Guyane | Bien que la rémunération ne soit pas la composante principale de la QVCT, une des difficultés en Guyane est un régime de rémunération différent et impactant entre la fonction publique hospitalière (+40 % de rémunération pour vie chère) et les conventions collectives des associations (+20 % de rémunération pour vie chère, notamment pour la convention collective 66). |
| ARS Hauts-de-France | Rien à rajouter. |
| ARS Ile-de-France | Un partenariat avec la Cramif est en cours de signature, ce dernier nous permettra d'obtenir un accès aux données de sinistralité dans les ES et ESMS franciliens (PA/PH) et de favoriser l'interconnaissance mutuelle entre les deux réseaux ARS et Cramif. |
| ARS Nouvelle-Aquitaine | L'ARS Nouvelle Aquitaine a participé au financement du projet QENA : outil destiné à mesurer la QVCT d'abord en Ehpad et puis à partir de 2025 à destination des structures PH |
| ARS Normandie | <p>La QVT repose sur une approche prometteuse visant à améliorer les conditions de travail et les pratiques professionnelles. Toutefois, son financement, réparti entre plusieurs services ou organismes de l'État, fragmente les efforts. Cette organisation complique l'évaluation des impacts et le suivi des plans d'actions QVT dans les établissements, limitant ainsi l'adaptation des dispositifs étatiques aux besoins individuels et aux situations spécifiques. De plus, le manque de professionnels spécialisés sur ce sujet constitue un frein supplémentaire à la mise en place et au suivi efficace des actions en faveur de la QVT.</p> <p>Pour certaines questions des réponses plus précises auraient pu être apportées :</p> |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <p>2. Si oui, comporte-t-il un volet médico-social ? Le PRS et le plan d'attractivité des métiers comprennent des actions QVT pour les professionnels du secteur sanitaire et médico-social sans différenciation des secteurs.</p> <p>4. Si vous avez formalisé une politique d'amélioration de la QVT/QVCT dans les établissements et services relevant de votre champ d'intervention, avez-vous installé une instance de suivi ou de pilotage de cette politique ? non, il n'y a pas d'instance régionale de la QVCT. Cependant, il existe des commissions et des échanges avec les</p> <p>17. Ces actions font-elles l'objet d'évaluation d'impact ? Les actions financées ne sont pas évaluées de manière à pouvoir connaître pleinement l'impact pour les établissements ou pour le territoire régional. Cependant, l'ARS chaque année met en place des outils afin de récupérer des bilans quantitatifs et qualitatifs de l'AAP QVT et des autres actions menées afin de mieux appréhender les impacts et ainsi d'adapter ses actions et ses AAP chaque année aux retours et aux besoins des établissements. Enfin, on constate que le taux de retour des établissements reste faible.</p> <p>19. Comment qualifiez-vous l'impact de vos actions sur la QVCT dans le secteur médico-social ? Les actions financées sont nécessaires. Cependant, elles ne sont pas toujours intégrées à un plan d'actions QVT de l'établissement qui permettrait un meilleur suivi des établissements sur ce sujet. De plus, l'évaluation des actions mises en place reste difficile. Des enquêtes sont en cours pour tenter d'établir un état des lieux de la QVCT dont une en lien avec la Carsat.</p> <p>20. Organisez-vous des appels à manifestation d'intérêt (AMI) ? non pas d'AMI mais l'ARS organise annuellement depuis 2018 un AAP QVT spécifique médico-social.</p> |
| ARS Occitanie | S'il n'y a pas de référent QVCT dédié au niveau de l'ARS Occitanie, c'est un sujet qui est intégré aux missions de plusieurs personnes au sein de la DOSA pour l'équivalent d'un ETP environ. D'autres temps de travail existent et s'ajoutent au niveau départemental également. |
| ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur | Il serait opportun de disposer d'une mesure d'impact nationale sur la QVT compte tenu du volume des financements alloués |
| ARS Pays-de-Loire | La QVCT est un axe majeur de l'attractivité de nos métiers, mais malheureusement cet aspect peut être mis de côté car jugé comme non prioritaire, au vu de ce que l'on attend par ailleurs de l'ARS ou des employeurs du secteur. Il faut réussir à impulser une dynamique positive sur ce sujet, qui ne doit pas passer que par les financements, même s'ils sont évidemment nécessaires et bienvenus. |
| ARS Guadeloupe | Les établissements devraient s'astreindre à renseigner des indicateurs et rédiger des bilans sociaux. L'absence de données sur le sujet ne permet pas à l'agence d'affiner sa stratégie d'accompagnement |

ANNEXE 5 : Monographie des établissements

| | | |
|----------|---------------------------------|------------|
| 1 | NOTICE EXPLICATIVE | 90 |
| 2 | EHPAD 1 | 92 |
| 2.1 | FICHE PROJET | 92 |
| 2.2 | INDICATEURS DE MOYENS | 99 |
| 2.3 | RESULTATS | 100 |
| 3 | SERVICE 1 | 101 |
| 3.1 | FICHE PROJET | 101 |
| 3.2 | INDICATEURS DE MOYENS | 105 |
| 3.3 | RESULTATS | 106 |
| 4 | SERVICE 2 | 108 |
| 4.1 | FICHE PROJET | 108 |
| 4.2 | INDICATEURS DE MOYENS | 110 |
| 4.3 | RESULTATS | 111 |
| 5 | FAM 1 | 112 |
| 5.1 | FICHE PROJET | 112 |
| 5.2 | INDICATEURS DE MOYENS | 115 |
| 5.3 | RESULTATS | 116 |
| 6 | SERVICE 3 | 117 |
| 6.1 | FICHE PROJET | 117 |
| 6.2 | INDICATEURS DE MOYENS | 120 |
| 6.3 | RESULTATS | 121 |
| 7 | EHPAD 2 | 123 |
| 7.1 | FICHE PROJET | 123 |
| 7.2 | INDICATEURS DE MOYENS | 128 |
| 7.3 | RESULTATS | 128 |

[96] A la suite de ses déplacements, la mission a souhaité établir, en lien avec les services et établissements visités des monographies de démarches, dans une approche positive pour objectiver les impacts des démarches conduites. Une notice explicative a été adressée aux structures, qui ont ensuite restitué leur monographie, parfois à la suite d'itérations avec la mission. 80 % des structures visitées ont répondu. La présente annexe a été anonymisée. Les services sont des services d'aide à domicile.

1 Notice explicative

Constats :

- Les **actions ambitieuses de QVCT / prévention des risques professionnels font rarement l'objet d'une valorisation** ;
- Peu d'évaluation d'impacts existent, tant au niveau macro qu'au niveau micro.

Objectifs :

- **La mission cherche à valoriser des démarches innovantes pour traiter l'attractivité des métiers par l'amélioration des conditions et de la qualité de vie au travail** ;
- Elle souhaite illustrer, à partir de cas réels, les résultats d'actions déterminées, à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif, en ayant une approche large (effets sur les usagers, les professionnels) ;
- **La mission cherche à proposer un cadre de description simplifié mais structuré, homogène et partageable**, fondé sur une monographie des démarches et sur le bilan qui peut en être tiré.

Méthode proposée :

- La mission propose une fiche de valorisation qui se décompose comme suit :
 - **Une carte d'identité**, avec quelques éléments de caractérisation ;
 - **Une fiche projet** structurée autour d'une explication du projet, de ses conditions de réussite et de pérennité. Puis d'une identification des dépenses engagées mais également des soutiens obtenus pour le mener. Il s'agira, dans la mesure du possible, de ne compter que les dépenses ou recettes directement rattachables, qu'elle qu'en soit la nature (investissement ; équipement ; formation ; entretien / maintenance ; RH ; appui à la conduite de projet, et notamment accompagnement extérieur...) ;
 - **Un tableau des résultats, pour deux millésimes, l'un avant le démarrage du projet (N), l'autre à la date de la monographie (N du bilan)**. Pour élaborer cette fiche, la mission a retenu des indicateurs disponibles et courants. Les structures peuvent également proposer d'autres caractérisations des résultats, de manière qualitative ou quantitative.

Processus d'administration :

- La mission souhaite appuyer le remplissage de **ce questionnaire en lien avec vous**. Il vous est proposé :
 - Temps 1 : Post visite, présentation de la méthode (15 mn d'échange) ;
 - Temps 2 : Première version proposée par la structure (J+15) ;
 - Temps 3 : Temps d'échange (J+ 18) permettant de fiabiliser les éléments transmis.

[97] La définition des indicateurs demandés aux structures est pour la plupart celle du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social de l'ATIH, qu'elles remplissent par ailleurs.

Indicateurs RH utilisés

Taux d'ETP vacants : part des postes vacants par rapport au nombre de postes budgétés (ou « retenus » au sens du budget prévisionnel) pour les fonctions « cœur de métier ». Numérateur : Nombre d'ETP vacants au 31/12 / Dénominateur : Nombre total d'ETP au 31/12 X 100 ; Source SIRH.

Taux annuel d'absentéisme, hors formation. Numérateur : Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation) au 31/12. Motifs : Maladie ordinaire / de courte durée ; Maladie longue durée ; Maladie moyenne durée ; Maternité / paternité ; Accident du travail / maladie professionnelle ; Congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés. Dénominateur : Nombre d'ETP réel au 31/12 x 365. Source : SIRH.

Taux de renouvellement des personnels sur des emplois réels au cours de l'année. Numérateur : Somme du taux d'entrée et du taux de sortie (Taux d'entrée = Nombre de recrutements au cours de l'année / Effectifs réels en nombre de personnes au 31/12/N-1 ; Taux de sortie = Nombre de départs dans l'année / Effectifs réels en nombre de personnes au 31/12/N-1). Dénominateur = 2. Source : SIRH, données de paie hors CDD de remplacement.

Taux d'accident du travail sans arrêt. Numérateur : nombre d'accidents du travail n'ayant pas donné lieu à un arrêt de travail. Dénominateur : Effectif réel en nombre de personnes au 31/12.

Taux d'absentéisme pour accidents du travail. Numérateur : Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels au 31/12 pour accident du travail. Dénominateur : Nombre d'ETP réel au 31/12 x 365. Source : SIRH.

Taux d'absentéisme pour maladies professionnelles. Numérateur : Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels au 31/12 pour maladie professionnelle. Dénominateur : Nombre d'ETP réel au 31/12 x 365. Source : SIRH.

Taux d'accidents de trajet : Numérateur : nombre d'accidents de trajets au cours de l'année. Dénominateur : effectif réel en nombre de personnes au 31/12.

Nombre de CDD de remplacement. Pour la liste des motifs : absence ; passage provisoire à temps partiel, suspension du contrat de travail ; départ définitif précédant la suppression du poste de travail après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel ; d'attente de l'entrée en service effective du salarié recruté par contrat à durée indéterminée appelé à le remplacer.

Taux de démission. Numérateur : nombre de démissions dans l'année. Dénominateur : effectif réel en nombre de personnes au 31/12.

Indicateurs financiers utilisés

Taux de capacité d'autofinancement : pourcentage de la capacité d'autofinancement dans le total des recettes d'exploitation réalisées

Taux d'endettement : rapport entre les encours de la dette à moyen et long terme et les capitaux permanents.

Résultat comptable d'exploitation : il correspond à la différence entre les produits et les charges comptabilisés au cours d'un exercice.

Dépenses d'intérim engagée.

2 Ehpäd 1

| Nom de de l'établissement / service | Statut de l'établissement / service : | Nombre de lits et places/nombre de personnes prises en charge (pour les Sad) | Effectif employé (en ETP) à la date de l'enquête |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Ehpäd 1 | Privé non lucratif | 402 | |

2.1 Fiche projet

2.1.1 Présentation de la démarche

Origine du projet :

Le projet « La Blouse sans le Blues » (BSB) trouve son origine en 2017, dans un contexte d'alerte sur les conditions de travail, notamment pour les aides-soignants, identifiés comme la profession la plus exposée aux troubles musculosquelettiques (TMS). L'établissement, alors sous administration provisoire, a été prié par la Carsat de prendre des mesures correctrices pour réduire l'accidentologie.

Cette injonction a servi de déclencheur à une réflexion stratégique portée par la direction, autour de la qualité de vie au travail, la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail. Le programme BSB est une des briques d'une politique de QVCT plus large qui inclut d'autres dimensions : plannings attractifs, remplacement systématique des absences, management de proximité alliant écoute et bienveillance, aide à la parentalité avec des places réservées dans la crèche de l'Ehpäd.

A partir de 2017, l'Ehpad a construit et mis en œuvre une démarche de prévention structurée, opérationnelle et durable, en accord avec les mesures de prévention de la recommandation R471, document cadre de l'Assurance Maladies Risques Professionnels en matière de prévention des TMS dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux. Accompagné par la Carsat, l'Ehpad a créé une véritable démarche de gestion de projet pour mettre en œuvre sa politique de qualité de vie au travail. ;

Objectifs poursuivis :

- Réduire les accidents du travail et l'absentéisme liés aux TMS ;
- Améliorer la qualité de vie au travail pour l'ensemble des professionnels ;
- Préserver et renforcer l'autonomie des habitants en adaptant les pratiques professionnelles et les équipements utilisés ;
- Incrire la démarche dans une dynamique durable d'amélioration continue.

Axes stratégiques de la démarche :

- Investissement matériel : 1 250 € par habitant sur 7 ans investis en matériels de mobilisation soit 500 000 € d'investissement. Signature de trois contrats de prévention avec la Carsat et le soutien de l'ARS via des CNR (crédits non reconductibles) et des appels à projet ;
- Professionnalisation : déploiement de formations Prap 2S (prévention des risques liés à l'activité physique – sanitaire et social) et Prap IBC (acteur de la prévention des risques liés à l'activité physique) pour tous les métiers (soignants, techniques, administratifs) + formation des AS en interne à l'utilisation des aides techniques via un espace dédié ;
- Accompagnement de proximité : désignation de référents prévention et recrutement d'ergothérapeutes pour accompagner les pratiques au quotidien ;
- Pilotage et culture partagée : implication du Copil QVT, suivi régulier, et sensibilisation continue de toutes les équipes.

Méthode mise en œuvre

- Création d'un Copil élargi : 2 acteurs prévention (kiné + administratif), DRH, DAF, responsable service technique, cadres de santé, médecin coordonnateur, AS, membres du CSE ;
- Évaluation initiale des besoins et recueil d'indicateurs de santé et sécurité au travail : inventaire de l'existant, cartographie des risques.
- Choix progressif du matériel, avec tests en conditions réelles par les équipes ;
- Formations organisées par vagues successives, adaptées selon les postes ;
- Implication des professionnels à chaque étape pour garantir l'adhésion ;
- Partenariat stratégique avec la Carsat et l'ARS pour cofinancer et encadrer les actions ;
- Communication interne renforcée (gazette, réunions, supports visuels) pour mobiliser et pérenniser l'engagement : création d'une marque employeur BSB.

Phasage et dates clés

- 2017 : Lancement du projet et premières réflexions avec les équipes et partenaires ARS et Carsat ;
- 2018-2019 : Mise en place des premiers contrats de prévention, début des formations Prap et premiers achats de matériel ;

- 2020-2023 : Montée en charge progressive, renforcement du dispositif et extension à l'ensemble de la structure ;
- 2024-2025 : Signature d'un troisième contrat de prévention avec la Carsat, ouverture des investissements à d'autres corps de métiers (pharmacie, lingerie, jardinier, plonge) et des poursuites des formations.

2.1.2 Présentation du calendrier

| | | | |
|----------------------------|------|--|------|
| Date de démarrage (= N) | 2018 | Date retenue pour le bilan (= N du bilan) | 2024 |
|----------------------------|------|--|------|

2.1.3 Identification des facteurs de succès

Engagement managérial :

L'engagement managérial a été un levier essentiel du succès du projet. A la suite de l'injonction de l'ARS, la direction, soutenue par le conseil d'administration, a immédiatement répondu présente en structurant une démarche volontariste autour de la prévention. Un Copil a identifié les enjeux permettant la mise en œuvre de la politique qui en découle depuis 8 ans. Les cadres de santé ont été impliqués dans l'accompagnement de proximité, en lien étroit avec les professionnels de terrain. Cet engagement s'est traduit par des temps de coordination dédiés, des soutiens organisationnels et un suivi permanent des indicateurs en plénière.

Formations des professionnels :

Un vaste programme de formation a été mis en place dès 2017. Le Greta (opérateur de formation continue des adultes) a formé deux animateurs préventions devenus pilote du Copil. Des formations Prap 2S ont été assurées par le Greta, puis progressivement internalisées grâce au recrutement d'une ergothérapeute à partir de 2019. La formation a été étendue aux autres secteurs techniques (Prap IBC).

De plus, un temps de formation est dédié à l'utilisation des aides techniques. Cette formation interne assurée les ergothérapeutes s'effectue dans un espace reproduisant une chambre équipée permettant de se familiariser avec tous les outils possibles. Cette formation pratique est reconnue par l'Opclo. Elle a évolué en passant de 1h30 à 3h30. Ces sessions sont aujourd'hui intégrées dans le processus d'accueil des nouveaux salariés et dans le parcours de retour après arrêt de longue durée.

Fin 2024, il y a eu 36 professionnels formés Prap 2S, 5 Prap IBC, et 320 en formation BSB.

Outilage technique :

A la suite de la cartographie des risques réalisées en 2017, les choix des équipements ont été fait avec les équipes de terrain. Des secteurs pilotes étaient désignés avant un déploiement à tout l'établissement. Grâce aux contrats de la Carsat, les investissements matériels permettent de répondre aux besoins spécifiques de chaque habitant (tableau de matériels).

| | Rail chambre | Rail SDB Commune | Moteurs | Chaise Raizer | Extenseur s bas | Chaise douche | Guidon de transfert automax | Guidon de transfert GIRO | Barre latérale de redressement | Drap de réhaussemen t | Observations |
|-------|--------------|------------------|---------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 2018 | | | | | | | 11 | 19 | 29 | 133 | Investissement avec cofinancement ARS |
| 2019 | 194 | 7 | 51 | | | 49 | | | | | 1er Contrat de Prévention CARSAT |
| 2020 | | | | 3 | 8 | | | | | | |
| 2021 | 45 | | 6 | 3 | | 24 | 6 | 6 | | | 2ème Contrat de Prévention CARSAT |
| 2022 | 55 | | 2 | 1 | 15 | | | | | | |
| 2023 | 1 | 1 | 20 | | | 28 | | | | | |
| 2024 | | | | | | | | | | | |
| 2025 | 46 | | | 1 | | 10 | | 2 | | | 3ème Contrat de Prévention CARSAT |
| Total | 341 | 8 | 79 | 8 | 23 | 111 | 17 | 27 | 29 | 133 | |

Des lieux de stockage ont été créés dans chaque service soignant. Chaque pièce BSB est équipée de tout le matériel possible et d'une affiche décisionnelle pour guider le choix d'utilisation du matériel selon les capacités des habitants et permettant au soignant de s'autonomiser dans sa démarche.

Postes / Recrutements dédiés :

L'établissement a fait des choix forts en matière de ressources humaines : un poste de kinésithérapeute non pourvu a été remplacé par un poste d'ergothérapeute dès 2018. En 2021, l'équipe compte 1,5 ETP d'ergothérapeutes dédiés à l'accompagnement et à la formation. Un personnel RH assure spécifiquement le suivi des formations.

Appuis extérieurs :

Le projet a bénéficié d'un accompagnement continu de la Carsat et de l'ARS via des crédits non reconductibles et des contrats de prévention successifs (dont un troisième signé en 2024). Le Greta a été un partenaire clé pour la montée en compétence initiale. Ces partenariats ont permis de cofinancer les investissements, garantir une méthodologie rigoureuse et légitimer la démarche auprès des équipes.

Pilotage interne :

Un Copil a été constitué dès 2017, élargi au fil du temps, regroupant les animateurs prévention, les responsables de service, la DAF, la DRH, des AS et des membres du CSE. Il est l'organe central de suivi, de coordination et de décision. Après l'arrivée des ergothérapeutes, ces dernières ont pris le relais pour animer quotidiennement la démarche sur le terrain.

Les ergothérapeutes continuent de faire une veille technologique et d'amélioration des pratiques professionnelles. En 2024, les ergothérapeutes ont organisé une semaine de sensibilisation et de prévention des troubles liés à l'âge avec des exercices de mise en pratique.

Communication :

La communication interne a joué un rôle clé dans l'adhésion des équipes. Des gazettes régulières, des rencontres dans les services, des supports visuels pédagogiques et un nom de programme fédérateur (« La Blouse sans le Blues ») ont renforcé la visibilité du projet. Les représentants syndicaux ont été impliqués dès le début, contribuant à créer un climat de confiance au bon développement du projet. Aujourd'hui le vocable BSB fait partie intégrante de la vie de l'établissement.

2.1.4 Zoom sur la question de la formation

Présentez les actions mises en place (par type et par destinataire, en incluant les managers et l'encadrement intermédiaire. Pouvez-vous apprécier l'engagement de votre structure sur le sujet (dépassement des obligations légales, internalisation des actions...) ?

La formation a été un axe central de la démarche de prévention. Dès 2017, des formations externes Prap 2S ont été organisées avec le Greta pour former les premiers référents prévention. Cette dynamique s'est ensuite internalisée : une ergothérapeute a été formée en 2019 pour prendre en charge la formation en continu des professionnels.

Aujourd'hui, la formation Prap s'élargit aux métiers techniques et logistiques (Prap IBC). La formation BSB est professionnalisée et est reconnue par l'Opco avec 3h30 de formation dans un espace dédié.

Actions mises en place :

Soignants (AS, IDE, ASG, AMP)

- Formation Prap 2S ;
- Formation BSB le même jour que la formation de sécurité incendie ;
- Matériel de mobilisation ergonomique à disposition dans des salles de stockage avec affiche décisionnelle ;
- Sensibilisation à l'évaluation des capacités des habitants ;
- Participation active à la sélection des matériels.

Métiers techniques et logistiques

- Formation Prap IBC ;
- Équipement spécifique (servantes, tire-pousse, tables réglables, chariots adaptés, etc.).

Préparatrices en pharmacie

- Réaménagement du poste de travail ;
- Semi-automatisation de la dé-blistérisation pour soulager les gestes répétitifs.

ASH (plonge, lingerie)

- Expérimentation de vaisselle allégée et silencieuse ;
- Evaluation des conditions de travail : remplacement des chariots, réhausse des machines.

Managers et encadrement intermédiaire

- Intégration dans le Copil (cadres de santé, responsable technique, DAF) ;
- Formations à la conduite de projet pour toute l'équipe encadrante à partir de 2021 ;
- Intervention des ergothérapeutes pour toute évaluation des postes de travail ;
- Mise à jour annuel du Duerp.

Appréciation de l'engagement de la structure :

- La formation BSB est traitée avec la même rigueur que celle à la sécurité incendie ;
- Un espace de formation dédié a été aménagé, incluant lit, rails, et aides techniques ;
- Les actions sont aujourd'hui internalisées, intégrées dans la culture d'établissement, avec des ressources internes dédiées (ergothérapeutes, RH, animateurs prévention) ;
- Le programme « La Blouse Sans le Blues » est une marque employeur en soi, issue d'une réflexion identitaire ;
- Les investissements sont massifs : plus de 500 000 € engagés, avec des cofinancements mais aussi un autofinancement significatif ;
- L'élargissement progressif du programme à d'autres métiers que les AS montre une volonté forte de faire de la prévention un levier d'amélioration globale de la qualité de vie au travail.

2.1.5 Identification des principaux freins

Lister les principaux freins : financements, implication des équipes, implication des managers, réticence au changement.... (300 – 500 mots)

Financements :

Le financement a été un enjeu important compte tenu de l'ampleur des investissements nécessaires, notamment pour l'achat de matériels de mobilisation (rails, moteurs, aides techniques).

Les coûts ont été partiellement couverts par la Carsat (42 % dans le dernier contrat de prévention) et par des CNR de l'ARS, mais l'établissement a dû mobiliser ses propres fonds pour compléter.

La stratégie financière a obligé à étaler les investissements dans le temps (2018 à 2025), avec une priorisation pour les secteurs soignants et catégories de métiers les plus critiques.

Implication des équipes :

Au lancement, l'implication des équipes représentait un défi :

- La méconnaissance des outils techniques et des enjeux de prévention limitait l'adhésion initiale ;
- Le temps de formation sur le temps de travail représentait un frein organisationnel dans les plannings serrés.

Toutefois, l'approche participative (ex. : tests de matériels en secteurs pilotes, retours d'expérience, intégration des professionnels au Copil) a progressivement levé les résistances.

Implication des managers :

L'implication des encadrants n'a pas été immédiate. Le pilotage a dû évoluer. Les premiers temps ont demandé un accompagnement fort pour mobiliser les cadres de santé et les responsables de services techniques. Leur intégration au Copil et les formations à la conduite de projet dès 2021 de l'équipe encadrante ont permis de lever le frein.

Réticence au changement :

Comme dans toute transformation, une réticence au changement a été observée :

- La nouveauté des matériels et des pratiques a généré des interrogations ;
- Certains professionnels ont eu besoin de temps d'explication et de démonstration pour être rassurés ;
- Cependant, la finalité claire et bénéfique pour les conditions de travail a permis une bonne acceptation. Le soutien des représentants syndicaux, intégrés au Copil, a aussi été un levier facilitateur.

Il a été facile d'accueillir les aides-soignants à cette démarche et à l'adoption des matériels car le sentiment que ce projet était fait pour eux était partagé par tous.

2.1.6 Définition des conditions de pérennisation particulières (à l'échelle de votre structure) et générales

À l'échelle de la structure :

a) Intégration dans les pratiques quotidiennes

Le programme « La Blouse Sans le Blues » est désormais ancré dans les habitudes professionnelles :

- Les matériels sont mis à disposition dès l'admission des résidents. Un entretien de pré-admission permet aux équipes de connaître le matériel adéquat en amont de l'arrivée ;
- Les professionnels sont formés de manière récurrente à leur bon usage ;
- L'usage d'outils comme les arbres décisionnels affichés en salle BSB permet une autonomie dans le choix du matériel adapté.

b) Internalisation des compétences et des formations

- Les formations Prap 2S et Prap IBC sont dispensées en interne par les ergothérapeutes ;
- Une salle de formation dédiée est équipée comme une chambre témoin ;
- Les formations BSB sont intégrées au parcours d'accueil des nouveaux professionnels et lors des retours après un arrêt longue durée.

c) Suivi et pilotage régulier

- L'équipe projet est pérennisée : 2 ergothérapeutes en poste, référents prévention par équipe, personnel RH dédié à la formation ;
- Des plénières pluriannuelles permettent de suivre les indicateurs AT et absentéisme ;
- La veille technologique est assurée par les ergothérapeutes et la direction pour adapter les outils aux besoins émergents ;

d) Acculturation complète des équipes

La démarche est aujourd'hui un réflexe partagé dans tous les métiers (soins, technique, pharmacie, cuisine...). La culture de prévention s'est diffusée à l'ensemble des professionnels, au-delà du métier d'AS initialement ciblé.

À une échelle plus large :

a) Transférabilité du modèle

- Le projet repose sur une méthodologie reproductible : diagnostic, phases pilotes, formation interne, montée en compétences progressives, implication managériale ;
- Le programme bénéficiant du soutien de la Carsat et de l'ARS, ce qui en fait une expérience modélisante pour d'autres structures ;
- Il s'inscrit dans une logique de réduction des TMS (troubles musculosquelettiques) à l'échelle régionale.

b) Valorisation en tant que marque employeur

- L'image du programme « BSB » participe à l'attractivité de l'établissement, un levier précieux dans un contexte de tension sur les recrutements.

2.2 Indicateurs de moyens

| Coûts engagés sur la période de 2018 à 2024 (cumul N => N du bilan) | | | |
|--|---|--|--|
| Postes de dépense | Descriptif | Montant | Soutien mobilisé pour y parvenir (ex AMI....) : indiquer la source et le montant |
| Investissement | Cf. tableau des matériels de mobilisation déployés sur paragraphe précédent | 500 000 € | ARS pour 50 000 € + les 3 contrats de prévention de la Carsat pour 144 € soit 194 K€ au global |
| Equipement | Matériels de mobilisation | | |
| Formation | Recyclage annuel « Blouse sans le blues » | | Inscrit au budget formation de l'Opco |
| Entretien / maintenance | Achat matériel maintenance + formation pour être autonome sur les vérifications annuelles des rails | 5 000 € | |
| Moyens humains supplémentaires | 1,5 ETP ergothérapeuthe | 70 500 € par an sur 7 ans soit 493 000 € | |
| Recours à des prestataires | Aucun | 0 € | |
| Communication | Gazette en interne | 0 € | |
| Autre (précisez) | Location de verticaliseurs utilisés mais non achetés | 13 000 € par an sur 7 ans = 91 000 € | |
| Total | | 1 089 000 € | |

2.3 Résultats

2.3.1 Indicateurs RH

| Appréciation de la QVCT | | |
|---|-------------------------|--------|
| | 2018 | 2024 |
| Taux d'ETP vacants | En moyenne 4,67 ETP | 1 ETP |
| Taux d'absentéisme | 20,32 | 9,62 |
| Taux de rotation sur effectifs réels | Données non disponibles | 14,57 |
| Taux d'accidents du travail sans arrêt | 37 % | 80 % |
| Taux d'absentéisme pour accidents du travail | 4,23 % | 1,13 % |
| Taux d'absentéisme pour maladies professionnelles | 1,20 % | 0,00 % |
| Taux d'accidents de trajet | 0,05 % | 0,09 % |
| Nombre de CDD de remplacements | 61 | 30 |
| Taux de démission | Données non disponibles | 7,14 % |

2.3.2 Indicateurs financiers

| Indicateurs financiers | | |
|------------------------------------|---|---|
| | 2018 | 2024 |
| Taux de capacité d'autofinancement | Produits d'exploitation = 19 829 K€ CAF = 1 400 K€ Taux = 7 % | Produits d'exploitation = 24 664 K€ CAF = 747 K€ Taux = 3 % |
| Taux d'endettement | 65 % | 64 % |
| Résultat comptable | 13 K€ | 73 K€ |
| Dépense d'intérim engagée | 657 803,31 € | 23 716,80 € |

2.3.3 Autres effets positifs

La mission vous propose également de valoriser d'autres effets positifs, mesurables qualitativement ou quantitativement.

Plusieurs dimensions peuvent ici être mises en avant :

- Des révélateurs de climat, directs ou indirects, en questionnant par exemple le niveau d'engagement des équipes, sa mesure, son renforcement ;
- Des éléments relatifs à la qualité des prises en charge (à titre d'exemple : taux d'hospitalisation, taux de ré-hospitalisation à 30 jours, taux de passage aux urgences, niveau de consommation de certains médicaments, etc.).

Il s'agit là de mettre en avant d'autres effets bénéfiques de la démarche, qui vous sembleraient appropriés.

| Autres indicateurs d'impact | | | |
|------------------------------------|--|-------------|-------------|
| Indicateur proposé | Définition | 2018 | 2024 |
| Postes à pourvoir AS et IDE | Nombre de postes à pourvoir en % ramené au nombre total de postes AS / IDE | 3,59 % | 2,3 % |

3 Service 1

| Nom de l'établissement / service | Statut de l'établissement / service : | Nombre de lits et places/nombre de personnes prises en charge (pour les SAD) | Effectif employé (en ETP) à la date de l'enquête |
|---|--|---|---|
| Service 1 | Public - territorial | Saad 1021 Sssiad 136 Pad 644 | 156 ETP |

3.1 Fiche projet

3.1.1 Présentation de la démarche

En 2021, le service 1 s'inscrit dans le programme Aidants-Aidés conçu par la Carsat pour sensibiliser sur la prévention des risques au domicile les personnes aidées, leurs proches et nos professionnels. Lors de ce programme, l'accompagnement d'un cabinet en ergonomie a mobilisé les aides à domicile ainsi que leurs cadres, directions et élus.

Le taux de turn-over et le taux d'absentéisme dans ce service ont une influence directe sur la qualité du service rendu.

Cette première initiative s'est révélée être un déclencheur majeur, suscitant une prise de conscience des managers : c'est en valorisant le capital humain que l'on peut faire de la performance et du bien-être un objectif commun.

Sur 2022-2023, le pôle domicile de la structure est accompagné par le même cabinet, grâce au Fond National de Prévention de la CNRACL, dans la réalisation d'un diagnostic approfondi des risques professionnels et dans la structuration d'un plan d'actions. Cette démarche, souvent centrée sur les matériels, formations, EPI ou conduites à tenir, a été menée en questionnant les organisations de travail. Sur la base d'une analyse des situations de travail (recueillies lors d'entretiens ou d'observations de terrain), une cartographie a été réalisée sur les irritants ou sur les éléments ayant une incidence sur la santé au travail des métiers de service à la personne à domicile. Des pistes d'actions ont été identifiées, travaillées en groupe de travail, classées en fonction de la temporalité et de la complexité de la mise en œuvre et de l'impact attendu.

Afin d'optimiser les aides obtenues, l'enjeu a donc été de construire une organisation durable de l'accompagnement de nos agents (de l'intégration, à la prévention et la formation). Nous avons priorisé dès 2023 les actions simples à mettre en œuvre mais avec un fort impact sur les agents (sur les « irritants ») : envoyer un signal fort aux équipes afin de créer une dynamique positive et faciliter ensuite le déploiement d'actions plus structurantes avec l'engagement de tous.

Dans ce plan, les actions prioritaires ont été les suivantes :

- Construction d'un parcours d'intégration sur un an incluant une sensibilisation sur la prévention des risques professionnels,
- Réaménagement des locaux du siège afin de créer des espaces d'espaces de confidentialité pour favoriser les échanges entre référent et agent ;
- Création de temps conviviaux entre professionnels (pour sortir de l'isolement lié à leur métier du domicile) ;
- Dotation d'équipements spécifiques (kit d'aides techniques, bouteille isotherme, supports de téléphone, pare-soleil...) ;
- Industrialisation des variables de paies, dont le calcul des indemnités kilométriques (auparavant soumis à déclaration individuelle des agents) ;
- Construction d'une grille de repérage des risques à domicile ;
- Etude annuelle sur la stagiairisation des contractuels avec déclinaison de principes d'équité ;
- Construction d'un plan de formation ;
- Formation de cinq assistants de prévention à l'échelle du pôle domicile.

Une réorganisation du pôle domicile a permis à iso effectif de mettre en place un référent RH et un référent formations/accompagnement.

Les objectifs ainsi retenus visent à faire converger les notions de qualité de vie au domicile et qualité de vie au travail en agissant favorablement sur :

- La diminution des TMS pour les intervenants à domicile par la formation Prap et aides techniques ;
- La mobilité et le maintien de l'autonomie du bénéficiaire par la formation Evaluation de l'autonomie des personnes accompagnées & Aides techniques ;
- L'adaptation du domicile aux interventions des aidants par la mise en place d'aides techniques.

3.1.2 Présentation du calendrier

| | | | |
|-------------------------|--|---|---------------|
| Date de démarrage (= N) | 2022, phase de diagnostic 2023, mise en œuvre 1ères actions 2024 accompagnement et formations internes | Date retenue pour le bilan (= N du bilan) | Décembre 2025 |
|-------------------------|--|---|---------------|

3.1.3 Identification des facteurs de succès

- L'accompagnement d'un cabinet en ergonomie a été un véritable soutien pour construire une cartographie des risques à partir des situations de travail, méthodologie plus pertinente vis-à-vis des professionnels du domicile. Ce qui nous a permis de décliner **un plan d'actions pragmatique et intelligible pour chacun** ;
- Les élus ont mis en avant la prévention comme axe prioritaire dans ce secteur : **l'investissement dans la formation** est une condition sine qua non pour atteindre les objectifs ;
- Cette démarche a associé l'ensemble des parties prenantes de la collectivité (gouvernance, encadrement, services mutualisés dont prévention, et professionnels du domicile). Elle structure la prévention des risques en la faisant porter sur les différents acteurs, dont les professionnels eux-mêmes et leur encadrant direct. **La prévention doit rester l'affaire de tous.**

La taille de la structure nous permet de dégager un ETP sur des missions de formation interne (Prap 2S et Formation collective Aides et Autonomie) et d'accompagnement en situation au domicile des bénéficiaires. Deux infirmières coordinatrices (Idec) et une ergothérapeute sont également sollicitées sur les formations collectives (conduite de formation et création des supports et saynètes). La mutualisation des services et moyens avec l'EPCI permet d'être accompagné par un service prévention et d'avoir accès à une salle de formation équipée pour les professionnels de nos services (lits médicalisés, aides techniques, simulateur de vieillissement). **Avoir les ressources techniques et humaines en interne** est facilitant dans cette démarche (souplesse, réactivité, adaptabilité).

3.1.4 Zoom sur la question de la formation

Présentez les actions mises en place (par type et par destinataire, en incluant les managers et l'encadrement intermédiaire. Pouvez-vous apprécier l'engagement de votre structure sur le sujet (dépassement des obligations légales, internalisation des actions...) ?

En 2023, le pôle domicile s'est structuré pour former en interne ses agents. Un poste de référente accompagnement a été dégagé lors de la réorganisation. Il est actuellement occupé par une aide-soignante, formatrice Prap et Formation collective Evaluation de l'autonomie des personnes accompagnées & Aides techniques), ayant une expérience de référente sur le Saad.

Un plan de formation a ainsi été construit et déployé depuis 2024. Dans la cadre de la prévention des risques professionnels, le pôle domicile propose aux auxiliaires de vie et aides-soignantes, des formations Prap et Evaluation de l'autonomie des personnes accompagnées & Aides techniques en alternance.

- La formation collective et Evaluation de l'autonomie des personnes accompagnées & Aides techniques dispensée par quatre cadres du pôle, a pour but de permettre aux agents du Pôle Domicile (Saad/Ssiad) :
 - Une prise de conscience sur le ressenti des personnes accompagnées en lien avec leurs incapacités physiques et sensorielles grâce à l'utilisation du simulateur de vieillissement ;
 - De savoir évaluer les capacités physiques des personnes accompagnées (pouvant être fluctuantes d'un jour à l'autre mais également d'heure en heure) pour respecter l'autonomie

de la personne et adapter sa prise en charge au plus près de ses capacités physiques résiduelles ;

- De revoir l'utilisation d'aides techniques pour permettre d'être plus à l'aise au moment de leurs utilisations (montée en compétence).

La méthode déployée favorise la création d'un groupe restreint permettant de placer chaque apprenant stagiaire dans le rôle d'aidant professionnel mais également d'aidé dans les mises en situations.

La première partie de la formation amène les notions à acquérir après une réflexion et des échanges dans le groupe. La manipulation pure des aides techniques dans un 1^{er} temps, puis en situation de travail lors de saynètes créées en partant de situations rencontrées, permettent aux agents d'échanger sur leurs vécus, et de faire un parallèle entre leur quotidien et la formation, tout en évaluant leur niveau d'intégration de chaque notion développée en début de formation.

Cette mixité Ssiad/Saad permet également de confronter les perceptions des auxiliaires de vie et des aides-soignantes, d'interroger les pratiques professionnelles de chacune et de travailler sur la cohésion des agents. Une attention est portée sur la constitution de groupes de compétences homogènes : éviter de déstabiliser les moins avancés ou de frustrer les plus avancés, en adaptant le contenu, le rythme et les méthodes pédagogiques.

- Compte tenu de la thématique choisie, « Aides Techniques & Autonomie », la structure souhaite utiliser cette formation collective en complément des formations Prap 2S dispensées par la référente accompagnement. Ainsi, l'alternance permet de revoir le schéma décisionnel (cheminement de l'évaluation des capacités pour réaliser le déplacement) tous les ans de manière à favoriser la maîtrise de cette notion par les agents du pôle domicile afin qu'elle devienne spontanée. C'est aussi une forme de « piqûre de rappel » à des échéances régulières, la répétition étant le meilleur moyen d'ancre un apprentissage.

La référente accompagnement réalise également un soutien des professionnels aux domiciles des bénéficiaires en les guidant sur l'utilisation des aides techniques en situation réelle : cette action permet de rassurer les agents lors des premières utilisations.

3.1.5 Identification des principaux freins

Lister les principaux freins : financements, implication des équipes, implication des managers, réticence au changement.... (300 – 500 mots)

La formation en interne représente un coût en temps humain et en moyens financiers : formation des formateurs, création de déroulé et supports pédagogique (puis mises à jour), matériels, salle ... Le pôle domicile a bénéficié de financement pour lancer cette démarche. Il dispose également d'une taille critique suffisante pour mobiliser un ETP en tant que référente accompagnement des professionnels.

Les fonctions supports de conseillers en prévention, mutualisée sur l'ensemble de la collectivité nécessitent une attention particulière : le positionnement à cette échelle génère un éloignement du terrain, une standardisation des actions, et une charge de travail élevée. Les assistants de prévention sont alors un maillon essentiel avec le terrain, malgré un temps alloué encore faible et un turnover important sur ces missions.

L'implication des managers reste aléatoire : leur implication est essentielle, dès le suivi du parcours d'intégration et jusqu'au plan de formation dans l'accompagnement des agents. Dans un service découpé en secteur, la différence d'implication des référents est très vite constatée à travers des indicateurs d'absentéisme et de turn-over.

3.1.6 Définition des conditions de pérennisation particulières (à l'échelle de votre structure) et générales

Sur une formation interne, l'essoufflement d'un formateur, la perte d'appétence pour la transmission du savoir ou encore la perte d'expertise technique peuvent représenter un risque.

La constitution d'une équipe de formateurs (le pôle domicile a identifié quatre formateurs) permet de limiter ce risque et de faire appel à l'intelligence collective pour rester à l'affût des nouvelles aides, des besoins d'adaptation du contenu pédagogique (renouvellement des saynètes) et des besoins des bénéficiaires. Porter cette formation en interne répond à un besoin de proximité avec nos agents de terrain, une adaptabilité avec leurs besoins, une flexibilité de planification.

3.2 Indicateurs de moyens

| Coûts engagés sur la période de 20..à 20.. (cumul N => N du bilan) | | | |
|---|---|--------------------|--|
| Postes de dépense | Descriptif | Montant | Soutien mobilisé pour y parvenir (ex AMI....) : indiquer la source et le montant |
| Investissement | | | |
| Equipement | Achat matériels et simulateur de vieillissement | 3 450 € | Carsat en totalité |
| Formation | Formateur AFEST | 3 500 € | Carsat en totalité |
| Entretien / maintenance | | | |
| Moyens humains supplémentaires | Préparation déroulé pédagogique, travail documentaire, préparation préalable à la formation | 7 600 € en 2023 => | Carsat en totalité |
| | Référent Accompagnement Formation | 41 250 € / an => | 100 % à la charge du Saad |
| | Plan de formation : jours de formations agents doublés | 30 000 € / an => | 100 % à la charge du Saad |

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|--------------------------|
| Recours à des prestataires | Accompagnement cabinet ergonomie | | Carsat – FNP directement |
| Communication | | | |
| Autre (précisez) | | | |
| Total | | | |

3.3 Résultats

3.3.1 Indicateurs RH

| Appréciation de la QVCT | | |
|--|-------------|------------------------|
| | 2023 | N du bilan 2024 |
| Taux d'ETP vacants | 6 % | 5 % |
| Taux d'absentéisme | 12 % | 9,8 % |
| Taux de rotation sur effectifs réels | 24 % | 21 % |
| Taux d'accidents du travail sans arrêt | 3,4 % | 2,3 % |
| Taux d'absentéisme pour accidents du travail | 0,82 % | 1,49 % |
| Taux d'absentéisme pour maladies professionnelles | 1,81 % | 2,19 % |
| Taux d'accident de trajet | 0,82 % | 0,17 % |
| Nombre de CDD de remplacements | 61 | 58 |
| Taux de démission | NR | 5,2 % |

3.3.2 Indicateurs financiers

| Indicateurs financiers | | |
|---|---|---|
| | N | N du bilan |
| Taux de capacité d'autofinancement | 0 avant subvention d'équilibre de l'EPCI | 0 avant subvention d'équilibre de l'EPCI |
| Taux d'endettement | 0 | 0 |
| Résultat comptable | - 886 K€ avant subvention d'équilibre de l'EPCI | - 633 K€ avant subvention d'équilibre de l'EPCI |
| Dépense d'intérim engagée | 0 | 0 |

3.3.3 Autres effets positifs

La mission vous propose également de valoriser d'autres effets positifs, mesurables qualitativement ou quantitativement.

Plusieurs dimensions peuvent ici être mises en avant :

- *Des révélateurs de climat, directs ou indirects, en questionnant par exemple le niveau d'engagement des équipes, sa mesure, son renforcement ;*
- *Des éléments relatifs à la qualité des prises en charge (à titre d'exemple : taux d'hospitalisation, taux de ré-hospitalisation à 30 jours, taux de passage aux urgences, niveau de consommation de certains médicaments, etc.).*

Il s'agit là de mettre en avant d'autres effets bénéfiques de la démarche, qui vous sembleraient appropriés.

3.3.3.1 Description qualitative

La collectivité propose aux agents des questionnaires permettant de s'exprimer anonymement ou non, en fonction des sujets, sur leur qualité de vie au travail et leurs souhaits d'évolution des organisations ou équipements (exemple Questionnaire Qena – Questionnaire Formations proposées – Questionnaires Equipements). Cet outil permet d'évaluer, suivre et améliorer la perception des actions de QVCT par ses agents.

3.3.3.2 Autres indicateurs d'impact

| Autres indicateurs d'impact | | | |
|--------------------------------------|--|---------------|---------------|
| Indicateur proposé | Définition | N | N du bilan |
| Taux d'absentéisme maladie ordinaire | | 2023 = 7 % | 2024 = 5,06 % |
| Evolution des jours de formation | Evolution du nombre de jours de formation par rapport à 2022 | 2023 = + 16 % | 2024 = + 31 % |

4 Service 2

| Nom de l'établissement / service | Statut de l'établissement / service : | Nombre de lits et places/nombre de personnes prises en charge (pour les Sad) | Effectif employé (en ETP) à la date de l'enquête |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Service 2 | Public - territorial | 300 en file active/450 par an | 62 agents / 50,32 ETP |

4.1 Fiche projet

4.1.1 Présentation du calendrier

| | | | |
|-------------------------|------|---|------|
| Date de démarrage (= N) | 2020 | Date retenue pour le bilan (= N du bilan) | 2024 |
|-------------------------|------|---|------|

4.1.2 Identification des facteurs de succès

Les facteurs de succès ont été :

- La proposition aux agents d'intégrer les groupes de travail sur la base du volontariat ;
- La formation des agents participants aux groupes en les faisant évoluer en termes de compétences ;
- Leur participation active à la réalisation concrètes d'actions et l'autonomie sur les actions qui a été possible grâce au cadrage réalisé en collectif sur les attendus ;
- Pilotage des groupes de travail sur la base de réunions collectives avec un libre échange des agents et en leur laissant la possibilité de faire des propositions pour améliorer leur travail au quotidien et la prise en charge des bénéficiaires ;
- Mise en place de deux animatrices et de deux assistantes de prévention ;
- Communication sur les groupes de travail aux agents lors des réunions plannings ;
- Pilotage interne : la direction + 1 encadrant (différent en fonction des thématiques) ;
- Communication : explication à l'ensemble des agents lors des réunions collectives mensuelles : des projets, leur évolution et proposition d'intégration des groupes de travail (au besoin).

Les actions mises en place depuis 2020 :

- 1- L'organisation du travail : week-ends et horaires de travail revus, proposition de salle de pause sur le territoire, téléphones professionnels ;
- 2- La coordination infirmier : dépassement des obligations légales ;
- 3- Les actions de formation : dépassement des obligations légales ;
- 4- Le parcours du nouvel arrivant : dépassement des obligations légales (doublure d'une semaine) ;

- 5- Le groupe prévention des risques professionnels : internalisation des actions ;
- 6- L'équipe animation : dépassement des obligations légales, internalisation des actions ;
- 7- L'équipe handicap : dépassement des obligations légales, travail en collaboration avec les structures spécialisées ;
- 8- L'équipe semi-autonome : dépassement des obligations légales, internalisation des actions.

4.1.3 Zoom sur la question de la formation

Présentez les actions mises en place (par type et par destinataire, en incluant les managers et l'encadrement intermédiaire. Pouvez-vous apprécier l'engagement de votre structure sur le sujet (dépassement des obligations légales, internalisation des actions...) ?

2020 : 6 015 € / 56 jours de formation
2021 : 8 055 € / 80 jours de formation
2022 : 14 940 € / 144 jours de formation
2023 : 21 105 € / 223 jours de formation
2024 : 14 350 € / 116 jours de formation

Remarque : Coût incluant la masse salariale

Des formations socles ont été définies afin de permettre aux agents d'avoir les mêmes connaissances (PSC1, gestes et postures, 12 jours de professionnalisation du métier d'aide à domicile, secret professionnel et transmissions). Lorsque les agents ont réalisé ces formations, ils sont ensuite orientés sur des formations métier complémentaires (le risque de suicide chez la personne âgée, connaissance du vieillissement, l'alimentation chez la personne âgée...). Parallèlement, les agents faisant partie des groupes handicap/prévention/animation, sont formés à ces thématiques.

La structure dépasse les obligations légales en termes de formation. Les formations sont réalisées par le CNFPT, hormis les formations handicap qui sont réalisées par un formateur privé ou une structure associative spécialisée. Pour la prévention des risques professionnels, un agent (aide à domicile) a passé le Prap 2S afin de pouvoir former en interne les aides à domicile. La formation s'est déroulée fin 2024/début 2025. A partir du mois de septembre les aides à domicile seront formées sur des sessions de 4 jours. Le matériel nécessaire à la formation sera loué par le biais d'une association d'économie circulaire.

4.1.4 Identification des principaux freins

Lister les principaux freins : financements, implication des équipes, implication des managers, réticence au changement.... (300 – 500 mots)

La mise en place de groupe de travail génère de la masse salariale supplémentaire prise en charge par le CIAS et également pour partie par la dotation qualité du Cpom.

4.1.5 Définition des conditions de pérennisation particulières (à l'échelle de votre structure) et générales

Afin que le projet prévention des risques professionnels perdure, il est essentiel que les élus, la direction et les encadrants aient la prévention des risques professionnels comme ligne de conduite au quotidien.

4.2 Indicateurs de moyens

| Coûts engagés sur la période de 2020 à 224 (cumul N => N du bilan) | | | |
|--|--|----------------|---|
| Postes de dépense | Descriptif | Montant | Soutien mobilisé pour y parvenir (ex AMI....) : indiquer la source et le montant |
| Investissement | Ras | 0 | |
| Equipement | Matériel paramédical : 8 000 € Gilets percko : 806 € Non compté : les EPI | 8 806 € | 8 000 € (Carsat) |
| Formation | 2020 : 6 015 € / 56 jours de formation 2021 : 8 055 € / 80 jours de formation 2022 : 14 940 € / 144 jours de formation 2023 : 21 105 € / 223 jours de formation 2024 : 14 350 € / 116 jours de formation | 64 465 € | Remarque : coût formations incluant la masse salariale |
| Entretien / maintenance | | | |
| Moyens humains supplémentaires | | | |
| Recours à des prestataires | Ras | 0 | |
| Communication | Ras | 0 | |
| Autre (précisez) | | | |
| Total | | | |

4.3 Résultats

4.3.1 Indicateurs RH

| Appréciation de la QVCT | | |
|--|---------|------------|
| | 2020 | N du bilan |
| Taux d'ETP vacants ²⁸ | 0 | 0 |
| Taux d'absentéisme | 15,97 % | 12,32 % |
| Taux de rotation sur effectifs réels ²⁹ | | |
| Taux d'accidents du travail sans arrêt | 0 | 0 |
| Taux d'absentéisme pour accidents du travail | 1,88 % | 0,44 % |
| Taux d'absentéisme pour maladies professionnelles | 1,95 % | 5,40 % |
| Taux d'accidents de trajet | 0 % | 0 % |
| Nombre de CDD de remplacements | 40 | 43 |
| Taux de démission | 8,1 % | 10,3 % |

4.3.2 Indicateurs financiers

| Indicateurs financiers | | |
|---|-------------|-------------|
| | N | N du bilan |
| Taux de capacité d'autofinancement | Non calculé | Non calculé |
| Taux d'endettement | 0 | 0 |
| Résultat comptable (report de fonctionnement) | 116 146 € | 100 904 € |
| Dépense d'intérim engagée | 0 | 0 |

²⁸ Les services d'aide à domicile n'ont pas de taux d'ETP vacants calculé comme peuvent en avoir les Ehpad. En effet, l'activité des Sad varie en fonction des plans d'aide délivrés par le conseil départemental, les caisses de retraite, les mutuelles ou les demandes directes des usagers appelées « autofinancement ». Hormis les Sad ayant des listes d'attente correspondant à des prestations non planifiées par manque de personnel ou des départs d'agents non remplacés, il n'y a pas d'ETP vacants. Nous n'avons pas de liste d'attente et arrivons (pour le moment) à anticiper les recrutements pour répondre aux besoins des usagers ; il n'y a donc pas d'ETP vacants dans la structure.

²⁹ Diverses raisons (démission agent, agent non renouvelé, poste d'aide à domicile ne convenant pas aux aspirations professionnelles, etc.) font qu'un turn-over existe au sein de la structure. Par exemple en 2024 le turn-over a été de 20 agents. Certains de ces agents ne sont restés que quelques heures (durant leur période de doublure avec une collègue), le temps de se rendre compte que le métier d'aide à domicile ne leur convenait pas.

5 FAM 1

| Nom de de l'établissement / service | Statut de l'établissement / service : | Nombre de lits et places/nombre de personnes prises en charge (pour les Sad) | Effectif employé (en ETP) à la date de l'enquête |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Fam 1 | Privé non lucratif | 30 | 46,38 |

5.1 Fiche projet

5.1.1 Présentation de la démarche

Face à une sinistralité avérée liée aux TMS, le Fam 1 a fait l'objet d'un ciblage puis d'un suivi par un Contrôleur de sécurité de la Cramif. La première rencontre avec le contrôleur Cramif a eu lieu le 17 janvier 2020. L'établissement s'est engagé dans la démarche de prévention des TMS développée par l'Assurance Maladie – Risques Professionnels (TMS Pros) le 7 février 2020 (lettre d'engagement). La crise sanitaire est venue mettre un frein à la mise en place de la démarche sur les années 2020/2021. À la suite du départ du contrôleur et dans l'attente de la nomination de son successeur, la démarche n'a repris qu'en 2022, à échéance 2024.

L'objectif principal était d'améliorer les conditions de travail afin de viser la réduction des accidents de travail et de l'absentéisme. La priorité était la prévention des TMS et la formation d'une personne ressource pour animer la démarche et diminuer la sinistralité.

Dans un premier temps, la direction de l'établissement a choisi de former le comité de pilotage composé de la direction de l'établissement, l'assistante ressources humaines de l'association et le kinésithérapeute de l'établissement qui a été pressenti comme personne-ressource pouvant être chargée de la prévention au sein de l'établissement. (Timing : 2022-2023).

Dans un second temps, le comité de pilotage a été chargé de dépister les risques de TMS dans l'établissement par le biais d'un outil informatique mis à disposition par la Cramif (quiz, tableaux de bord). Les résultats des diagnostics ont mis en exergue des situations prioritaires pour lesquelles il a fallu mettre en place un plan d'actions.

La première phase du plan d'actions visait à informer, sensibiliser et mobiliser les acteurs principaux (CSE, salariés, médecine du travail, direction générale) de la démarche. C'est le chargé de prévention qui a été chargé de mener des entretiens avec les salariés (sur la base du volontariat des personnes participant à la démarche et de l'anonymat des propos recueillis) pour une compréhension fine des problématiques.

Une fois ces problématiques repérées, le Copil a transmis les résultats à la Cramif en faisant apparaître des besoins et des ressources nécessaires à la mise en place d'actions correctives visant à diminuer les TMS et la sinistralité au sein de l'établissement en signant conjointement un contrat de prévention des risques professionnels. (Timing : 2022-2024). Juillet 2024, un bilan a été dressé.

5.1.2 Présentation du calendrier

| | | | |
|-------------------------|------------|---|------------|
| Date de démarrage (= N) | 17/01/2022 | Date retenue pour le bilan (= N du bilan) | 13/05/2025 |
|-------------------------|------------|---|------------|

5.1.3 Identification des facteurs de succès

Un des facteurs de succès de la démarche a été la prise en compte par la direction du risque élevé de TMS et de lombalgie au sein de l'établissement et de la nécessité d'entreprendre une démarche de prévention inscrite dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (Duerp) et de nommer une personne-ressource pour animer la démarche de prévention des TMS et des lombalgie.

Cette démarche considérée comme prioritaire par la direction fait régulièrement l'objet de communication auprès de l'ensemble des salariés et des temps de formation sont planifiés pour le référent prévention avec les équipes. La direction a officiellement dégagé du temps aux différents acteurs impliqués dans la démarche de prévention des TMS ce qui a nécessité une adaptation organisationnelle. Des changements dans l'organisation des équipes interviennent pour répondre à l'objectif de diversification des tâches (rotation de postes, développement de la polyvalence, possibilité d'entraide...).

Par ailleurs, avec l'aide de la Cramif (signature contrat de prévention des risques professionnels) l'établissement a pu se doter de matériels et d'équipements adaptés (en associant systématiquement les professionnels au choix du nouveau matériel) à l'accompagnement des personnes en prenant en compte les spécificités individuelles de chacun.

L'évaluation du risque de TMS et de lombalgie est intégrée aux nouveaux projets (acquisition de nouvelles machines, conception de nouveaux locaux, nouveaux produits...).

La démarche TMS Pros portant ses fruits, la direction participe à des réunions extérieures d'information / sensibilisation / partage d'expérience sur les TMS et les lombalgie

5.1.4 Zoom sur la question de la formation

Présentez les actions mises en place (par type et par destinataire, en incluant les managers et l'encadrement intermédiaire. Pouvez-vous apprécier l'engagement de votre structure sur le sujet (dépassement des obligations légales, internalisation des actions...) ?

La direction de l'établissement et l'assistante Ressources Humaines ont suivi la formation « Construire une démarche de soins associée à la prévention des TMS dans les structures de santé » avec le volet « Piloter et accompagner la démarche » d'une durée de 5 jours répartis en 3 modules (2 jours + 2 jours + 1 jour) soit une durée totale de 35 heures.

Le kinésithérapeute de l'établissement, qui est devenu le référent TMS de l'établissement, a suivi la même formation avec le volet « Former un référent prévention TMS » d'une durée de 119 heures soit 17 jours de 7 heures. Les 3 modules de cette formation représentent 13 journées de stage auxquels s'ajoutent 4 journées de travaux individuels à réaliser durant les deux périodes intersessions dans l'établissement du stagiaire.

Concernant les formations de terrain, différentes actions ont été mises en place afin de pérenniser la prévention des TMS :

- Lorsque les rotations de postes sont mises en place, elles s'accompagnent d'un temps de formation et d'adaptation progressive aux nouveaux postes.
- Les connaissances et compétences acquises sur la prévention des TMS et des lombalgie font l'objet d'un transfert en interne et de partage d'expériences.

La coopération entre les différents acteurs fonctionne bien.

5.1.5 Identification des principaux freins

Lister les principaux freins : financements, implication des équipes, implication des managers, réticence au changement.... (300 – 500 mots)

Un des freins repérés dans la démarche a été de déconstruire pour les professionnels des automatismes qui consistent à porter systématiquement les résidents lorsqu'ils doivent se relever, sortir de leur siège, se redresser au lit... et, au contraire, de s'appuyer sur leurs capacités pour les accompagner dans ces différents déplacements. L'objectif de cette déconstruction est de convaincre le soignant de guider par la parole la personne en situation de handicap ce qui signifie pour le soignant de connaître les éléments constitutifs de chaque déplacement pour être capable de décomposer et verbaliser tous les mouvements à réaliser. Il faut aussi s'adapter aux capacités cognitives des résidents et, pour certains, user de mots très simples pour être compris. Drap de glisse, potence, lève-personne... Les professionnels ont aussi recours à des outils d'aide à la manutention, qu'ils introduisent seulement lorsque c'est nécessaire, en fonction des capacités du résident.

L'utilisation des outils d'aide à la manutention a néanmoins nécessité une bonne maîtrise de ces derniers. En effet, pour que les outils d'aide à la manutention soient utilisés, le personnel doit être formé à leur utilisation. Pour y remédier, une chambre test, sans résident, a donc été installée pour accueillir les formations à l'utilisation du matériel.

Comme tout nouvel outil ou dispositif, il a fallu faire face à la réticence au changement des professionnels, vite dépassés avec la mise en place des formations par le référent et de sa disponibilité chaque fois que nécessaire.

Pour poursuivre efficacement la démarche de transformation de soins au-delà des formations et des équipements, il est nécessaire d'aller chercher constamment de nouveaux financements compte-tenu des restrictions budgétaires annuelles.

5.1.6 Définition des conditions de pérennisation particulières (à l'échelle de votre structure) et générales

Afin de pérenniser la démarche TMS, il est indispensable de mettre en place des indicateurs de suivi qui doivent régulièrement être examinés dans les instances de l'entreprise (comité de direction, instances représentatives du personnel). Pour cela, et dans un objectif d'amélioration continue, un système de veille est mis en place.

Actuellement, l'ensemble du personnel est formé à la prévention des TMS et des lombalgie ; les connaissances et compétences acquises sur la prévention des TMS et des lombalgie font l'objet d'un transfert en interne et de partage d'expériences. La coopération entre les différents acteurs fonctionne bien. Même si des acteurs de la démarche quittent l'entreprise, la culture mise en place permettra de poursuivre des actions sur les TMS.

Dans l'objectif d'élargir la démarche TMS à l'ensemble des professionnels de l'Association, il est envisagé de former une deuxième personne ressource. Celle-ci permettra également de développer (avec ou sans l'aide de partenaires externes) et de favoriser les échanges avec d'autres établissements du secteur médico-social confrontés aux TMS et aux lombalgie.

Il est tout de même important de souligner que cette démarche ambitieuse nécessite d'allouer un budget spécifique tant pour la formation que pour les équipements que les restrictions budgétaires actuelles (ARS et département) ne permettent pas.

5.2 Indicateurs de moyens

| Coûts engagés sur la période de 2022 à 2024 (cumul N => N du bilan) | | | |
|---|--|----------------|---|
| Postes de dépense | Descriptif | Montant | Soutien mobilisé pour y parvenir (ex AMI....) : indiquer la source et le montant |
| Investissement | Chariots douche, lits médicalisé, rails au plafond | 51 089,49 € | PPI |
| Equipement | Chariots douche, lits médicalisé, rails au plafond | 75 627,85 € | Cramif à hauteur de 24 538,36 € |
| Formation | Construire une démarche de soins associée à la prévention des TMS dans les structures de santé | 7 090,00 € | Cramif à hauteur de 3 621,00 € + PDC 1 450,00 € + Fonds propres 2 019 € |
| Entretien | 0 | | |
| Recrutements | 0 | | |
| Prestataires | 0 | | |
| Communication | 0 | | |
| Autre (précisez) | 0 | | |
| Total | | 133 807,34 € | 82 717,85 € |

5.3 Résultats

5.3.1 Indicateurs RH

| Appréciation de la QVCT | | |
|--|-------------|--------------------------|
| | 2022 | N du bilan : 2024 |
| Taux d'ETP vacants | 6,95 % | 0,42 % |
| Taux d'absentéisme | 15,15 % | 18,80 % |
| Taux de rotation sur effectifs réels | 22,83 % | 14,78 % |
| Taux d'accidents du travail sans arrêt | 0 % | 14,29 % |
| Taux d'absentéisme pour accidents du travail | 24,33 % | 7,45 % |
| Taux d'absentéisme pour maladies professionnelles | 7,45 % | 7,45 % |
| Taux d'accidents de trajet | 2,22 % | 0 % |
| Nombre de CDD de remplacements | 47 | 188 |
| Taux de démission | 20 % | 10,20 % |

5.3.2 Indicateurs financiers

| Indicateurs financiers | | |
|---|-----------------|--------------------------|
| | N : 2022 | N du bilan : 2024 |
| Taux de capacité d'autofinancement | -2,36 % | 6,25 % |
| Taux d'endettement | 18,32 % | 12,17 % |
| Résultat comptable | -255 947 € | -17 162 € |
| Dépense d'intérim engagée | 253 768 € | 152 661 € |

6 Service 3

| Nom de de l'établissement / service | Statut de l'établissement / service : | Nombre de lits et places/nombre de personnes prises en charge (pour les Sad) | Effectif employé (en ETP) à la date de l'enquête |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Service 3 | Privé non lucratif | 920 | 152,35 |

6.1 Fiche projet

6.1.1 Présentation de la démarche

Origine du projet, objectifs poursuivis, axes stratégiques de la démarche, méthode mise en œuvre, phasage et dates clés, etc. (300 – 500 mots)

Notre service d'aide à domicile a engagé depuis 2019 une transformation structurelle visant à améliorer la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT), réduire l'absentéisme et renforcer l'attractivité du secteur. Ce projet est né d'un double constat : une hausse des absences pour raisons de santé et un essoufflement des équipes, confrontées à une charge mentale élevée, une organisation peu visible et un sentiment d'isolement sur le terrain.

La réponse a été construite autour d'une stratégie centrée sur l'autonomisation des équipes, l'écoute active des professionnelles, et une meilleure reconnaissance de leur engagement. Les objectifs principaux sont :

- Baisser durablement l'absentéisme ;
- Renforcer la cohésion d'équipe et la capacité d'initiative ;
- Améliorer le soutien au quotidien ;
- Revaloriser le travail à domicile et ses conditions d'exercice.

Le cœur du projet repose sur la **mise en place d'équipes autonomes** par secteur, chacune coordonnée par une coach. Cette organisation a permis une meilleure fluidité des échanges, un soutien entre pairs et une répartition plus équilibrée des responsabilités.

L'encadrement, de son côté, a été accompagné pour adopter une posture de "facilitateur" plutôt que de « chef », et gagner en disponibilité stratégique.

D'autres actions sont venues renforcer cette dynamique :

- **Arrivée d'une assistante sociale dédiée aux salariées**, apportant un soutien personnalisé dans la gestion des difficultés personnelles ou professionnelles ;
- **Revalorisation des indemnités kilométriques** au-dessus du minimum conventionnel, afin de mieux reconnaître les temps et frais de déplacement, souvent sous-estimés dans notre secteur ;
- **Organisation de temps de convivialité réguliers**, favorisant le lien social, la reconnaissance mutuelle et la valorisation des réussites du quotidien.

Enfin, dans une logique d'amélioration continue, **chaque accident du travail fait l'objet d'une étude systématique en réunion CSE**. Les représentants du personnel contactent directement les salariés concernés pour analyser les circonstances de l'accident et coconstruire des actions correctives adaptées. Cette approche renforce la prévention et valorise l'expertise des équipes terrain.

Au-delà des effets attendus sur les indicateurs RH, la démarche a permis de faire évoluer la culture interne : montée en compétences, meilleure communication entre les niveaux hiérarchiques, et sentiment accru d'appartenance. Des initiatives spontanées sont même nées des équipes, preuve d'un changement d'état d'esprit. Cette dynamique positive a également amélioré la qualité des accompagnements auprès des bénéficiaires, avec des retours plus fréquents sur la continuité et la qualité du service.

6.1.2 Présentation du calendrier

| | | | |
|----------------------------|------|--|------------|
| Date de démarrage (= N) | 2019 | Date retenue pour le bilan (= N du bilan) | 31/12/2024 |
|----------------------------|------|--|------------|

6.1.3 Identification des facteurs de succès

Engagement managérial fort : la direction a porté le projet avec clarté et constance, en embarquant progressivement tous les échelons hiérarchiques.

Méthode participative : l'ensemble des actions a été co-construit avec les salariés, à travers des ateliers et des groupes d'amélioration continue.

Appuis extérieurs : un accompagnement par un cabinet spécialisé en conduite du changement a permis de soutenir le passage aux équipes autonomes.

Outils adaptés : mise en place de tableaux de bord simplifiés pour piloter les absences, remontées d'alertes facilitées, adaptation des plannings.

Communication continue : newsletter interne, réunions d'équipe ouvertes à tous les niveaux, valorisation des réussites lors des temps collectifs.

Approche rigoureuse de la prévention : chaque accident du travail fait l'objet d'une étude systématique en réunion CSE. Les représentants du personnel contactent directement les salariés concernés pour recueillir leur témoignage sur les circonstances et co-construire des actions correctives concrètes. Cette démarche a renforcé la culture de sécurité et le dialogue social autour des conditions de travail.

6.1.4 Zoom sur la question de la formation

Présentez les actions mises en place (par type et par destinataire, en incluant les managers et l'encadrement intermédiaire. Pouvez-vous apprécier l'engagement de votre structure sur le sujet (dépassement des obligations légales, internalisation des actions...) ?

La réussite du projet repose en grande partie sur la montée en compétences de l'encadrement intermédiaire et des équipes terrain.

Formations réalisées :

- Managers : formation à la posture de "manager coach", gestion des conflits, animation de l'intelligence collective ;
- Intervenants : formation sur la communication non violente et la gestion des émotions, formation pratique sur le fonctionnement en équipe autonome.

Nous avons dépassé nos obligations légales en mobilisant un budget formation spécifique, avec une partie des contenus conçus en interne par les encadrants, afin de les adapter aux réalités du terrain.

6.1.5 Identification des principaux freins

Lister les principaux freins : financements, implication des équipes, implication des managers, réticence au changement.... (300 – 500 mots)

Réticences au changement : certains professionnels étaient inquiets de la nouvelle organisation ; un accompagnement individualisé a été nécessaire.

Temps d'appropriation long : la logique d'autonomie a nécessité un apprentissage progressif, notamment sur la prise d'initiative.

Financement : la démarche de transformation a pu avoir lieu grâce à des financements ponctuels, qui prennent en charge le socle de base d'une transformation mais pas au-delà.

Charge de travail temporairement augmentée pour les managers en période de transition, en raison du besoin de coordination.

6.1.6 Définition des conditions de pérennisation particulières (à l'échelle de votre structure) et générales

Ancrage dans le fonctionnement quotidien : les équipes autonomes sont désormais un pilier de l'organisation ; elles font l'objet d'évaluations annuelles.

Formalisation des bonnes pratiques : l'établissement d'un cadre et des procédures claires est nécessaire.

Volonté de diffusion au sein de la Fondation : la démarche est en cours d'essaimage dans d'autres établissements.

Veille active sur les financements : notamment par le département.

6.2 Indicateurs de moyens

| Coûts engagés sur la période de 2019 à 2024 (cumul N => N du bilan) | | | |
|---|---|----------------|---|
| Postes de dépense | Descriptif | Montant | Soutien mobilisé pour y parvenir (ex AMI....) : indiquer la source et le montant |
| Investissement | | | |
| Equipement | | | |
| Formation | Coûts pédagogiques + Temps de formation | 249 000 € | Carsat : 34 000 € + Département du Nord 215 000 € |
| Entretien / maintenance | | | |
| Moyens humains supplémentaires | | | |
| Recours à des prestataires | | | |
| Communication | | | |
| Autre (précisez) | | | |
| Total | | | |

6.3 Résultats

6.3.1 Indicateurs RH

| Appréciation de la QVCT | | |
|---|---------|-------------------|
| | 2019 | N du bilan (2024) |
| Taux d'ETP vacants | | |
| Taux d'absentéisme | 21,28 % | 13 % |
| Taux de rotation sur effectifs réels | | |
| Taux d'accidents du travail sans arrêt | | |
| Taux d'absentéisme pour accidents du travail | 4,36 % | 2 % |
| Taux d'absentéisme pour maladies professionnelles | 0 % | 0,01 % |
| Taux d'accidents de trajet | | |
| Nombre de CDD de remplacements | 36 | 23 |
| Taux de démission | 6,45 % | 5,07 % |

6.3.2 Indicateurs financiers

| Indicateurs financiers | | |
|------------------------------------|---------|-------------------|
| | 2019 | N du bilan (2024) |
| Taux de capacité d'autofinancement | -1,3 % | +12,5 % |
| Taux d'endettement | 0 % | 0 % |
| Résultat comptable | 5 488 € | 299 815 € |
| Dépense d'intérim engagée | 0 € | 0 € |

6.3.3 Autres effets positifs

La mission vous propose également de valoriser d'autres effets positifs, mesurables qualitativement ou quantitativement.

Plusieurs dimensions peuvent ici être mises en avant :

- Des révélateurs de climat, directs ou indirects, en questionnant par exemple le niveau d'engagement des équipes, sa mesure, son renforcement ;
- Des éléments relatifs à la qualité des prises en charge (à titre d'exemple : taux d'hospitalisation, taux de ré-hospitalisation à 30 jours, taux de passage aux urgences, niveau de consommation de certains médicaments, etc.).

Il s'agit là de mettre en avant d'autres effets bénéfiques de la démarche, qui vous sembleraient appropriés.

Les effets de la réorganisation engagée dans le cadre de la démarche QVCT sont très nets :

- Le **taux d'absentéisme** connaît une **baisse significative de plus de 8 points** en un an. Cette amélioration s'explique par la montée en autonomie des équipes, une meilleure reconnaissance du travail accompli, et un soutien renforcé aux salariés (aide sociale, temps de convivialité, meilleures conditions de déplacement) ;
- Le **taux d'accidents du travail avec arrêt est divisé par deux**, témoignant de la solidité des actions de prévention menées localement. L'analyse systématique des accidents en CSE, avec contact direct des salariés concernés, a permis de faire émerger des actions correctives concrètes et applicables ;
- Le **nombre de CDD de remplacement diminue fortement**, traduisant une **meilleure stabilité des effectifs**, sans perte de continuité de service ;
- Le **taux de démission baisse également**, signe d'un **engagement renforcé des salariés** et d'un climat social apaisé.

Au-delà des résultats quantitatifs, la démarche engagée a produit des effets très concrets sur le terrain, ressentis à la fois par les professionnels et par les usagers.

Climat social et engagement des équipes

La mise en place des équipes autonomes a profondément transformé la dynamique interne. Les salariés expriment aujourd'hui un **sentiment de reconnaissance accru**, lié à une plus grande marge d'initiative et à la proximité de l'équipe support. Les temps de convivialité ont renforcé la cohésion et la fierté collective.

La **relation de confiance avec l'encadrement** s'est consolidée, avec un management plus horizontal et à l'écoute. Cela se traduit par une baisse significative des tensions remontées en CSE, et une participation plus active des équipes aux temps d'échange.

Prévention et culture sécurité renforcée

L'étude systématique des accidents du travail, menée en réunion CSE avec **contact direct des salariés concernés**, a permis non seulement de faire émerger des actions correctives concrètes, mais aussi d'installer une **culture partagée de la prévention**. Cette responsabilisation collective autour de la sécurité est un levier durable de prévention.

Continuité et qualité de la prise en charge

La réduction du turn-over et des remplacements a permis d'améliorer la **stabilité des intervenants au domicile**. Les bénéficiaires expriment une plus grande satisfaction, notamment en lien avec la régularité des visites et la qualité relationnelle des accompagnements. Plusieurs familles ont souligné « une meilleure coordination entre les aides à domicile » et « un meilleur professionnalisme ».

Émergence d'initiatives locales

Enfin, cette nouvelle dynamique a permis de faire émerger des propositions directement issues du terrain : ajustement des tournées, amélioration des outils de transmission, création de binômes

dans certains secteurs. Ces initiatives témoignent d'un **engagement renforcé et d'un sentiment d'appartenance accru**.

7 Ehpäd 2

| Nom de de l'établissement / service | Statut de l'établissement / service : | Nombre de lits et places | Effectif employé (en ETP) à la date de l'enquête |
|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| Groupe Ehpäd 2 | Privé non lucratif | 500 places | 335,07 |

7.1 Fiche projet

7.1.1 Présentation de la démarche

Origine du projet, objectifs poursuivis, axes stratégiques de la démarche, méthode mise en œuvre, phasage et dates clés, etc. (300 – 500 mots)

Origine du projet :

En 2018, le groupe portant l'Ehpäd 2 recherche une méthodologie nouvelle de prise en soins visant à réduire les TMS / accidents du travail pour le bien être des salariés et des résidents/patients.

Le Groupe a ainsi retenu la méthodologie des « Soins de Manutention - zéro portage » enseignée et appliquée à l'Hôpital Saint-Joseph à Paris, méthode qui a permis de réduire considérablement les AT sur une période de 8 ans.

Dans un premier temps, il a été décidé de déployer le projet sur le pôle médico-social qui inclut l'Ehpäd 2.

En parallèle des Soins de Manutention, l'ensemble des établissements a déployé l'Humanitude selon la même méthodologie. Ces deux approches sont complémentaires.

Objectifs poursuivis

- Améliorer les conditions de travail des professionnels en prenant soin de leur propre santé physique grâce aux techniques des soins de manutentions ;
- Améliorer sensiblement la QVCT des salariés et la satisfaction du travail bien fait en ne réalisant aucune manutention de résidents en force et par conséquent améliorer la qualité des soins prodigues aux résidents/patients ;
- Diminuer la sinistralité et notamment les accidents du travail et maladies professionnelles venant augmenter l'absentéisme au sein de nos structures, mais également d'éviter et /ou limiter les invalidités.

Axes stratégiques de la démarche :

- Fidéliser et valoriser les professionnels pour augmenter l'efficience des organisations internes ;
- Améliorer l'attractivité de nos établissements et services ;

- Retrouver de la fierté et du sens au travail ;
- Améliorer et enrichir les services aux résidents (favoriser l'innovation aux services des résidents, améliorer le confort de vie).

Méthode mise en œuvre :

Constitution d'un Comité de Pilotage Soins de Manutentions : Il vise à déterminer la méthodologie de déploiement au sein des établissements, déterminer et valider le programme de formation, impulser, maintenir et dynamiser le suivi de la mise en œuvre de la démarche, lever les freins au déploiement (adaptation du matériel, adaptation organisationnelle, ...)

- Pilotes : Directeur du pôle MS / Directrice autre Ehpad du groupe ;
- Les participants : Directeur du pôle, Adjoint de direction & Responsable qualité, les Directeurs, les référents Soins de Manutentions, les IDEC, le formateur, le responsable de formation, la responsable RH, le DRH ;
- Invités : L'ARS et la CARSAT sont conviés depuis 2023, l'INRS, l'Hôpital Saint-Joseph ;
- Fréquence : 3 fois par an.

L'objectif est de réunir les conditions les plus favorables pour engager le changement vers le nouveau système.

De plus, dans chaque établissement a été nommé *un/des référent(s) soins de manutention* (Après appel à candidature) qui a comme rôle avec l'IDEC de suivre le déploiement de la démarche en accompagnant les équipes sur le terrain.

Phasage et dates clés :

2019 : Formation des décideurs : Directeur et Idec de chaque établissement

2020 : Nomination du formateur, des référents Soins de Manutentions, Acquisition du matériel (lits 5 fonctions avec roues multidirectionnelles, drap de glisse, harnais, matelas)

2021 et 2022 : Module de formation 1 et 2 à destination de l'ensemble des professionnels du pole MS soit environ 250 personnes (Présentation du concept / Présentation du nouveau paradigme / mise en pratique avec création d'une salle de cours et de pratique)

2022 : Intervention du formateur sur les établissements pour accompagner la mise en œuvre in situ (Jour + Nuit)

2023 : Formation des référents et Intervention sur les établissements (Référent secondé par le formateur)

2024 et 2025 : Intervention sur les établissements (Référent secondé par le formateur) et Formation des nouveaux arrivants

7.1.2 Présentation du calendrier

| | | | |
|-------------------------|------|---|------|
| Date de démarrage (= N) | 2019 | Date retenue pour le bilan (= N du bilan) | 2024 |
|-------------------------|------|---|------|

7.1.3 Identification des facteurs de succès

Lister les facteurs principaux : engagement managérial, formation des professionnels, outillage technique, postes/recrutements dédiés, appuis extérieurs, pilotage interne, communication ... (300 - 500 mots)

Engagement managérial :

La démarche a été portée et soutenue par la direction du pôle Médico-social, les directions d'établissement, les Idex et les référents soignants. Chaque partie prenante a bien saisie et était convaincue du bienfait de changer de paradigme.

Les établissements ont suivi quotidiennement le déploiement de l'application de cette nouvelle méthode avec des rappels réguliers lors des soins, lors des transmissions, visionnage des films INRS régulièrement, affichage dans les chambres pour rappel des nouvelles pratiques afin d'ancre progressivement les soins de manutention dans les nouvelles pratiques.

Il faut noter que le regard des encadrants est bienveillant, l'objectif est de faire progresser les professionnels dans leurs pratiques sans être dans le jugement. L'objectif est d'accompagner le changement.

Formation des professionnels : La formation des professionnels est la clé de la réussite de cette innovation organisationnelle. Les modules 1 et 2 de formation permettent de poser le nouveau cadre, de faire réfléchir les soignants sur leur rôle et missions et les faire évoluer vers le nouveau paradigme.

Les interventions du formateur sur les établissements sont indispensables pour démontrer aux soignants que l'application de la méthode est possible dans leur quotidien.

Outilage technique : Acquisition des lits 5 fonctions, draps de glisse, harnais, matelas, rails,lève-personne mobile, ... l'ensemble de ces matériels sont indispensables pour la bonne application des méthodes et de la réussite du projet.

Postes/recrutements dédiés : Un formateur (Organisme de formation) ayant une formation de Masseur-kinésithérapeute et Ostéopathe, formé aux soins de manutention par l'équipe de prévention des risques du groupe hospitalier Saint Joseph à Paris.

Un formateur impliqué dans le déploiement de la démarche.

Appuis extérieurs : Le soutien de l'ARS pour la reconduction annuelle du financement nécessaire au déploiement. La participation de la CARSAT, de l'INRS et de l'hôpital Saint Joseph lors des Copil.

Pilotage interne : Un comité de pilotage qui se réunit à fréquence régulière (3 fois par an) composé de toutes les parties prenantes (Directeur, IDEC, Formateur, référents soignants, Service RH, Financeur) qui évalue et décide ensemble.

Détachement des référents 1 à 2 fois par mois pour assurer l'accompagnement de la démarche.

Communication :

-Modification du contrat de séjour, DIPEC et du règlement de fonctionnement pour indiquer que les établissements sont dans cette nouvelle démarche de soin et ajout d'un sticker sur les pochettes d'entrée précisant la reconnaissance obtenue dans le cadre du concours Human Trophy 2022 ;

-Présentation de l'avancée de la démarche lors des réunions de famille et CVS ;

- Articles insérés dans la lettre d'actualité du pôle MS diffusée en interne (résidents/ Familles) et aux partenaires du territoire ;
- Diffusion des rapports d'activité à l'ARS et au Conseil Départemental.

7.1.4 Zoom sur la question de la formation

Présentez les actions mises en place (par type et par destinataire, en incluant les managers et l'encadrement intermédiaire. Pouvez-vous apprécier l'engagement de votre structure sur le sujet (dépassement des obligations légales, internalisation des actions...) ?

2019 : Formation des décideurs : Directeur et Idex de chaque établissement. L'objectif était de convaincre les dirigeants des bienfaits de l'application de la méthode et de la promouvoir auprès des soignants

2021 et 2022 : Module de formation 1 et 2 à destination de l'ensemble des professionnels du pôle MS (Présentation du concept / Présentation du nouveau paradigme / mise en pratique)

2022/ 2023/ 2024 et 2025 : Intervention du formateur sur les établissements pour accompagner la mise en œuvre (Jour + Nuit) + formation des nouveaux arrivants + formation des référents (secondé par le formateur)

Le pôle médico-social s'est donné les moyens de réussir. La mise en place de ce projet est un réel engagement en temps des équipes de direction. Il a été nécessaire de répondre annuellement à l'AMI QVCT de l'ARS pour poursuivre l'accompagnement du formateur et ancrer le changement de pratiques dans les habitudes de travail. Nous observons une vigilance continue pour s'assurer que les pratiques anciennes ne reprennent pas le dessus. Les référents Soins de Manutention sont motivés, ils ont réussi à assoir leur rôle auprès des collègues, ils sensibilisent les nouveaux professionnels et les stagiaires à leur arrivée.

Il n'y a pas de dépassement des obligations légales. Nous souhaitions redonner le sens au travail, améliorer l'attractivité et fidéliser les professionnels par l'apprentissage d'une organisation bienveillante qui valorise les soignants. Ils sont fiers de présenter la méthode, les équipements qui permettent de l'appliquer.

7.1.5 Identification des principaux freins

Lister les principaux freins : financements, implication des équipes, implication des managers, réticence au changement.... (300 – 500 mots)

Implication des équipes, implication des managers, réticence au changement

Les membres des directions ont très vite adhéré au projet.

Il a fallu convaincre les soignants de la plus-value de l'application de la méthode. Cette méthode doit venir modifier l'attitude du soignant dans le soin : le « faire » du soin de manutention commence alors par un « non faire », le « laisser faire ». Il y a une remise en

cause des enseignements reçus jusqu'ici par les soignants : « ça fait 30 ans que nous travaillons comme ça, on ne va pas nous apprendre notre métier et en plus nous n'avons pas le temps ». La persévérance et l'accompagnement quotidien ont permis de faire évoluer les regards et les pratiques sans perte de temps ressentie par les soignants.

Investissement en matériel : Nos équilibres économiques sont fragiles, l'investissement en matériel pour l'ensemble des établissements a été complexe.

Il a été nécessaire de convaincre de la nécessité de réaliser ces investissements sans avoir la certitude d'un résultat.

Financements :

La demande de financement est reconduite chaque année, ce qui remet en cause tous les ans le déploiement.

La demande de financement varie d'une année sur l'autre. En début de projet, un fort besoin d'accompagnement du formateur était nécessaire pour assurer la démarche.

L'ARS soutient le projet depuis la demande initiale.

7.1.6 Définition des conditions de pérennisation particulières (à l'échelle de votre structure) et générales

Internalisation du formateur : À la suite de l'arrêt d'activité du formateur, il a été décidé d'internaliser la fonction. Cette décision permet de garantir la pérennité du projet sur le pôle MS. Il est nécessaire d'accueillir les nouveaux arrivants, stagiaires et apprentis et de poursuivre l'accompagnement sur site de manière régulière.

Cette internalisation permet également d'étendre l'application de la méthodologie sur le pôle Sanitaire composé de 7 établissements de santé.

- arrivée de la formatrice 05/11/2024 ;
- Collaboration des 2 formateurs du 05/11/2024 au 28/03/2025 sur le pôle MS ;
- Début de l'accompagnement des établissements sanitaires par la formatrice en janvier 2025.

Financements pérennes : il serait souhaitable de pouvoir compter sur un budget formation et acquisition/renouvellement de matériel en pluriannuel pour garantir la pérennité de la démarche sans remplir chaque année un dossier de réponse à un AMI QVCT.

7.2 Indicateurs de moyens

| Coûts engagés sur la période de 2019 à 2023* (cumul N => N du bilan) | | | |
|--|--|------------------|---|
| Postes de dépense | Descriptif | Montant | Soutien mobilisé pour y parvenir (ex AMI....) : indiquer la source et le montant |
| Investissement/location | Renouvellement du parc de lits sur l'ensemble des EHPAD | 370 827 € | Charges d'exploitation des établissements Plan d'investissement des établissements |
| Equipement | Drap de glisse, barrières, matelas, harnais, roues multidirectionnelles, | 134 211 € | Plan d'investissement des établissements |
| Formation | Honoraires du formateur + formation Saint Joseph | 169 907 € | AMI QVCT |
| Entretien / maintenance | | | |
| Moyens humains supplémentaires | Remplacement des professionnels en formation | 204 985 € | AMI QVCT |
| Recours à des prestataires | | | |
| Communication | | | |
| Autre (précisez) | | | |
| Total | | 879 930 € | |

*La subvention obtenue en décembre 2023 est utilisée sur l'année 2024

7.3 Résultats

7.3.1 Indicateurs RH

Les données RH comprennent : Les 6 Ehpad et le Sssiad, ne sont donc pas incluses les données USLD.

- Les données AT et MP sont regroupées

| Appréciation de la QVCT | | |
|---|---------|--------|
| | 2019 | 2023 |
| Taux d'ETP vacants | 0,38 % | 0,27 % |
| Taux d'absentéisme | 7,27 % | 8,57 % |
| Taux de rotation sur effectifs réels | 7,41 % | 3,91 % |
| Taux d'accidents du travail sans arrêt | 14,25 % | 4,76 % |
| Taux d'absentéisme pour accidents du travail et maladies professionnelles | 1,16 % | 0,55 % |
| Taux d'accidents de trajet | 0,22 % | 0,5 % |
| Nombre de CDD de remplacements | - | 886 |
| Taux de démission | - | 3,82 % |

Nous ne disposons pas des données CDD de remplacements et taux de démission pour l'année 2019. Lié à un changement de logiciel.

7.3.2 Indicateurs financiers

| Indicateurs financiers : les données sont issues de l'ERRD, les USLD ne sont donc pas incluses. | | |
|---|----------|------------|
| | 2019 | 2023 |
| Taux de capacité d'autofinancement | 4,50 % | -2,83 % |
| Taux d'endettement | 23,55 % | 20,68 % |
| Résultat comptable | -126 471 | -796 865 * |
| Dépense d'intérim engagée | 1 239 | 24 176 |

*le résultat 2023 s'explique par l'inflation explosive, l'augmentation très significative du coût de l'énergie, des matières premières et de la masse salariale avec des évolutions catégorielles sans compensation suffisante des autorités de contrôle et de tarification.

Les dépenses d'intérim engagées sont supérieures et sont liées à l'USLD en particulier sur l'intérim médical et les IDE.

7.3.3 Autres effets positifs

La mission vous propose également de valoriser d'autres effets positifs, mesurables qualitativement ou quantitativement.

Plusieurs dimensions peuvent ici être mises en avant :

- Des révélateurs de climat, directs ou indirects, en questionnant par exemple le niveau d'engagement des équipes, sa mesure, son renforcement ;
- Des éléments relatifs à la qualité des prises en charge (à titre d'exemple : taux d'hospitalisation, taux de ré-hospitalisation à 30 jours, taux de passage aux urgences, niveau de consommation de certains médicaments, etc.).

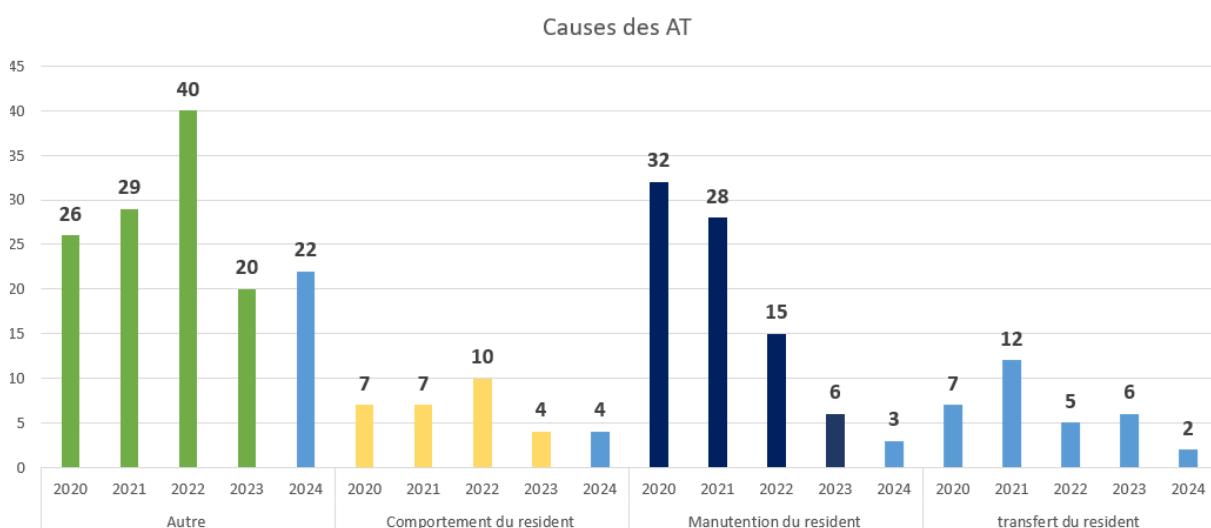
Il s'agit là de mettre en avant d'autres effets bénéfiques de la démarche, qui vous sembleraient appropriés.

Les autres effets positifs sont :

- Les référents ont acquis une nouvelle compétence : La prise de parole en Comité de pilotage pour expliquer l'avancée du déploiement : les réussites et les difficultés sont exposés pour pouvoir progresser collectivement ;
- Les initiatives des référents à organiser des événements en lien avec les Soins de manutention et Humanitude : (réalisation de vidéos, organisation d'une journée défi à destination des professionnels/ résidents/ familles) ;
- La dynamique inter Ehpad permise par ces rencontres ;
- Le Rôle de « formateur » des référents qui enseignent les techniques aux stagiaires et nouveaux arrivants, ce qui valorise les soignants ;
- Les soignants travaillent plus sereinement, l'application des méthodes ne prend pas plus de temps ;
- Un climat social positif lié à une communication fluide entre les équipes de soins et l'équipe de direction, une ambiance de travail agréable, des relations interpersonnelles harmonieuses, et une reconnaissance adéquate du travail accompli où chaque employé se sent valorisé ;
- Une démarche reconnue et valorisée dans les évaluations externes d'avril 24 ;
- Le prix Human Trophy 2022 remporté dans la catégorie Mieux vivre au travail ;
- Le maintien de l'autonomie des résidents en maintenant leur capacité résiduelle et en proscrivant les soins en force.

7.3.3.1 Autres indicateurs d'impact

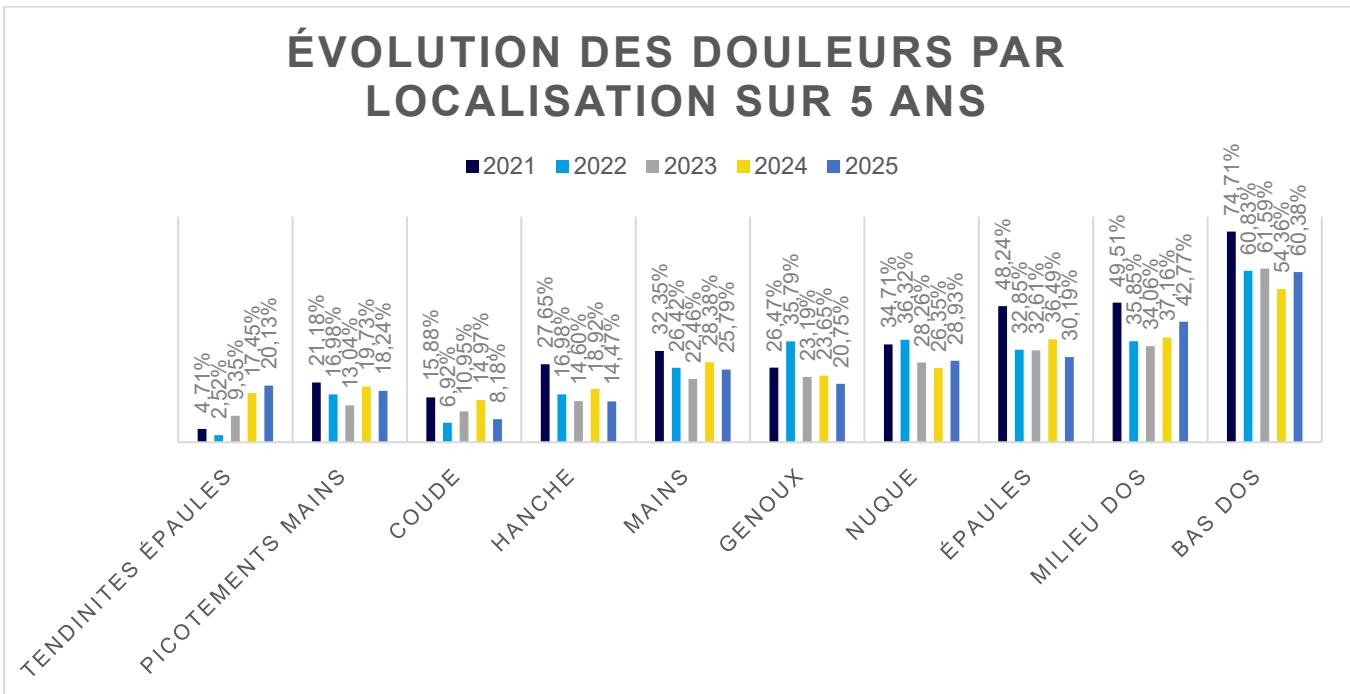
Evolution des causes d'AT



| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Evolution 24/21 |
|--------------|------|------|------|------|--------------------|
| Autre | 29 | 40 | 20 | 22 | - 24,14 % |
| Comportement | 7 | 10 | 4 | 4 | - 42,86 % |
| Manutention | 28 | 15 | 6 | 3 | - 89,29 % |
| Transfert | 12 | 5 | 6 | 2 | - 83,33 % |

La mise en place des soins de manutention et de l'Humanitude a permis de réduire considérablement les AT liés aux manutentions (89 %), transferts (83 %) et aux comportements du résidents (42 %)

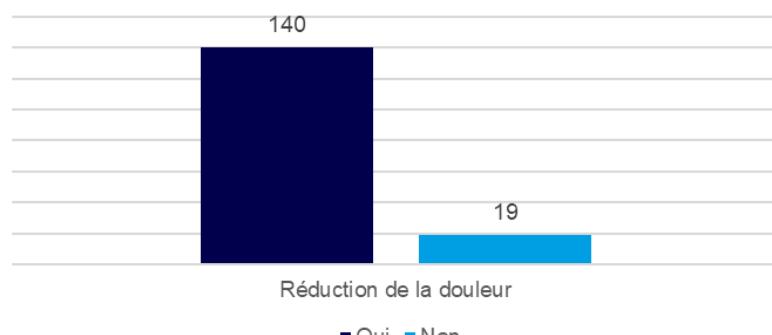
Evolution des douleurs ressenties par les soignants selon différentes localités



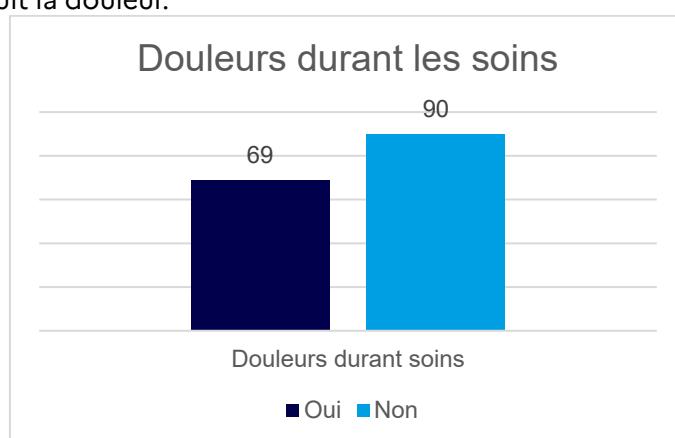
Les douleurs ressenties sont majoritairement localisées au niveau du dos, des épaules et de la nuque.

L'application des méthodes a permis une diminution des douleurs. Nous constatons qu'un seuil semble être atteint puisque la baisse stagne.

L'application des techniques de SDM
réduit la douleur



Après enquête, 88 % des soignants déclarent que l'application des techniques de Soins de manutention ont réduit la douleur.



En revanche durant le soin, 43 % déclarent ressentir des douleurs. Il nous faut affiner ce résultat lors de la prochaine enquête pour comprendre le motif de ces douleurs (Douleur chronique liée aux années de pratique ? Mauvaise utilisation du matériel ? ...)