

Promouvoir la santé au travail et la qualité des soins dans les EMS et CMS valaisans : co-construction de pistes d'action

Rapport final, 14.01.2025

CONTEXTE

Cette étude a été menée par la Haute Ecole de Santé Valais (HEdS), sur mandat du Service de protection des travailleurs et des relations du travail, en collaboration avec le Groupement valaisan des CMS (GVCMS) et l'association valaisanne des établissements médico-sociaux (AVALEMS). Elle a fait suite à l'enquête « Evaluation de l'impact des conditions de travail sur la qualité des soins, à partir des perceptions du personnel soignant diplômé et en formation » (Genolet et al., 2020a). A l'issue de cette enquête, 14 pistes d'actions ont été formulées, pour contribuer simultanément à la qualité des soins et à l'amélioration des conditions de travail.

La présente étude a visé à compléter et prioriser ces pistes, à partir des expériences du personnel de terrain. L'objectif était de fournir une liste revue et approfondie des pistes d'action, adaptées aux spécificités des CMS et EMS valaisans. Ces recommandations devaient pouvoir servir à la fois aux directions d'institutions et à l'inspection du travail. L'étude s'est divisée en deux temps : le premier s'est fondé sur des entretiens individuels (français et allemand), et le second sur un atelier avec des représentant-es des institutions.

PHASE 1 : ENTRETIENS INDIVIDUELS

METHODE

Constitution de l'échantillon

Le GVCMS nous a transmis les coordonnées de dix personnes, et l'AVALEMS six. Quatre personnes souhaitaient participer uniquement aux ateliers, et une n'a pas pu être rencontrée.

Questionnaire préalable

Un questionnaire a été envoyé à l'avance à chaque personne, afin qu'elle évalue la pertinence des pistes de l'étude antérieure ; celles-ci avaient été préalablement retravaillées et clarifiées. Les 14 pistes se sont déclinées en 17 suggestions. Pour chacune, les participant-es devaient indiquer si elle leur semblait (i) tout à fait pertinente, (ii) assez pertinente, (iii) peu pertinente, (iv) pas du tout pertinente ou (v) difficile à comprendre. Il leur était ensuite demandé si d'autres pistes d'action permettraient de promouvoir à la fois la santé au travail et la qualité des soins. Afin de pouvoir discuter des réponses pendant les entretiens, les questionnaires étaient nominatifs. Pour décrire l'échantillon, le type d'institution et l'ancienneté ont aussi été relevés. Les questionnaires ont été développés sur l'outil Forms et analysés avec Excel.

Entretiens

Avant l'entretien, chaque personne a reçu un courriel contenant un rappel du contexte de l'étude, une fiche de synthèse de l'enquête précédente (Genolet et al., 2020b), les informations pratiques du rendez-vous, ainsi qu'un lien pour compléter le questionnaire. Lors des entretiens, les personnes interviewées ont priorisé les 17 pistes d'action et expliqué pourquoi certaines leur paraissaient moins pertinentes. Les mesures prioritaires ont été approfondies, en demandant aux personnes comment elles envisageaient leur mise en place. Enfin, les enquêtrices leur ont demandé leurs préférences horaires pour un atelier. Dans le Haut-Valais, la possibilité d'y participer en français a été évoquée. Il a aussi été suggéré aux personnes de recruter des collègues ou connaissances, afin de pouvoir augmenter la couverture dans cette partie du canton. Les entretiens ont eu lieu entre le 10 octobre et le 16 novembre 2023. Ils ont duré en moyenne 64 minutes (40 à 75 minutes).

RESULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

Onze personnes ont été vues en entretien ; dix ont répondu au questionnaire préalable. Une personne était présente à l'entretien sans avoir répondu ; une personne a été remplacée par une collègue au dernier moment. La majorité était des femmes (9/11) et travaillait dans un CMS (7/11). Seules trois participantes ayant répondu au questionnaire travaillaient en Haut-Valais, et deux seulement ont participé à un entretien. L'ancienneté médiane dans l'institution s'élevait à 9.5 ans (4 à 35), et dans la profession à 15 ans (5 à 40). Plus de la moitié (6) officiait comme infirmière, avec ou sans responsabilités de conduite. Une ergothérapeute, un responsable support et prestation, une aide familiale et un responsable du maintien à domicile ont aussi participé.

Pertinence des pistes d'action proposées

Dans le questionnaire, les personnes interviewées ont jugé de la pertinence des pistes d'action ci-dessous (cf. aussi Figure 1) :

1. Former les personnes en charge des horaires, à partir des données scientifiques actuelles ;
2. Associer le personnel à la construction des horaires, pour en favoriser l'acceptation et l'adéquation aux besoins ;
3. Dans la construction des horaires, recourir à des indicateurs de risque et de fatigue objectifs, validés scientifiquement ;
4. Adapter les effectifs à l'évolution des patient-es ou résident-es, en associant le jugement professionnel à des mesures objectives de la charge de travail (p.ex. outil informatique de documentation des activités en temps réel) ;
5. Aménager les locaux insatisfaisants, avec une attention particulière aux salles de bain, souvent problématiques ;

6. Profiter des travaux de transformation pour mettre aux normes les bâtiments, en impliquant le personnel, voire des ergonomes et spécialistes en santé au travail ;
7. Mener une réflexion sur l'aménagement des locaux de pause et des tisaneries, afin que le personnel soignant ait un lieu agréable où s'arrêter quelques minutes dans son travail ;
8. Renforcer la collaboration entre physiothérapeutes, infirmier·ères, ASSC, aides-soignant·es et auxiliaires de santé, pour *définir les méthodes* de mobilisation et de manutention de patient·es ou résident·es ;
9. Renforcer cette collaboration, pour *développer le niveau de connaissances du personnel* sur la mobilisation et la manutention des patient·es ou résident·es ;
10. Renforcer l'équipement des établissements en moyens auxiliaires de manutention, ainsi que la formation à leur utilisation, pour prévenir les troubles musculosquelettiques ;
11. Organiser régulièrement des rencontres dans les unités de soins, afin d'échanger sur le travail et les difficultés rencontrées, renforcer la cohésion, et définir en commun des réponses aux situations de travail difficiles ;
12. Intégrer systématiquement, dans les colloques et les transmissions, un point sur les difficultés rencontrées pendant un service, afin d'améliorer la prise en charge et d'anticiper les problèmes potentiels à la suite du changement d'équipe ;
13. Promouvoir les échanges interprofessionnels, pour favoriser le soutien social entre les différentes professions ;
14. Développer des formes de mentorat pour les responsables des entretiens d'évaluation du personnel, de manière à inclure également les questions de santé au travail ;
15. Inciter les institutions à faire évoluer leur culture, pour limiter le fait de venir travailler bien qu'on soit malade ;
16. Développer un concept institutionnel de gestion des conflits ;
17. Favoriser la communication interne sur les stratégies de l'institution, de manière à contribuer au sens du travail, à la culture d'entreprise et à la projection dans l'avenir.

Toutes ces pistes ont été jugées pertinentes, en particulier les pistes P6, P8, P9, P10, P2, P4 et P14 (dans l'ordre décroissant de pertinence). Pour les autres, les avis ont été plus nuancés, soit qu'elles ont donné lieu à des difficultés de compréhension (P5, P15 et P17), soit qu'elles ont été jugées peu pertinentes par une ou deux personnes (P1, P7, P12, P13 et P15), soit que moins de personnes les ont jugées tout à fait pertinentes (P3, P11 et P16).

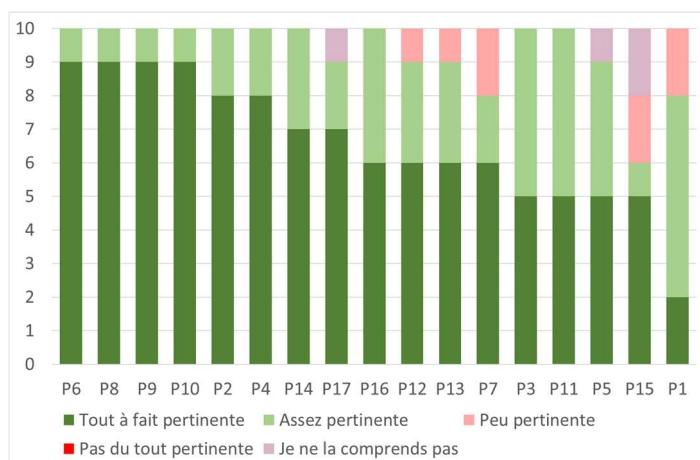


Figure 1 : Évaluation de la pertinence des pistes d'action

Pistes d'actions jugées les plus pertinentes

Les pistes jugées les plus pertinentes concernent la mise aux normes des bâtiments, lors de transformations, en tenant compte des besoins de l'ensemble des personnes concernées (P6), la collaboration interprofessionnelle et les moyens auxiliaires pour une meilleure prise en charge et pour prévenir les risques professionnels (P8, P9 et P10), l'association du personnel à la construction des horaires (P2), l'adaptation des effectifs aux besoins des bénéficiaires (P4) et l'inclusion des questions de santé au travail lors des entretiens d'évaluation (P14).

Concernant la piste P6 (mise aux normes des bâtiments), les personnes ont relevé qu'il est opportun de consulter les usagers et usagères. Plusieurs ont indiqué que leurs bâtiments devenaient trop petits. Certaines ont mentionné que supprimer une chambre d'EMS, pour aménager un local spécifique, représente une perte financière pour l'établissement. Deux aspects supplémentaires ont été soulignés. D'une part, l'augmentation des températures, du fait du réchauffement climatique, nécessite d'adapter les infrastructures. D'autre part, certaines technologies et aménagements permettent de réduire les déplacements dans les couloirs d'EMS (ascenseurs, tubes pneumatiques, etc.).

Les pistes P8, P9 et P10 (mobilisation et manutention des patient·es) ont souvent été traitées conjointement par les personnes interrogées. Elles sont toutes d'accord sur l'importance de ces mesures et essaient de les mettre en place, autant que possible, par des collaborations interprofessionnelles. Les techniques de manutention sont choisies en tenant compte des besoins des bénéficiaires et du personnel, ainsi que des ressources à disposition. Des physiothérapeutes et des ergothérapeutes sont sollicités ; cependant, le coût et la planification sont problématiques. Par exemple, dans le cas des EMS, les déplacements ne peuvent pas être facturés par les physiothérapeutes ; de ce fait, ils voient les résident·es dans un laps de temps prédéterminé, qui ne correspond pas nécessairement à la disponibilité du personnel pour un échange ou des indications pour la manutention. Plusieurs personnes ont souligné que la prévention des troubles musculosquelettiques était très importante, afin de prévenir des absences perlées ou de longue durée, au vu de la pénurie de personnel. Pour le personnel présentant des troubles musculo-squelettiques, le délai d'accès à des soins a également été relevé comme problématique.

Associer le personnel à la construction des horaires (P2) est jugé important, afin que celui-ci puisse, d'une part, faire remonter les besoins du terrain et que, d'autre part, certaines contraintes puissent également être expliquées aux collaborateurs et collaboratrices, afin de favoriser leur compréhension et leur acceptation. Une personne a toutefois relevé que travailler dans ces milieux implique des horaires irréguliers, du week-end et du soir, que ceci ne peut pas être modifié et que les personnes qui s'engagent dans le métier doivent en être conscientes et y être préparées, y compris pendant leur formation.

Concernant la P4 (adaptation des effectifs), une attention y est déjà portée, selon les besoins des bénéficiaires. Cependant, la pénurie de personnel y fait obstacle. Il est difficile de trouver du personnel qualifié en adéquation avec les postes. Les équipes ont tendance à être en sous-effectif, et la gestion des absences est compliquée. Des systèmes de soutien entre équipes ont été mis en place, pour pallier cette problématique ; ils sont toutefois limités par les besoins de prise en charge des bénéficiaires et la disponibilité des équipes. Dans un EMS, une personne a relevé que le système BESA ne permet pas une adaptation rapide des effectifs (de mois en mois uniquement). Elle a également indiqué que la version actuelle ne permet pas la saisie de toutes les prestations, d'où un manque à gagner pour les établissements ;

dans les versions ultérieures, des prestations supplémentaires peuvent être saisies.

Concernant la P14 (mentorat pour le personnel en charge des entretiens d'évaluation du personnel), les répondants relèvent l'intérêt d'intégrer la santé au travail dans les entretiens, afin de prendre soin du personnel. Dans une certaine mesure, il s'agit de se détacher des objectifs opérationnels et d'offrir davantage d'espace pour aborder le vécu au travail et faire remonter les problématiques du terrain. Une personne du Haut-Valais a précisé que, dans certaines institutions, une formation continue en gestion d'équipe et leadership est exigée pour occuper un poste de cadre. C'est également le cas dans certaines institutions du Valais romand. La conduite d'entretien et la santé au travail sont abordées dans ces formations.

Pistes d'action jugées moins pertinentes

Ces pistes touchent aux échanges à l'intérieur des équipes (P11, P12 et P13), aux horaires (P1 et P3), aux locaux (P5 et P7), au présentisme (P15), à la gestion des conflits (P16) et à la stratégie de l'institution (P17). Elles sont présentées ci-dessous dans l'ordre décroissant de pertinence.

La P17 (communication interne sur les stratégies de l'institution) a été considérée, dans l'ensemble, comme intéressante. Les personnes interviewées ont cependant relevé que le personnel n'est pas forcément réceptif à ce type d'information, qui peut lui paraître abstrait, lorsqu'il n'est pas directement concerné.

Concernant la P16 (gestion des conflits), les personnes ont indiqué que les conflits sont généralement pris en charge et que le personnel sait à qui s'adresser, sans qu'un concept soit toujours formalisé. Bien que cette mesure ne soit pas jugée prioritaire, il y a néanmoins un consensus sur son importance.

La P12 (point sur les difficultés, lors des colloques et transmissions) a été classée comme peu pertinente par une personne travaillant en CMS. Dans son institution, les transmissions sont effectuées uniquement par écrit. Lorsqu'un cas difficile se présente avec un ou une cliente, un rapport accessible à tout le monde est créé. Les CMS utilisent des tablettes, avec un *chat* pour échanger entre collègues, en cas de difficultés. Cette personne a également estimé que les pratiques actuelles, en matière de colloques, étaient suffisantes.

Concernant la P13 (échanges interprofessionnels), certaines personnes ont relevé que les pratiques sont déjà suffisamment développées. Cette piste n'a pas suscité de remarques.

La P7 (aménagement des locaux de pause et des tisaneries) est perçue différemment entre les EMS et CMS, et selon la fonction. En effet, les personnes travaillant dans les soins à domicile indiquent prendre leur pause à l'extérieur, entre deux visites. Néanmoins, la plupart ont relevé que ces espaces sont nécessaires, pour prendre un café en début de journée, revenir dîner à midi, ou pour le personnel administratif. Dans les EMS, l'application de cette piste serait plus importante encore. Cet espace y étant souvent inexistant, les personnes sont sollicitées par des résident-es ou leurs proches, pendant les pauses. Par ailleurs, il a été relevé qu'une retenue est de mise, dans la mesure où le personnel est observé et entendu par les résident-es et les visites. Les personnes interviewées ont estimé que cette suggestion n'est toutefois pas une priorité.

Concernant la P3 (indicateurs de risque et de fatigue objectifs dans la construction des horaires), les entretiens ont évoqué la difficulté de détecter la fatigue et de faire remonter cette information, si le personnel n'en parle pas. Le manque de marge de manœuvre pour adapter les horaires, du fait d'effectifs insuffisants, a aussi été relevé. En outre, le type d'indicateurs

mentionné dans l'énoncé de la piste d'action n'a pas été compris par tout le monde. Il s'agit de méthodes venant de l'aviation civile, et leur usage est encore peu répandu dans les soins.

La piste P11 (rencontres dans les unités de soins pour aménager des réponses communes aux situations difficiles) n'a pas été jugée tout à fait pertinente. Selon les personnes interviewées, le nécessaire est déjà en place. Toutefois, certaines ont indiqué que les équipes sont arrivées au bout de leur créativité et de ce qu'elles peuvent améliorer ; des mesures devraient être prises aux échelons supérieurs (directions d'établissement, Etat et système de santé). Deux personnes ont relevé la nécessité d'une plus grande communication avec les hôpitaux, pour éviter que des patients ou patientes soient renvoyées à domicile ou en EMS, alors que leur prise en charge n'est pas garantie. Ces transferts engendrent une surcharge et du stress, notamment lorsqu'ils surviennent le vendredi. Une meilleure collaboration et une compréhension accrue, de la part des hôpitaux, des moyens de prise en charge en extrahospitalier, permettraient de préparer ces retours et de garantir des soins adéquats.

Pour la P5 (aménagement des locaux problématiques comme les salles de bain), la question des coûts des aménagements a été évoquée autant par le personnel des EMS que des CMS. Dans les soins à domicile, les aménagements nécessaires sont compliqués par la précarité financière des bénéficiaires. Des moyens auxiliaires sont cependant utilisés, si possible, pour contourner les barrières structurelles.

La piste P15 (limiter le fait de venir travailler en étant malade) a suscité deux incompréhensions et donné lieu à des débats lors des entretiens. Deux phénomènes sont présents : d'une part, les personnes qui viennent travailler en étant malades, pour ne pas surcharger l'équipe et pour assurer les soins (surtout dans les équipes ayant une bonne cohésion) ; d'autre part, celles qui se portent trop souvent malades et dont les absences répétées impactent la charge de travail et le climat de l'équipe. La pénurie de personnel complexifie la gestion de ces situations. Dans certaines structures, des entretiens sont menés au retour des personnes absentes, d'abord informellement, puis plus officiellement quand ces absences deviennent répétées. Des personnes ont également relevé que la pandémie avait généré des messages contradictoires dans la gestion des absences maladie ; le personnel malade a été initialement invité à rester à domicile, puis à venir travailler avec le port du masque.

Enfin, la piste P1 (former les personnes en charge de la planification des horaires) est jugée peu prioritaire ou peu utile. Les personnes rencontrées jugent plus important l'échange avec les responsables de la planification : la connaissance du terrain et de l'organisation du service sont prioritaires pour la planification. Les aspects légaux sont connus, mais parfois difficilement applicables, en raison du manque d'effectifs.

Suggestions supplémentaires

En fin d'entretien, toutes les personnes ont suggéré entre une et quatre pistes supplémentaires. Nous les avons regroupées en quatre catégories :

1. **Soutien en matière de santé au travail** : accès à un service de médecine du travail, prestations de physiothérapie et d'ergothérapie pour le personnel, sensibilisation et audits relatifs à la santé et à la sécurité au travail ;
2. **Formation** : immersion dans la réalité du travail avant et pendant la formation de base, sensibilisation sur le maintien de la distance professionnelle dans les soins à domicile, prévention de la violence au domicile ;

3. **Gestion des équipes** : team building et moments de partage hors travail, valorisation et reconnaissance, connaissance du terrain chez les cadres ;
4. **Conditions-cadres** : salaires, effectifs, uniformisation de processus de gestion, soutien à la garde d'enfants, financement des adaptations du domicile et des moyens auxiliaires.

Ces suggestions seront reprises plus bas, dans la description de la phase 2 du projet.

DISCUSSION

Cette première phase du projet a permis de recueillir les avis de professionnels et professionnelles de la santé, sur les pistes d'action proposées à l'issue de l'enquête de 2020. Ces pistes ont toutes été jugées pertinentes, en particulier la consultation du personnel dans les transformations de bâtiments, la collaboration interprofessionnelle pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires, la participation du personnel à la construction des horaires, l'adaptation des effectifs aux besoins de la patientèle, ainsi que l'inclusion des questions de santé au travail lors des entretiens d'évaluation. Les personnes interviewées relèvent toutefois que les moyens dont elles disposent, pour mettre en œuvre ces mesures, sont limités. Elles ont également évoqué une quinzaine de pistes d'actions supplémentaires, touchant à la santé au travail, à la formation, à la gestion d'équipe et aux conditions-cadres.

Les méthodes d'investigation ont fonctionné adéquatement. Le questionnaire préalable à l'entretien s'est avéré rapide et pratique d'utilisation. L'entretien a permis de recueillir les opinions des personnes, ainsi que des propositions supplémentaires, dans un laps de temps réduit. La petite taille de l'échantillon limite les possibilités de généralisation à l'ensemble du personnel des EMS et CMS. L'objectif n'était toutefois pas de produire des résultats généralisables, mais de récolter du matériel pour alimenter des ateliers de discussion, prévus dans la seconde phase du projet et décrits ci-après.

PHASE 2 : ATELIER PARTICIPATIF

Pour cette seconde phase, deux ateliers de trois heures étaient envisagés, l'un en français et l'autre en allemand, avec des personnes de différents métiers et niveaux hiérarchiques. Celles-ci devaient être réparties en groupes hétérogènes (fonctions et établissements différents). Il était prévu de commencer par présenter la liste des pistes d'action et des suggestions supplémentaires décrites ci-dessus. Les ateliers devaient être organisés en plusieurs *rounds*, chacun dédié à l'une des questions suivantes :

1. Réactions par rapport aux pistes d'action de la phase 1 ;
2. Expérience avec des mesures similaires déjà en place ;
3. Priorisation selon la pertinence et la faisabilité des pistes ;
4. Obstacles à lever, ressources et acteurs à mobiliser pour concrétiser les idées prioritaires.

Toutefois, mobiliser du personnel de terrain pendant trois heures s'est avéré particulièrement compliqué. Après un essai de planification infructueux, il a été décidé, en accord avec l'AVALEMS et le GVCMS, de nous limiter à un atelier, et de le faire à l'occasion d'une rencontre des cadres des EMS et CMS. La durée a été réduite de trois à deux heures. Par conséquent, seuls les questions 3 et 4 ci-dessus ont été traitées.

METHODE

Constitution de l'échantillon

Les participant·es ont été recruté·es par le directeur de l'AVALEMS et la secrétaire générale du GVCMS. Pour participer, ils devaient faire partie du personnel d'un EMS ou CMS valaisan.

Atelier

L'atelier s'est tenu le 2 septembre 2024. Les personnes ont reçu au préalable un email de la part de leur faïtière, avec deux documents rédigés par la HEDS : une factsheet synthétisant les résultats de l'enquête de 2020 (Genolet et al., 2020b), ainsi que le rapport intermédiaire présentant les résultats de la phase 1 (Carrard et al., 2024). Les propositions supplémentaires issues des entretiens ont été reformulées et numérotées de 18 à 35, à la suite des 17 pistes d'action présentées aux participant·es de la phase 1. Elles sont listées ci-après :

18. Proposer un accès à un service de médecine du travail pour que le personnel puisse bénéficier d'une prise en charge professionnelle, rapide et en-dehors de l'organisation.
19. Proposer un accès à des soins et à des tarifs préférentiels auprès de physiothérapeutes ou ostéopathes (voire engagement au sein des faïtières) afin d'assurer une prise en charge rapide pour diminuer le risque de complications et d'absence, mais également diminuer la charge financière (douleurs et blocages inhérents au métier).
20. Sensibiliser le personnel à la santé et à la sécurité au travail (informations, journées thématiques, etc.) pour permettre une meilleure prévention.
21. Mettre en place des audits qualité sur la thématique de la santé et sécurité au travail, pour faire remonter les situations problématiques et faire évoluer les procédures et les conditions de travail.
22. Sensibiliser à la réalité du terrain avant et pendant la formation de base (nature du travail, horaires, responsabilités) afin de limiter les abandons de formation ou du métier.
23. Renforcer les formations continues, y compris en mettant du temps à disposition pour favoriser les échanges, afin de développer les compétences et améliorer la qualité des soins.
24. Sensibiliser au maintien de la distance professionnelle (notamment dans le cadre des visites à domiciles) afin de veiller au maintien d'une distance relationnelle adéquate et de pouvoir poser des limites à la prise en charge.
25. Sensibiliser et former le personnel intervenant seul à domicile sur la thématique de la violence afin de la prévenir et augmenter les compétences de gestion de ces situations.
26. Soutenir des activités de Team building et des moments de partage hors travail, pour favoriser la connaissance mutuelle, le sentiment d'appartenance et la cohésion d'équipe.
27. Instaurer des temps d'échanges et de remerciement avec le personnel, afin de favoriser la communication, la reconnaissance et la satisfaction au travail.
28. Impliquer le personnel dans des projets, afin de favoriser le développement de compétences et la satisfaction au travail.
29. Maintenir un pourcentage de travail dans les soins pour les responsables afin qu'ils ou elles maintiennent une bonne connaissance du terrain et des difficultés rencontrées.
30. Augmenter les salaires pour favoriser la poursuite de l'exercice du métier par une meilleure reconnaissance de qualification et de l'ancienneté ainsi que par la prise de postes

à temps partiel (diminution de la fatigue et des troubles musculosquelettiques).

31. Augmenter les effectifs pour permettre leur adaptation au travail à effectuer à brève échéance, voire le jour-même.
32. Uniformiser des processus et des lignes directrices, au niveau cantonal, pour diminuer la charge de travail dans les organisations (économies d'échelle).
33. Créer des crèches communes à plusieurs organisations au sein d'une même région, afin de proposer des solutions de garde adaptées aux horaires de travail (prolongés, week-ends).
34. Proposer des formes de soutien financier à la garde d'enfants compte tenu du niveau salarial dans certaines professions, pour favoriser la poursuite de l'exercice du métier.
35. Améliorer la prise en charge financière de l'aménagement du logement/locaux et des moyens auxiliaires pour prévenir les troubles musculosquelettiques chez le personnel.

Au début de l'atelier, les personnes ont été réparties en cinq groupes mélangeant les fonctions, les deux types d'institutions et les régions. Après un bref rappel du contexte et une rapide présentation de chacun et chacune, elles ont été invitées à évaluer individuellement, via l'outil en ligne Wooclap, l'importance des 35 pistes d'action issues de l'enquête et des entretiens. Chaque piste a été cotée sur une échelle de 1 (très faible importance) à 10 (extrêmement importante), selon la consigne : « Sur quelles mesures pensez-vous qu'il est important de travailler aujourd'hui ? ». Il a été spécifié que ces mesures devaient pouvoir être mises en place à l'échelle d'une institution, et pas à celle de l'individu ou du politique. Pour faciliter la réflexion, les 35 pistes étaient également mises à disposition dans un document, en français et en allemand. Dans un second temps, les personnes ont classé (sur Wooclap), en fonction de leur niveau de faisabilité dans l'institution, les 10 mesures jugées les plus importantes. Pour cela, elles leur ont donné une valeur entre 1 (la moins faisable) et 10 (la plus faisable). Chaque niveau ne pouvait être utilisé qu'une seule fois.

La deuxième partie de l'atelier s'est concentrée sur l'identification de moyens pour la mise en place des cinq mesures jugées les plus faisables. Chaque groupe a bénéficié de 40 minutes pour approfondir deux mesures et a été accompagné par un membre de l'équipe de recherche, par la secrétaire générale du GVCMS ou par le directeur de l'AVALEMS. Chacun a répertorié ses réflexions dans l'outil en ligne Padlet. L'atelier s'est terminé par une mise en commun et une discussion sur la base de la présentation des réflexions de chaque groupe.

RESULTATS

Caractéristiques de l'échantillon

L'atelier a réuni 22 personnes (11 femmes et 11 hommes) de 14 établissements. Douze personnes travaillaient dans des CMS. Les corps de métier suivants étaient représentés : direction (7), gestion des ressources humaines (6), direction des soins (4), technique (2), qualité (1) et intendance (1).

Importance des pistes d'action

En moyenne l'importance des pistes se situait entre 4.7 et 7.7 sur une échelle de 10, 10 étant le plus important. Presque deux tiers des pistes (23 sur 35) se situaient entre 6 et 7, ce qui montre que de nombreuses actions sont jugées pertinentes (cf. Figure 2). Les dix mesures jugées les plus importantes sont listées ci-dessous. Bien que la mesure 31 (augmentation des effectifs) ait reçu le

même score d'importance que les mesures 10, 25 et 29, nous avons décidé de ne pas la retenir pour l'évaluation de la faisabilité, car elle ne relève pas de la compétence stricte des institutions.

8. Renforcer la collaboration interprofessionnelle pour définir les méthodes de mobilisation et de manutention ;
9. Renforcer la collaboration interprofessionnelle pour développer le niveau de connaissances du personnel sur la mobilisation et la manutention ;
10. Renforcer l'équipement des établissements en moyens auxiliaires de manutention, ainsi que la formation à leur utilisation ;
17. Favoriser la communication interne sur les stratégies de l'institution ;
22. Sensibiliser à la réalité du terrain avant et pendant la formation de base ;
23. Renforcer les formations continues, y compris en mettant du temps à disposition à temps à disposition ;
25. Sensibiliser et former le personnel intervenant seul à domicile sur la thématique de la violence ;
28. Impliquer le personnel dans des projets ;
29. Maintenir un pourcentage de travail dans les soins pour les responsables ;
33. Créer des crèches communes à plusieurs organisations, au sein d'une même région.

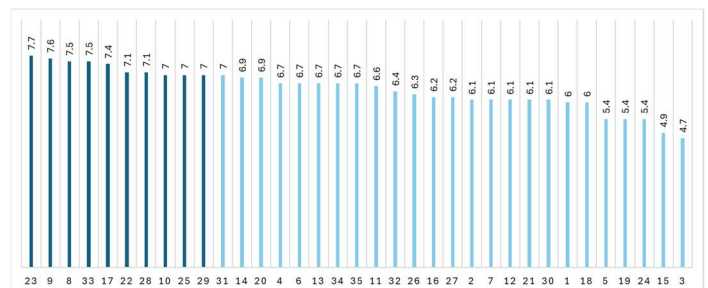


Figure 2: Classement des pistes selon leur importance (la numérotation des pistes est indiquée dans le texte)

Faisabilité des pistes d'action

En moyenne la faisabilité de ces 10 pistes se situait entre 3.6 et 7.1, 10 étant la plus faisable ; 9 se retrouvaient dans une fourchette située entre 5.0 et 7.1 (cf. Figure 3). Pour la discussion sur la mise en œuvre, nous avons retenu les 5 pistes jugées les plus faisables : la 8, la 9, la 17, la 22 et la 23 (voir les intitulés dans la colonne de gauche). Dans la suite de l'atelier, les mesures 9, 17 et 22 ont été discutées chacune par deux groupes, la mesure 8 par un groupe et la mesure 23 par trois groupes.

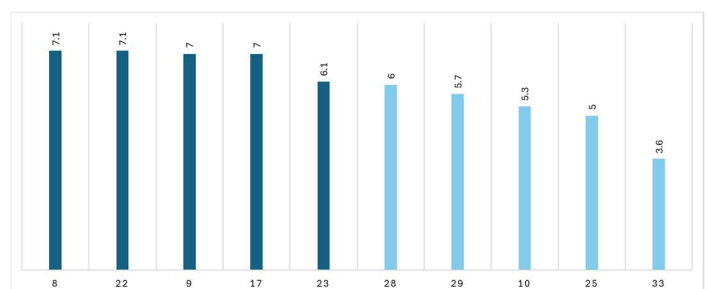


Figure 3: Classement des pistes selon leur faisabilité (la numérotation est indiquée dans le texte)

Réflexion pour la mise en œuvre des cinq pistes prioritaires

Pistes 8 : Renforcer la collaboration interprofessionnelle, pour définir les méthodes de mobilisation et de manutention des bénéficiaires

Les participants et participantes suggèrent de renforcer la collaboration interprofessionnelle autour des questions de mobilisation et de manutention. Ceci pourrait se faire par des formations, internes ou externes, et par de la sensibilisation du personnel sur la kinesthésique, les principes pour le déplacement sécuritaire de bénéficiaires, etc. Les ergothérapeutes de l'institution pourraient animer des formations, conduire des interventions ou assurer une présence sur le terrain à la demande. La personne en charge de la santé et de la sécurité au travail devrait avoir une formation dans ce domaine. Les conseils de mobilisation et de manutention devraient aussi s'étendre à l'aménagement des postes de travail. La présence du personnel soignant lors de séances de physiothérapie des patient-es ou résident-es pourrait aussi permettre de définir les méthodes et moyens de mobilisation à utiliser au cas par cas.

Il a également été relevé qu'il serait intéressant de posséder des outils d'évaluation des situations à risque, afin de pouvoir solliciter des spécialistes, au bon moment, pour prévenir les troubles musculosquelettiques. Enfin, les réalités différentes des EMS et des CMS ont été évoquées. Les soignant-es en CMS doivent s'adapter au domicile de la clientèle, alors que, en EMS, les locaux et le mobilier sont en principe adaptés.

Piste 9 : Renforcer la collaboration interprofessionnelle, pour développer le niveau de connaissances du personnel sur la mobilisation et la manutention des bénéficiaires

Actuellement, les ergothérapeutes interviennent sur demande dans les deux types d'institutions, pour donner des informations sur la mobilisation et la manutention des bénéficiaires. Afin de renforcer la collaboration interprofessionnelle, il s'agirait d'abord d'identifier l'existant et les besoins du personnel. En effet, les informations transmises, par exemple via des formations, devraient être adaptées aux spécificités de chaque institution et au niveau de connaissance préexistant. Plusieurs pistes ont été évoquées :

- Formation interne par une personne, lors des séances d'équipes et colloques ;
- Formation par les stagiaires, apprenti-es ou étudiant-es, dans le cadre de leur stage ;
- Formation du nouveau personnel, lors des journées d'intégration par les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes sur les notions de manutention et de troubles musculosquelettiques ;
- Diffusion de capsules vidéo en ligne, pour amener de nouvelles techniques ou mettre à jour les connaissances ;
- Collaboration avec les fournisseurs ;
- Implication des physiothérapeutes et ergothérapeutes internes à l'institution, en tant que personnes-ressources.

Afin de bénéficier des connaissances des physiothérapeutes ou ergothérapeutes internes, très sollicités par leur activité clinique, il serait judicieux de leur offrir une reconnaissance de leur travail de prévention et, idéalement, d'intégrer un pourcentage dévolu à cette tâche, dans leur cahier des charges. Enfin, nous nous permettons de compléter les réponses des participant-es, en évoquant la possibilité de faire appel à des ergonomes, c'est-à-dire des spécialistes de l'analyse de l'activité et de l'adaptation

des conditions de travail, tant au niveau physique qu'organisationnel et cognitif.

Piste 17 : Favoriser la communication interne sur les stratégies de l'institution, de manière à contribuer au sens du travail, à la culture d'entreprise et à la projection dans l'avenir

Selon les personnes présentes, cette communication relève de la direction. Il s'agit avant tout d'identifier les canaux existants et possibles (p.ex. assemblées, colloques, intranet, newsletter, affichage, circulaire jointe au bulletin de salaire), selon la nature du message. La communication par voie numérique a été relevée comme pratique et rapide ; cependant, la difficulté à toucher l'ensemble du personnel a été mise en exergue. En effet, toutes et tous n'ont pas accès à un support numérique (ordinateur ou tablette). Certaines institutions résolvent cette difficulté en défrayant leur personnel pour l'utilisation de leur téléphone privé (p.ex. installation d'une application). L'importance de diversifier les canaux en tenant compte de la nature du message, de communiquer de manière simple et abordable pour tout le personnel, ainsi que de transmettre des messages positifs et valorisants, a été soulignée. Les collaborateurs et collaboratrices sont considérées comme des partenaires. Il s'agit de les rassurer quant à leur rôle dans la mission de l'institution, par la mise en évidence d'exemples concrets de leur apport. Selon les messages, des espaces de questionnement et d'échanges doivent pouvoir être proposés.

L'accueil d'une nouvelle collaboratrice ou d'un nouveau collaborateur a été identifié comme un moment important et privilégié. Il permet d'instruire la personne sur certains aspects, comme les procédures de travail (qui doivent être rédigées clairement) ou la santé et la sécurité au travail. C'est également l'occasion d'approfondir la présentation de l'institution (mission, vision, valeurs, fonctionnement, culture, etc.). Une charte, rédigée ou révisée de manière participative, devrait être affichée et expliquée à chaque membre du personnel, afin de pouvoir l'impliquer dans sa mise en œuvre. Le personnel, les responsables et les directions se doivent de crédibiliser ces éléments par des actes concrets, ainsi que de la réactivité lors de manquements.

La formation des cadres a également été soulignée comme une influence essentielle sur la communication interne. Les cadres étant des relais entre les directions et le personnel, il est important qu'ils soient bien informés sur l'institution, que leur management corresponde à celui souhaité par la direction, et qu'ils soient porteurs de messages clairs, qu'ils peuvent transmettre auprès de leurs équipes lors de colloques.

Une réflexion a été soulevée, quant à l'évaluation de l'impact des mesures visant à rendre la communication plus efficiente. Les mesures, telles que l'envoi de newsletters, ne sont généralement pas évaluées, par exemple au travers de taux d'ouverture ou de taux de lecture. De manière générale, cette évaluation a été considérée comme difficile à mettre en œuvre.

Piste 22 : Sensibiliser à la réalité du terrain avant et pendant la formation de base (nature du travail, horaires, responsabilités) afin de limiter les abandons de formation ou du métier

Un écart important est relevé entre la sensibilisation théorique avant et pendant la formation, les stages et la réalité du métier. Les participantes et participants ont souligné la nécessité que les personnes en formation ou intéressées à se former soient confrontées à la réalité de la pratique professionnelle. Plusieurs

pistes ont été suggérées ; toutefois, l'un des groupes n'était pas en accord avec le degré de priorisation de cette mesure.

Une première piste concerne le sens donné à la profession, à savoir que le métier a évolué et va bien au-delà des actes de soins auprès des patients et patientes. Il s'agirait de davantage mettre en avant toutes les tâches effectuées, dans le cadre de la prise en soins, sans être directement auprès des bénéficiaires. L'évaluation et la documentation des soins sont centrales et inhérentes à la profession, non seulement pour la qualité des soins mais également vis-à-vis des parties prenantes. La sensibilisation et la confrontation au système de santé, à son fonctionnement, à son économie, ainsi qu'aux aspects de facturation et de gestion avec les assurances pourraient limiter les abandons par mauvaise connaissance de la réalité de la pratique ou en raison de désillusions. Un groupe a toutefois souligné la nécessité de veiller à la proportionnalité du travail administratif, afin de permettre un temps de qualité auprès des bénéficiaires, ce qui renvoie à la valorisation des conditions de travail.

Une autre piste ayant suscité un fort accord entre les personnes présentes consistait à ne pas « surprotéger » les futurs soignants et soignantes, au niveau des horaires de travail ; ceux-ci devraient être clairement connus en amont et planifiés en formation, selon la réalité professionnelle à venir. Faire des nuits et travailler le soir et les week-ends pourrait permettre d'éviter une transition trop brusque entre les études et la pratique, et potentiellement les abandons du métier. Informer et préparer aux responsabilités du métier a également été relevé, par exemple en attirant l'attention sur le fait qu'il arrive de n'être qu'une ou deux infirmières dans l'institution, la nuit. Il a toutefois été souligné que ces aspects horaires restent problématiques, malgré les années de pratique, en raison notamment de l'évolution des situations personnelles (attentes, parentalité, vie familiale, etc.).

Les écoles sont confrontées à un dilemme entre, d'une part, dépeindre la réalité des conditions de travail auprès de leurs étudiants et étudiantes et, d'autre part, préserver l'attractivité de la profession et des cursus de formation. Comme moyens à mettre en œuvre avant la formation, les participantes et participants ont mentionné des stands d'information lors de salons, animés par des professionnel·les de métier et des étudiant·es, la mise sur pied de stages d'observation ou d'immersion, ou encore un partenariat avec les commissions de sélection et les responsables des formations initiales. Pendant la formation, il s'agirait de faire davantage de sensibilisation et de prévention dans les écoles, d'appliquer des horaires « réels » de travail lors des stages, et de renforcer le partenariat entre les lieux de stage (praticiens et praticiennes formatrices, infirmiers et infirmières responsables de formation) et les écoles (enseignants et enseignantes de liaison, responsables de la formation pratique).

Enfin, un partenariat avec les hôpitaux a été suggéré, afin de favoriser l'acquisition et le maintien des compétences pour des soins techniques, et pour permettre un changement de lieu de travail et éviter un potentiel abandon du métier. Il s'agirait de proposer aux personnes en stage et au personnel en fonction d'intégrer un hôpital, pendant quelques semaines.

Piste 23 : Renforcer les formations continues, y compris en mettant du temps à disposition pour favoriser les échanges, afin de développer les compétences et améliorer la qualité des soins

La formation devrait être thématisée lors des entretiens de collaboration. En effet, l'évolution de la population nécessite une adaptation de la prise en charge et des formations continues, pour s'y adapter et contribuer à une bonne qualité des soins. Les participants et participantes ont évoqué la mise en place d'un

catalogue de formations continues, ainsi qu'un système de crédits de formation pour conserver le titre.

Lorsqu'une personne participe à une formation continue, elle devrait être invitée à faire un retour auprès de l'institution, afin de relayer les bonnes pratiques. Il serait important de communiquer sur les compétences spécifiques des collaborateurs et collaboratrices et de mettre un temps à disposition, pour que les personnes identifiées partagent leur expérience aux équipes et deviennent des personnes-ressources.

La formation interne, intra- ou inter-services, est également importante, car elle développe l'intelligence collective, l'interconnaissance et le lien entre collègues. Enfin, pour maintenir des compétences peu utilisées, selon la population accompagnée, et donc renforcer l'employabilité, des stages croisés entre institutions seraient une piste à explorer.

Le financement des formations continues (internes ou externes) et le temps mis à disposition pour les suivre représentent toutefois des obstacles notamment en cas de sous-effectif. Une mesure suggérée pour y faire face serait d'intégrer, dans la dotation des services, les apprentis de deuxième ou troisième année d'ASSC.

DISCUSSION

L'atelier a fait ressortir cinq pistes d'action jugées importantes et réalistes par les directions, ainsi que des éléments pour leur mise en œuvre. La méthode choisie a permis de regrouper des personnes de diverses fonctions, des trois régions du Valais, et travaillant en EMS et CMS. La démarche présente toutefois quelques limites. L'atelier a regroupé uniquement des cadres, et non du personnel de terrain. En conséquence, les résultats reflètent plus particulièrement leurs représentations. Par ailleurs, la possible concurrence entre EMS, ainsi que la présence de représentants des faïtières, ont potentiellement influé sur le contenu des discussions. Enfin, il est difficile d'aborder, de manière approfondie, des sujets aussi complexes et vastes, dans un atelier de deux heures. Les participants et participantes ont dû évaluer rapidement l'importance des mesures, sans vérification préalable de leur compréhension commune.

CONCLUSION GENERALE

Le projet visait à identifier des mesures permettant d'améliorer conjointement la qualité des soins et les conditions de travail, dans les institutions de soins de longue durée, en Valais. Il s'est fondé sur une enquête auprès d'un échantillon représentatif du personnel de santé valaisan (Genolet et al., 2020). Sur cette base, nous avons élaboré une première série de pistes d'action, en collaboration avec le Service de protection des travailleurs et des relations du travail. Ces pistes ont été approfondies et enrichies, de manière *bottom-up*, lors d'entretiens individuels avec des personnes travaillant en EMS et CMS. Dans un second temps, les résultats ont été présentés et discutés avec un panel de cadres.

Les avis du personnel de terrain et des cadres convergent, quant à la pertinence de la grande majorité des pistes d'action évoquées. Parmi les pistes jugées les plus importantes et, selon les cadres, les plus faisables, figure la collaboration interprofessionnelle autour des méthodes de mobilisation des bénéficiaires. Les autres pistes sortant en tête de liste, pour les cadres, portent sur la formation et l'implication du personnel, ainsi que sur la communication interne ; la mise en place de structures partagées pour l'accueil de jour des enfants est également plébiscitée, mais jugée plus difficile à concrétiser. De leur côté, les employées et employés ont mis en avant des mesures structurelles, touchant aux bâtiments, aux équipements de

manutention et aux effectifs ; ils ont également priorisé la consultation du personnel sur la construction des horaires, ainsi qu'un mentorat pour les personnes en charge des entretiens d'appréciation annuels (cf. Tableau 1). On notera toutefois que les réponses des employé-es et des cadres ne peuvent pas être comparées directement. En effet, les premiers se sont prononcés sur la pertinence des pistes d'action, tandis que les seconds devaient en évaluer l'importance et la faisabilité.

Les pistes les plus importantes (et faisables ***), selon les cadres	Les pistes les plus pertinentes, selon le personnel
Classées par ordre décroissant d'importance	Classées par ordre décroissant de pertinence
*** Renforcer les formations continues *** Collaboration interpro pour développer les connaissances sur la mobilisation *** Collaboration interpro pour définir les méthodes de mobilisation - Crèches inter-institutionnelles *** Communication interne sur les stratégies de l'institution *** Sensibiliser à la réalité du terrain avant et pendant la formation - Impliquer le personnel dans des projets	- Mise aux normes des bâtiments - Collaboration interpro pour définir les méthodes de mobilisation - Collaboration interpro pour développer les connaissances sur la mobilisation - Renforcer l'équipement en moyens auxiliaires de manutention - Associer le personnel à la construction des horaires - Adapter les effectifs aux évolutions de la clientèle - Mentorat pour les personnes en charge des entretiens d'appréciation

Tableau 1: Comparaison entre cadres et personnel

En mettant en œuvre les pistes identifiées dans ce projet, les établissements pourraient, à la fois, améliorer la qualité des soins et promouvoir la santé du personnel, l'attractivité des professions et la rétention du personnel. Ces préconisations représentent un point de départ ; en effet, les participantes et participants ont souligné l'importance de la plupart des mesures discutées. Cependant, le manque de ressources humaines et financières nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures a été souligné tout au long du projet. Une piste évoquée pour y répondre, du moins en partie, serait de développer des synergies cantonales entre les institutions, les faïtières et les partenaires (notamment l'hôpital), par exemple en matière de formation et de collaboration. Elles permettraient une prise de conscience de la réalité des autres secteurs et institutions, ainsi qu'un renforcement des liens, par-delà les silos d'activité.

La qualité des soins et les conditions de travail sont souvent traitées séparément, par des personnes différentes. En réalité, elles sont influencées par les mêmes déterminants organisationnels (effectifs, modes d'organisation et de communication, ressources, etc.). Dès lors, il serait profitable d'adopter une vision commune de ces deux domaines et de renforcer la collaboration interprofessionnelle entre les spécialistes de ces sujets, tels que les infirmier-ères spécialistes de la qualité des soins, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les ergonomes et les spécialistes en santé et sécurité au travail.

Enfin, les pistes d'action identifiées au cours de cette étude nous paraissent également utiles à l'inspection du travail. Elles pourront notamment servir de propositions dans les discussions abordant les conditions de travail et leurs liens avec la qualité des soins, par exemple lors des échanges entre inspecteurs, inspectrices et directions d'établissements.

POUR EN SAVOIR PLUS

Carrard, S., Genolet, A., Hannart, S., & Weissbrodt, R. (2024). *Promouvoir la santé au travail et la qualité des soins dans les EMS et CMS valaisans : évaluation de la pertinence d'une série de pistes d'action*. Haute école de santé Valais. <https://arodes.hes-so.ch/record/15231>

Genolet, A., Weissbrodt, R., & Fournier, C.-A. (2020a). *Evaluation de l'impact des conditions de travail sur la qualité des soins, à partir des perceptions du personnel soignant diplômé et en formation. Rapport au Service de protection des travailleurs et des relations du travail*. Haute école de santé Valais. <https://arodes.hes-so.ch/record/15230>

Genolet, A., Weissbrodt, R., & Fournier, C.-A. (2020b). *Relations entre conditions de travail et qualité des soins dans le canton du Valais : une étude auprès du personnel soignant diplômé et en formation. Fiche de synthèse*. Haute école de santé Valais. <https://arodes.hes-so.ch/record/15233>

Perruchoud, E., Weissbrodt, R., Verloo, H., Fournier, C.-A., Genolet, A., Rosselet Amoussou, J., & Hannart, S. (2021). The Impact of Nursing Staffs' Working Conditions on the Quality of Care Received by Older Adults in Long-Term Residential Care Facilities : A Systematic Review of Interventional and Observational Studies. *Geriatrics*, 7(1), 6. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7010006>

REDACTION

Sophie Carrard, M. Sc. physiothérapie, adjointe scientifique ; Audrey Genolet, M. Sc. sciences infirmières, maître d'enseignement ; Stéphanie Hannart, psychologue du sport FSP, adjointe scientifique ; Rafaël Weissbrodt, Dr en science politique, professeur ; Haute école de santé, HES-SO Valais-Wallis