



Intégrer les principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD

Edito



En 2016, la CNRACL au travers de son Fonds national de prévention lançait un projet de recherche-action sur l'intégration des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction et/ou de rénovation d'EHPAD. Dans un contexte de forte augmentation de la sinistralité en EHPAD, le FNP entendait ainsi renforcer ses modes d'intervention auprès des établissements pour agir en faveur de la santé et de la sécurité au travail.

En effet, au lancement de ce projet, le constat était que si les opérations de rénovation ou de construction visent d'abord, et prioritairement, à améliorer la qualité du bâtiment et partant, les conditions d'accueil des résidents, l'amélioration des conditions de travail des agents n'apparaissait qu'annexe voire accessoire à ce type de projets.

L'enjeu était dès lors double : pour la CNRACL au travers du FNP, contribuer, dans la lignée des travaux engagés notamment par l'INRS, à une meilleure prise en compte de la nécessaire articulation entre qualité d'accueil et qualité de vie au travail et encourager les établissements à se saisir de l'opportunité d'un projet architectural pour intégrer, dès l'amont, les principes de santé et de sécurité au travail et ainsi inscrire leur politique de prévention des risques dans la durée.

C'est avec grand plaisir que je vous présente ci-après le Guide des bonnes pratiques sur l'intégration des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD, fruit des travaux menés durant quatre ans par le comité de suivi du projet rassemblant les cinq établissements territoriaux et hospitaliers accompagnés par le FNP (Fondation Gourlet Bontemps au Perreux-sur-Marne,

EHPAD Marcel Faure de Limoges, EHPAD du centre hospitalier de Châteauneuf, CHU de Brest et EHPAD Les Escalles du Havre), des membres du conseil d'administration de la CNRACL, les organismes partenaires (ANACT, CNAM, INRS, FHF) et le cabinet de conseil ENEIS by KPMG.

Décliné en onze fiches alternant éclairages d'experts, retours d'expérience et témoignages, ce document ambitionne d'apporter des réponses ancrées dans les pratiques quotidiennes des agents pour tous les employeurs désireux de mener ce type de démarche. Le guide insiste sur l'importance de la prise en compte précoce des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets bâtimentaires, et propose outils et conseils pour y associer le collectif de travail, dans une logique participative. Sont également abordés, parmi d'autres thématiques, la place du dialogue social, les enjeux en matière de communication, le rôle de l'encadrement ou encore la question de la durabilité du projet et de son impact.

Le guide s'adresse aux employeurs, agents, représentants du personnel, ergonomes, organismes de prévention, et de manière générale à tous(tes) celles et ceux qui sont engagés quotidiennement dans l'amélioration des conditions de travail en EHPAD et je sais qu'ils sont nombreux.

Plusieurs réflexions sont aujourd'hui engagées en ce sens et, en tant que président de la CNRACL, j'espère que le FNP, au travers de ce guide et conformément à sa mission d'information et de recommandation, contribuera à l'enrichissement des réflexions et à l'édification de solutions durables au bénéfice de tous.

Bonne lecture !

*Claude Domeizel,
Président du Conseil d'administration*

Introduction

Les évolutions de résidents en EHPAD

Selon les projections de l'INSEE, 33% de la population sera âgée de 60 ans ou plus d'ici 2050.

Les personnes âgées de plus de 85 ans représenteront 4,8 millions d'habitants, un chiffre trois fois supérieur à celui de 2017. 2,2 millions de personnes seront concernées par une perte d'autonomie.

La population des EHPAD est quant à elle en augmentation constante : en 2016, les EHPAD français (publics et privés confondus) accueillait 608 000 résidents, soit 9% de plus qu'en 2011.

L'âge moyen d'entrée augmente également, pour atteindre 85 ans et 8 mois (9 mois de plus qu'en 2011), de même que la part de résidents entrant avec une dépendance importante. Sur le total de personnes prises en charge, plus d'un tiers souffre d'une maladie neurodégénérative, ce qui implique des modalités d'accueil et de prise en charge spécifiques.

Les besoins des résidents en matière d'accueil et de soin sont donc croissants.

Sources : INSEE, Projections démographiques 2005-2050 ; DREES, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, Numéro 1015, Juillet 2017.

Les conditions de travail en EHPAD

En 2015, d'après les données de la CNAM, on dénombre 95 accidents du travail pour 1000 professionnels en EHPAD. Ce chiffre est près de trois fois supérieur à la moyenne des salariés français tous secteurs confondus (33,8 accidents du travail pour 1 000 salariés). Le taux de sinistralité en EHPAD s'élève ainsi à 11,3% soit un taux supérieur à la moyenne annuelle pour les établissements hospitaliers (9,3%).


Une étude de la DREES, parue la même année, démontre par ailleurs **que les agents des EHPAD, principalement féminins, considèrent que leurs conditions de travail se dégradent.** Cette dégradation se traduit notamment par une charge physique de plus en plus importante, une augmentation des troubles musculo-squelettiques et un **accroissement des risques psychosociaux.**

En effet, le travail en EHPAD est caractérisé par de nombreuses contraintes d'ordre physique :

- station debout prolongée,
- manutention de personnes (responsable de 70% des accidents du travail),
- port de charges lourdes,
- mouvements répétitifs,
- postures inconfortables,
- exposition aux risques d'infections ou au sang,
- exposition à la violence,
- manipulation de produits irritants,
- ...

À l'échelle des établissements, les implications des pathologies induites par les caractéristiques de ce secteur d'activité sur l'organisation du travail sont lourdes : limitation du port de charge ou de la manutention (de charge ou de patient), enjeux managériaux afin de gérer l'absentéisme et le respect des restrictions d'aptitude, mais aussi dégradation des conditions et des relations de travail.

Sources : CNAMTS 2015 ; CNRACL 2016 (données statistiques hospitalières) ; DREES, Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015, Numéro 1015, Juillet 2017.



L'ensemble des éléments et indicateurs observés témoignent d'une **évolution préoccupante de la sinistralité dans les EHPAD**.

Dans ce contexte, le Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL a lancé en 2016 un projet recherche-action (PRA EHPAD) portant sur **l'intégration des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD**.

Deux objectifs lui ont été assignés :

1. Disposer d'un volet capitalisation afin d'élargir les connaissances relatives à la santé au travail des agents lors de la création ou la restructuration de locaux.
2. Mettre en place des actions permettant de mieux agir sur la santé des agents.

Cinq établissements - quatre territoriaux et un hospitalier- ont été retenus et ont bénéficié d'un accompagnement important du FNP pour financer de l'expertise, du fonctionnement et du développement d'outils :

- **EHPAD de Châteauneuf** (16)
- **EHPAD Les Escales** (Le Havre 76)
- **Fondation Gourlet Bontemps** (Le Perreux –sur-Marne 94)
- **Centre René Fortin et Résidence Kéroul** (CHRU de Brest 29)
- **EHPAD Marcel Faure** (Limoges 87)

Durant 4 ans, ces cinq établissements ont été suivis par le FNP de la CNRACL et par le cabinet de conseil Eneis by KPMG tout au long de la mise en œuvre de leurs projets bâtementaires.

Un comité de suivi, placé sous l'égide de la présidente de la commission de l'invalidité et de la prévention de la CNRACL et d'administrateurs de cette commission, et rassemblant les établissements participants, ainsi que des experts et partenaires du FNP, s'est réuni à raison d'une fois par semestre entre 2017 et 2019, afin de favoriser le partage d'expériences, d'identifier ensemble les bonnes pratiques et de capitaliser autour de la démarche.

Le **guide** ci-après se présente comme un **recueil des bonnes pratiques et des points de vigilance** observés au terme de ce projet recherche-action. Il est composé de 11 fiches, interdépendantes, qui reprennent les principales thématiques abordées au cours des travaux du comité de suivi et dans le cadre de la capitalisation interne propre à chaque établissement.

Sommaire



01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche ?	page 07
02. Poser un diagnostic : quels prérequis ?	page 11
03. Mettre en place une démarche participative	page 16
04. Le pilotage et la coordination des acteurs	page 23
05. La communication autour de la démarche	page 32
06. Le dialogue social et le dialogue professionnel	page 39
07. L'encadrement et les pratiques managériales	page 44
08. Le déménagement	page 49
09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche	page 54
10. La capitalisation	page 60
11. Faire vivre la démarche	page 65

01

Pourquoi s'engager dans une telle démarche ?

Au-delà de l'amélioration des conditions d'accueil et du confort des résidents en EHPAD, les projets de construction ou de rénovation de locaux existants représentent une opportunité unique pour repenser et améliorer les conditions de travail des agents. Dès lors l'enjeu réside dans l'intégration des principes de santé et de sécurité au travail à chacune des différentes étapes du projet. Idéalement, celle-ci doit intervenir dès la phase d'étude de faisabilité et de conception.

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?

02. Poser un diagnostic : quels prérequis?
03. Mettre en place une démarche participative
04. Le pilotage et la coordination des acteurs
05. La communication autour de la démarche
06. Le dialogue social et le dialogue professionnel
07. L'encadrement et les pratiques managériales
08. Le déménagement
09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche
10. La capitalisation
11. Faire vivre la démarche

01 LE CADRE BÂTIMENTAIRE, UN ENJEU PRÉPONDÉRANT SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL

L'impact du bâti est prépondérant sur les organisations de travail et constitue l'un des principaux marqueurs du niveau de charge physique et mentale à laquelle sont confrontés les professionnels en EHPAD. En effet, les locaux et la contrainte bâtimantaire de l'établissement constituent une variable pouvant avoir des conséquences opérationnelles directes pour les agents.

1. Des bâtiments parfois anciens et souvent inadaptés à l'évolution du profil des résidents

Généralement anciennes, les structures d'accueil des personnes âgées et dépendantes sont souvent décrites comme "**peu pratiques**" par les professionnels qui y exercent :

- Les lieux de vie quotidienne des résidents (chambres, douches, salons, couloirs...) se révèlent parfois inadaptés à certains profils de résidents, particulièrement ceux en situation de grande dépendance et/ou de mobilité réduite. Conséquence : les agents sont amenés à multiplier les actes de manutention.

Dans certains EHPAD, l'étroitesse de certains couloirs rend impossible le croisement de deux fauteuils roulants : les agents se doivent donc d'éviter les croisements ou de soulever l'un des fauteuils.

Dans un autre EHPAD, les bacs de douches dans les salles de bain sont surélevés, rendant les manœuvres complexes pour doucher les résidents à mobilité réduite.

- Les outils d'aide à la manutention sont peu présents (rails plafonniers par exemple) et le matériel est souvent ancien et difficilement maniable (chariots de médicaments...).

“Notre travail c'est pas gratifiant, tout est toujours sale et ça se voit : moralement, ça sera beaucoup mieux quand on pourra voir que c'est propre“.
[Aide-soignante]

- Les locaux sont parfois vétustes et délabrés : manque de luminosité, sols glissants et difficiles à nettoyer... Les agents ont l'impression de "travailler pour rien".
- Par ailleurs, l'acquisition de matériels plus récents est parfois rendue inopérante, ceux-ci ne pouvant être facilement utilisés par les équipes (couloirs trop étroits, impossibilité de manœuvrer dans des chambres trop petites...).

De manière générale, plus la structure sera ancienne, plus la contrainte bâtimantaire s'exercera sur les conditions de travail, sauf rénovation ou adaptation de grande ampleur du bâti.

2. Des conditions de travail dégradées

Au quotidien, des locaux inadaptés ou mal conçus entraînent une **augmentation du temps que les agents consacrent à chacune de leurs tâches, et l'impression de perdre du temps sur des "tâches inutiles"**. Par exemple : pertes de temps liées aux distances à parcourir pour les transferts des résidents ou les réponses aux sonnettes.

“On perd du temps tout le temps, on lutte pour tout et c'est du temps en moins passé avec les résidents : pour un soignant c'est dur, pour nos valeurs de professionnels et la valeur humaine de chacun”.
[Aide-soignante]

Au sein de l'EHPAD Marcel Faure, il a été calculé que le nouveau bâtiment devrait faire gagner aux agents un temps de transfert équivalent à 15 minutes pour chaque douche de résident. Cela représente l'équivalent de 1,5 ETP pour la structure.

3. Un risque accru d'augmentation de la sinistralité

Si le taux souvent élevé de sinistralité en EHPAD est multifactoriel, les caractéristiques du bâti ont une incidence importante sur l'exposition des agents aux risques professionnels : risques de chutes, glissades, troubles musculosquelettiques engendrés par la répétition de gestes de manutention et de mobilisation...

La contrainte bâtementaire s'exerce également sur le ressenti des agents vis-à-vis de la qualité de leur travail et du soin apporté aux résidents (manque de temps, activités centrées sur la gestion du matériel au détriment de l'accompagnement...). Ces situations, répétées dans le temps, peuvent occasionner un mal-être au travail et favoriser l'exposition aux risques psychosociaux.

“Être bien dans notre milieu de travail ça jouerait sur notre moral, ça serait plus agréable”.
[Aide-soignante]

Ces différents éléments ont également un **impact sur la vie de l'équipe** : plus les conditions de travail sont difficiles, plus l'esprit d'équipe peut être complexe à maintenir, ce qui alourdit encore le quotidien des agents.

*“Tout ça, ça occasionne beaucoup de stress de fatigue, d'apprentissages sur le tas et donc de retard.
À une époque, tout le monde se tirait dans les pattes à cause de cette fatigue”.*
[Agent d'accueil]

DIAGNOSTIC MENÉ PAR L'ÉQUIPE D'ERGONOMES DE L'EHPAD DE CHÂTEAUNEUF

Le diagnostic mené par l'équipe d'ergonomes au sein de l'EHPAD de Châteauneuf a notamment mis en lumière l'impact du bâti (locaux et matériel) sur les conditions de travail des aides-soignants (AS) et des agents des services hospitaliers (ASH) :

- > De nombreux **risques liés à la manutention**, du fait de l'exiguïté des locaux et d'une organisation spatiale peu adaptée aux besoins des agents (gestion des stocks problématique, difficultés d'accessibilité aux produits, ...)
- > Des **difficultés de déplacements** pour les agents, en particulier dans les chambres doubles et triples. Ces chambres présentent par ailleurs un manque d'intimité pour les résidents, aspect auquel les agents sont particulièrement sensibles
- > Un épuisement psychologique lié à la **vétusté de l'établissement et des matériels**.

02

LES OBJECTIFS D'UN PROJET DE CONSTRUCTION OU D'AMÉNAGEMENT INTÉGRANT LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Il y a donc un intérêt évident à profiter de l'opportunité des évolutions bâtimentaires pour y intégrer, dès l'amont, la prévention des risques professionnels afin de mettre en place des actions permettant de mieux agir sur la santé au travail des agents en :

- Appréhendant la nature et les spécificités de l'organisation pour faire émerger les facteurs contribuant à accroître les risques professionnels et ceux au contraire, favorisant la santé au travail ;
- Agissant pour réduire les risques et les effets dommageables afin de générer une diminution de la sinistralité ;
- Intégrant l'apport de l'ergonomie dans la construction des plans des futurs bâtiments.

“Rien n'est mieux que l'organisation qu'on fait nous-mêmes, ce sont les gens sur le terrain qui peuvent dire comment ça doit fonctionner”

En pratique, cela passe par l'association des agents à la conception **des plans, l'achat de matériel adapté aux besoins, la mise en place d'organisations du travail** (circuit des médicaments, fonctionnement de la restauration, articulation équipe de soins) plus pertinentes et adaptées aux besoins identifiés.

POINTS DE VIGILANCE

Bien qu'elles puissent avoir de nombreux intérêts, il convient de garder à l'esprit que ces démarches ne permettent pas de :

- > *Compenser un taux d'encadrement ou des effectifs insuffisants*
- > *Remédier à des difficultés managériales et/ou de gestion des ressources humaines*
- > *Compenser les difficultés liées à un manque de formation et de qualification des agents.*

La prise en compte des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation doit s'intégrer dans un système plus large en faveur des conditions de travail des agents. Elle n'est pas auto-suffisante, et ne constitue pas une fin en soi.

RESSOURCES DISPONIBLES

- > *“Activités de services II : sinistralité des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2010 et 2014”, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, août 2015.*
- > *“Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés”, DREES, Septembre 2016.*
- > *“Conception et rénovation des EHPAD : bonnes pratiques de prévention”, Assurance Maladie et INRS, février 2012.*

02

Poser un diagnostic : quels prérequis?

Quelles sont les conditions à réunir au départ de ce type de démarche? Quand s'engager ? Quels sont les éléments à prendre en considération? Vous trouverez ci-dessous plusieurs pistes et outils pour guider l'analyse préalable au lancement de votre projet.

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?

02. Poser un diagnostic : quels prérequis?

03. Mettre en place une démarche participative

04. Le pilotage et la coordination des acteurs

05. La communication autour de la démarche

06. Le dialogue social et le dialogue professionnel

07. L'encadrement et les pratiques managériales

08. Le déménagement

09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche

10. La capitalisation

11. Faire vivre la démarche

01 DIAGNOSTIQUER LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU PROJET

Afin d'engager une démarche pérenne d'amélioration des conditions de travail dans le cadre d'un projet bâtiminaire, il convient, en amont, d'identifier précisément les éléments sur lesquels le projet va pouvoir s'appuyer et ceux qui pourront être sources de difficultés. Parmi eux peuvent être retrouvés :

- Les contraintes et les ressources de l'établissement
- L'historique récent et l'organisation actuelle de l'établissement
- L'implication des cadres
- Les ressources financières et la capacité de financement...

Un pré-diagnostic sur l'ensemble de ces éléments favorise une planification optimale des différentes étapes de la démarche, et facilite la gestion du projet dans son ensemble. Il permet également de repérer et de s'appuyer sur les compétences indispensables à chaque phase de sa mise en œuvre.

02 LES CONTRAINTES ET RESSOURCES DE L'ÉTABLISSEMENT

Plusieurs éléments intrinsèques à l'établissement peuvent devenir des contraintes, ou au contraire des ressources, dans la mise en œuvre d'un projet de construction. Il convient ainsi, dès le début du projet, de lister ces éléments qui peuvent être liés :

• **A la taille de la structure et à son impact sur le pilotage du projet :**

- Il peut apparaître par exemple plus simple de mener des changements dans des structures à "échelle familiale". Toutefois, des effectifs restreints rendent difficile la mobilisation d'agents pour des réunions sur leur temps de travail.
- À l'inverse, si la mobilisation des agents peut sembler de prime abord plus simple dans des établissements

de taille importante, le dialogue social peut être rendu plus complexe du fait des dédoublements de CHSCT.

- **Au statut de l'établissement (groupe hospitalier, structure rattachée à un CCAS, etc.)** : si c'est un groupe, le projet concernera-t-il un établissement ? Plusieurs à la fois ? Existe-t-il un consensus entre les différents niveaux ? Quelles conséquences en termes de pilotage du projet ou de mobilisation de ressources financières ?

03

DIAGNOSTIQUER LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU PROJET

1. L'historicité et les habitudes en vigueur dans l'établissement

- Des projets de ce type ont-ils déjà été menés dans l'établissement (exemple : analyses organisationnelles, révision du temps de travail, élaboration du projet d'établissement, ...) ? Quelles ont été les forces, faiblesses de ces projets ? Quels enseignements en tirer ?
- Quelle est l'organisation du travail en vigueur ? Cette organisation a-t-elle connu des bouleversements récents ?
- Existe-t-il une habitude du fonctionnement en "mode projet" ?

2. Conditions de travail et composition des équipes

- Un pré-diagnostic des conditions de travail a-t-il déjà été réalisé ? Quels en sont principaux enseignements ?
- Quelle est l'évolution des indicateurs de sinistralité ?
- Existe-t-il des situations problématiques récurrentes ?
- Les agents sont-ils plutôt expérimentés, nouveaux ? Le turn-over est-il important ? Quelle est la dynamique d'équipe ?
- Parmi les membres composant l'équipe projet, des départs sont-ils à anticiper ?

3. Autour du projet bâtimentaire

- Des dynamiques d'évolution bâtimentaire sont-elles déjà engagées ?
- Qui porte le projet ? La direction est-elle impliquée et porteuse ?
- Pour les structures territoriales, le projet est-il soutenu par les élus ?

4. L'articulation avec des démarches annexes

- Des démarches annexes (en matière de temps de travail, de fusion avec un autre établissement, de réorganisation des fonctions supports, ...) doivent-elles être menées en parallèle du projet bâtimentaire (cf. encadré ci-dessous) ?
- Si oui, quelle articulation prévoir entre les différentes démarches ? Un étalement des projets dans le temps est-il à envisager ?

CONDUIRE PLUSIEURS PROJETS...

La multiplication de projets parallèles au projet de construction (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), certification, réorganisations, ...) peut occasionner des difficultés, notamment en termes de communication (voir fiche thématique "Communication"), et de mobilisation des agents (voir fiche thématique "Démarche participative"). Idéalement, un état des lieux de l'ensemble des projets concomitants à la construction / rénovation doit pouvoir être établi au départ de la démarche. Au sein du CHRU de Brest, plusieurs projets menés en parallèle de la construction du nouvel établissement ont pu contribuer à ralentir le projet et à complexifier l'adhésion des agents et des cadres à la démarche : c'est notamment le cas de l'élaboration du CPOM et de la certification ("Avec la certification, tout le reste passe au second plan").

04

L'IMPLICATION DES CADRES

Les cadres sont à la fois moteurs et relais du projet. Leur implication, à toutes les étapes du projet, est importante : participation aux instances de pilotage, animation/pilotage de groupes de travail, descente et remontée d'information, ...

Il peut être intéressant d'établir, préalablement au lancement du projet, un état des lieux des **pratiques managériales existantes** au sein de l'établissement (cf. fiche "Encadrement").

Le projet en lui-même pourra être l'occasion de (re)questionner les pratiques de l'encadrement. Certains établissements ont par exemple fait le choix de dédier des groupes de travail à la thématique du management.

05

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Au préalable du lancement du projet de construction, il est généralement recommandé de :

- Identifier et lister les ressources et partenaires mobilisables
- Repérer les éventuels appels à projet existants
- Prospector auprès de bailleurs potentiels
- Etablir un budget prévisionnel des dépenses à engager
- Intégrer les différentes temporalités des financements pour éviter les éventuels retards de projet dus à des financements tardifs
- Identifier les potentiels surcoûts.

Plusieurs postes de dépenses génériques mais également spécifiques à l'intégration des principes de santé et sécurité au travail sont ainsi à prendre en considération **et doivent être anticipés sur le temps long**, ce type de projet s'échelonnant généralement sur plusieurs années (40 mois en moyenne).

Des coûts plus élevés ou un investissement de long terme?

De prime abord, un projet de construction ou de rénovation intégrant la prévention des risques professionnels peut s'avérer plus coûteux qu'une construction "classique". Les porteurs de projet peuvent également rencontrer plus de difficultés pour mobiliser les acteurs institutionnels (autorités de tarification, élus...).

A contrario ce type de projet peut être pensé comme un véritable investissement, y compris sur le plan économique, le renouvellement des pratiques collectives et d'approche vis-à-vis des résidents diffusant ses effets bien au-delà du projet immobilier.

Les dépenses génériques (non exhaustif)

- Etudes préalables
- Prestation architecturale
- Achat de matériels
- Travaux.

Dépenses spécifiques (non-exhaustif)

- Etat des lieux préalable (par un prestataire en ergonomie par exemple)
- Accompagnement ergonomique
- Espaces de participation des agents (préparation, animation, compte-rendu, remplacement des agents participants,...)
- Communication autour de la démarche
- Formation des encadrants / de la direction
- Capitalisation et évaluation.

Les financements possibles

- Prêt de la CNRACL
- Subventions du Fonds National de Prévention (FNP) de la CNRACL
- Subventions de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
- Subvention Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR)
- Financement via un Prêt Locatif Social (PLS)
- Aides de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNSA)
- Prêts de la Caisse des Dépôts
- Subventions européennes (Feder et FSE)
- Subventions des collectivités (en particulier les Conseils Départementaux).

RESSOURCES DISPONIBLES

> **INRS** : "Démarche pour intégrer la prévention aux différents étapes d'un projet de conception ou d'aménagement des lieux de travail", Novembre 2005.

03

Mettre en place une démarche participative

Dans le cas d'un projet architectural, la mise en œuvre d'une démarche participative contribue significativement à l'amélioration des conditions de travail des agents.

Les agents sont ici considérés comme experts de leur activité, et par conséquent les plus à mêmes de repérer - et prévenir - les risques inhérents aux conditions matérielles et à l'organisation du travail.

Par ailleurs leur association régulière au projet contribue à la valorisation et à la reconnaissance de leurs compétences, tout en favorisant une meilleure appropriation des changements techniques et/ou opérationnels.

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?

02. Poser un diagnostic : quels prérequis?

03. Mettre en place une démarche participative

04. Le pilotage et la coordination des acteurs

05. La communication autour de la démarche

06. Le dialogue social et le dialogue professionnel

07. L'encadrement et les pratiques managériales

08. Le déménagement

09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche

10. La capitalisation

11. Faire vivre la démarche

01

POURQUOI METTRE EN PLACE UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ?

1. Anticiper les impacts architecturaux sur les conditions de travail et prévenir les risques professionnels

Une démarche participative s'appuie sur une phase de diagnostic : observation réelle et analyse des conditions de travail, évaluation des risques professionnels (bruit, luminosité, manutention...). En ergonomie de conception, la mise en œuvre d'une démarche participative permet de confronter les représentations du travail qu'ont les opérateurs et les concepteurs, et d'anticiper les impacts architecturaux sur les situations de travail.

Cette démarche favorise ainsi l'identification des risques professionnels, au regard du projet architectural, et permet la mise en œuvre de solutions adaptées dès la conception du projet (prévoir le raccordement d'un point d'eau, le sens d'ouverture d'une porte, les branchements électriques et les canalisations, ...).

2. Faciliter l'appropriation des futurs locaux

La participation des agents dès l'amont du projet (lors de la conception des plans par exemple) entraîne un gain de temps en termes d'apprentissage et de familiarisation avec les nouveaux locaux.

3. Rendre les agents acteurs du processus de changement

Dans une démarche participative, les agents sont à la fois "concepteurs" et "utilisateurs". Il s'agit ici d'encourager les agents à agir sur leurs propres situations de travail, de faciliter leur adhésion au projet et la création de consensus et de valoriser leur participation.

02

COMMENT METTRE EN PLACE UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE ?

Il existe plusieurs modalités de mobilisation et de consultation des agents. Chacune présente des avantages et des inconvénients (une participation élargie peut être intéressante mais complexe à organiser, une participation restreinte semble plus facile mais ne permet pas la sollicitation de tous...). Ces modèles peuvent également être combinés et adaptés au contexte et à la culture de l'établissement.

En observant les pratiques d'établissements ayant mis en œuvre des démarches de ce type, **trois modèles de participation et de sollicitation des personnels se dessinent** :

- La mobilisation récurrente d'agents "fil rouge" tout au long du projet
- La mobilisation du quotidien, ou fonction des plannings
- La mobilisation ciblée en fonction des thématiques, sous la forme de groupes de travail dédiés.

03 MODÈLE N°1 : LA MOBILISATION RÉCURRENTÉ D'AGENTS "FIL ROUGE" TOUT AU LONG DU PROJET

Un groupe hétérogène d'agents est constitué, sur la base du volontariat ou à partir d'une sélection. Ce groupe se réunit à une fréquence déterminée et traite de l'ensemble des thématiques ayant trait au projet architectural : ce sont ainsi toujours les mêmes participants qui sont mobilisés.

+ Avantages

Ce modèle permet :

- Un suivi et une cohérence sur toute la temporalité du projet
- Une valorisation et une responsabilisation des participants qui deviennent des éléments moteurs du projet
- Un réel investissement des agents qui se traduit par une montée en compétence permettant :
 - L'approfondissement des résultats et une qualité de la production
 - Le rôle de "relais" des participants auprès des agents non-participants, les éléments moteurs venant appuyer la communication institutionnelle. Les participants peuvent également être sollicités lors du déménagement afin de guider les autres agents.
- Une facilité de pilotage et d'animation du groupe : le modèle repose sur un seul et même groupe, avec des pilotes et des participants identifiés et fixes d'une séance à l'autre. Tous sont au même niveau d'information à chaque réunion.

- Inconvénients

Plusieurs points de vigilance sont cependant à souligner :

- La constitution d'un groupe fil-rouge entraîne l'exclusion de la démarche de la majorité des agents. De fait, ce modèle nécessite une communication accrue auprès de l'ensemble de l'établissement, pour éviter les asymétries d'information et le désintéressement des agents non participants au groupe
- La mobilisation récurrente des agents concernés peut également engendrer une désorganisation du service
- La temporalité des projets (généralement pluriannuels) peut également occasionner :
 - Une discontinuité dans le groupe lié au turn-over des agents ce qui amoindrit les forces du modèle : il est donc nécessaire de prévoir des remplaçants qui pourront prendre le relais en cas de départ de l'un des participants
 - L'essoufflement du groupe
- Lors de la constitution du groupe, il est également nécessaire de veiller à la représentativité du groupe par rapport à l'ensemble des agents (un risque minoré dans un contexte institutionnel comprenant des référents)
- Enfin, il est nécessaire d'anticiper ce qu'il adviendra du groupe à l'issue du projet.

👁️ EN BREF, UN MODÈLE QUI FONCTIONNE BIEN DANS...

- > Les gros établissements qui ont des enjeux de représentation de plusieurs sites, fonctions, métiers... On observe cependant une difficulté à maintenir la composition du groupe
- > Les établissements qui fonctionnent habituellement avec des référents en interne
- > Un projet dont la durée est connue et relativement courte pour éviter les écueils pré-cités
- > Une démarche en "mode projet" avec la définition d'un calendrier, d'un pilote (qui doit être accompagné méthodologiquement) et d'objectifs spécifiques au groupe "fil rouge".

Ce type de démarche participative peut également s'inscrire en relais d'une démarche basée sur le modèle 2 avec une participation du quotidien (par exemple dans les projets multi sites).

04

MODÈLE N°2 : UNE MOBILISATION DU QUOTIDIEN OU FONCTION DES PLANNINGS

Les réunions sont organisées selon les thématiques nécessaires et ouvertes à des agents volontaires, en fonction des plannings des équipes. Les participants aux réunions ne sont donc pas pré-identifiés.

A la Fondation Gourlet Bontemps, le maintien de la participation a, par exemple, été assuré par l'implication régulière des agents un après-midi par semaine, sur un sujet précis (plans, mobiliers, couleurs des couloirs et pièces, organisation interne des chambres et des salles de bains...).

+ Avantages

Ce modèle présente plusieurs avantages en termes d'organisation, de mobilisation et de durabilité :

- Une facilité d'organisation, puisque les participants sont les agents disponibles au moment de la réunion, ce qui évite une désorganisation du service
- Une mobilisation d'un grand nombre d'agents, chacun pouvant prendre part à une réunion du moment qu'il est disponible, ce qui favorise une appropriation collective du projet au sein de l'établissement
- La découverte d'agents moteurs et/ou forces de proposition (la participation d'un grand nombre d'agents multiplie les opportunités pour chacun de pouvoir s'exprimer) : ces agents, une fois identifiés, pourront servir de relais sur le long terme
- Une évolution pérenne du mode de fonctionnement qui inscrit la philosophie de la démarche participative dans la durée, les cadres prenant l'habitude de solliciter les agents et les agents prenant l'habitude d'être sollicités et de pouvoir émettre leur opinion.

- Inconvénients

La mise en place de ce type de modèle peut également occasionner certaines difficultés :

- Un suivi du projet en "pointillés" et une absence de visibilité globale du projet pour les agents
- Un saupoudrage de la participation qui peut par ailleurs être aléatoire, notamment en fonction des thématiques (du fait de difficultés à mobiliser un nombre suffisant d'agents à chaque fois et pour chaque thématique)
- Une difficulté des groupes à investir des sujets techniques, par manque de compétences/connaissances et par manque de vision globale
- Une animation des réunions qui peut s'avérer complexe avec :
 - Une multiplicité de pilotes (souvent, chaque groupe est piloté par une personne différente experte de la thématique en question) qui nécessite un suivi régulier et une communication importante entre les pilotes
 - Un temps important consacré à la mise à niveau des participants et à la réponse aux mécontentements en début de chaque réunion : ce type de modèle nécessite donc un climat social apaisé et de confiance
 - Un consensus difficile à atteindre entre les différentes réunions.

👁️ EN BREF, UN MODÈLE QUI FONCTIONNE BIEN DANS...

- > Une démarche participative autour de sujets opérationnels, adaptés aux formats courts (un sujet par réunion : organisation interne des chambres, choix de la place des résidents, décoration, ...)
- > Une culture du management participatif
- > Des conditions de confiance, tant pour éviter les écueils précités que pour s'assurer de l'investissement volontaire des professionnels dès le démarrage du projet
- > Une organisation du travail en 12h, ce qui permet plus de flexibilité pour organiser les tâches, notamment l'après-midi
- > Un modèle structuré et régulier de communication auprès des agents, afin de s'assurer de la visibilité globale de tous sur le projet.

05 MODÈLE N°3 : UNE MOBILISATION CIBLÉE EN FONCTION DE THÉMATIQUES (GROUPES DE TRAVAIL)

Il s'agit ici de constituer plusieurs groupes thématiques rassemblant les principaux intéressés, qui se réunissent chacun à une ou plusieurs reprises, en fonction des besoins : groupe "gestion du temps de travail", groupe "mise en condition réelle"...

+ Avantages

La mobilisation ciblée par groupes de travail thématiques permet :

- La possibilité de traiter de sujets techniques (travail sur plan, logistique, informatique, administration...)
- Un approfondissement des sujets investigués avec les agents et une mobilisation des expertises techniques et d'usage
- Une large mobilisation des agents au sein des différents groupes de travail
- Un rassemblement par fonctions ou par métiers, ce qui permet d'aborder des aspects spécifiques à chaque fonction ou métier
- Un suivi entre chaque réunion d'un même groupe, ce qui facilite l'animation et évite une perte de temps liée à la remise à niveau de chaque participant en début de séance
- Une mobilisation au-delà des participants habituels, avec par exemple une possible mobilisation des familles ou des résidents sur certaines thématiques dont ils sont partie prenante.

- Inconvénients

Parmi les faiblesses du modèle :

- Une absence de visibilité globale pour les agents au cours des groupes de travail, ce qui implique un solide plan de communication
- Un risque d'oublier une partie prenante à une thématique, ce qui souligne la nécessité de mener un diagnostic de situation préalable à la constitution des groupes
- Un risque de sur-spécialiser les échanges
- Une potentielle difficulté à mobiliser les "bonnes" compétences ou expertises (point de vigilance également lié à la nécessité de mener un diagnostic de situation préalable)
- Une sur-mobilisation de certains experts, intéressés à toutes les thématiques, ce qui peut également occasionner une désorganisation du service liée à l'absence régulière de ces experts.

👁 EN BREF, UN MODÈLE QUI FONCTIONNE BIEN DANS...

- > Une démarche en "mode projet" avec la définition d'un calendrier, de pilotes (qui doivent être accompagnés méthodologiquement), de contributeurs (participants) et d'objectifs spécifiques à chaque groupe de travail
- > Un projet aux thématiques très délimitées.

06

UN EXEMPLE CONCRET DE DÉMARCHE PARTICIPATIVE : L'EHPAD MARCEL FAURE

Au sein de l'EHPAD Marcel Faure à Limoges, la première méthodologie choisie fut celle de groupes thématiques favorisant le nomadisme des agents entre les groupes de travail. Cependant, cette méthode s'est avérée très chronophage : les pilotes devaient prendre un temps spécifique au début de chaque groupe pour re-situer l'action. Pour certains agents, ce sentiment de "pointillisme" était également perçu comme non porteur sur une démarche de long terme.

"Le fait que ça ne soit pas les mêmes personnes, ça rend difficile le suivi".

[Direction]

Il a ainsi finalement été décidé de mettre en place un **groupe "fil rouge" fixe et pluridisciplinaire** (infirmier diplômé d'état, aide soignant, agent de service hospitalier, cuisinier, animatrice, administration, ainsi que quelques agents / experts "invités" lors des réunions selon les thématiques abordées), afin de garder un historique des travaux de groupe en groupe. Les cadres ont ainsi sollicité des volontaires parmi des agents estimés moteurs afin de constituer ce groupe.

La mise en place de ce nouveau modèle a occasionné une refonte de la méthode participative, le groupe se réunissant une ou deux journées complètes par mois.

- La constitution d'un groupe de travail fixe a permis aux membres du groupe **d'apprendre à se connaître et à travailler ensemble, favorisant les échanges au niveau de la vie de l'équipe.**
- La pertinence d'un groupe mixte et pluridisciplinaire a été soulignée, permettant à des agents d'émettre des regards différents et innovants sur des sujets qui ne les concernent pas directement et pour lesquels ils n'auraient pas été sollicités lors de groupes thématiques.

- Cela a également permis aux agents membres du groupe "fil rouge" de mieux s'approprier les plans et le futur projet, qu'ils ont réellement suivi sur plusieurs séances : de fait, **cette équipe sera également sollicitée dans la préparation du déménagement**, car elle est composée d'agents qui ont une bonne connaissance du nouveau bâtiment et pourront donc guider les autres agents le jour J.
- Les membres du groupe ont de plus été **identifiés comme des personnes ressources par les autres agents**, ce qui a favorisé la communication interne. Ce rôle de transmission de l'information s'est avéré capital afin de garantir le succès de cette méthode participative.

Si la communication informelle s'est bien déroulée, la communication formelle et "descendante" a cependant causé des difficultés. Certains agents ne participant pas au groupe fil rouge ont ainsi pu se sentir éloignés du projet, ou estimer qu'ils n'avaient pas assez de retours sur les avancées du groupe de travail.

De fait, certains agents ont témoigné d'un **manque de visibilité globale** du projet qui se traduisait notamment par une difficulté de repérage dans les étapes (déroulées et futures) et a pu engendrer **une certaine appréhension de ces agents** quant aux changements en cours.

QUE RETENIR DE CETTE EXPÉRIENCE ?

Ce témoignage souligne la nécessité de prévoir une communication adaptée et régulière à destination de l'ensemble des agents lors de la mise en place d'un groupe fil rouge. Doter les agents d'une vision globale du projet et leur démontrer l'utilité de leur mobilisation et de leur participation permet d'éviter que les agents ne considèrent que "tout est déjà planifié à l'avance".

07

METTRE EN ŒUVRE UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE : RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

⚠ POINT DE VIGILANCE : cette fiche expose des propositions de scénarios, qui comportent chacun des avantages et des inconvénients. Par exemple, il est à noter que ces scénarios ne permettent pas à tous les agents de participer en même temps. De fait, il est tout à fait envisageable et souhaitable de réfléchir à des scénarios non-établis, ou de combiner plusieurs méthodes, au regard du contexte de chaque établissement.

Plusieurs recommandations générales, indépendamment du modèle appliqué, peuvent se dégager :

- **Identifier en amont les pratiques managériales et participatives** déjà à l'œuvre dans l'établissement, et appuyer la démarche sur cet existant plutôt que de changer complètement de modèle
- **Veiller à organiser la concertation "au bon moment"**: trop tôt, elle risque de s'essouffler, trop tard elle générera peu d'adhésion à la démarche
- **Etablir clairement, dès le début de la démarche, le lien entre participation et décision** : la participation des agents ne signifie pas que leurs propositions seront systématiquement retenues. Chacun des acteurs (y compris les agents) doit avoir conscience de cette distinction.

Au sein de l'EHPAD Marcel Faure de Limoges, les agents ont été encouragés à choisir le plan qui leur paraissait le plus adapté. Cependant, au regard des différentes contraintes (financières, techniques, ...), le plan finalement choisi n'était pas celui sélectionné par les agents, même si leur opinion a été entendue par la Direction. A contrario, la mise en place d'une chambre témoin au sein de l'EHPAD de Châteauneuf a conduit à la modification de l'agencement de la chambre-type grâce aux remarques des agents, ce qui leur a également été explicité.

- **Articuler finement les temps de participation et de communication** (voir également la fiche thématique Communication) afin de donner à voir les résultats intermédiaires, l'avancement du projet, et éviter la sur-sollicitation des agents
- **Anticiper la clôture des démarches de participation** (lorsque la participation a bien pris et que tous ont pris l'habitude d'une sollicitation régulière des agents, au cours d'un projet dont la durée favorise une inscription dans les pratiques, il peut être difficile de revenir à un mode de management plus traditionnel)
- **Rester vigilant quant à la participation du CHSCT** (voir fiche thématique Dialogue social), qui peut dépendre de plusieurs facteurs (temps de décharge investi par les représentants, changement d'interlocuteurs en raison des élections professionnelles, climat social de l'établissement et qualité du dialogue social, ...).

De manière générale, la mise en œuvre de la démarche participative génère une dynamique plus globale (évolution des pratiques managériales, renforcement de la cohésion d'équipe, alignement des valeurs des agents avec les pratiques professionnelles, voir fiche thématique "Impacts").

RESSOURCES DISPONIBLES

- > **INRS** : "Conception et rénovation des EHPAD, Bonnes pratiques de prévention", Février 2012
- > **INRS** : "Démarche pour intégrer la prévention aux différents étapes d'un projet de conception ou d'aménagement des lieux de travail", Novembre 2005
- > **IRSST** : L'intervention ergonomique participative pour prévenir les TMS : ce qu'en dit la littérature francophone", Rapport R-667
- > **PISTE** : "Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions", 2000.

04

Le pilotage et la coordination des acteurs

Quelles instances de pilotage et de suivi instaurer dans le cadre d'un projet bâtementaire intégrant la prévention des risques professionnels ? Quel rôle pour chacun des acteurs (internes et externes à l'établissement) dans le pilotage, le suivi, la mise en œuvre, la capitalisation autour du projet ? Comment articuler leurs interventions ?

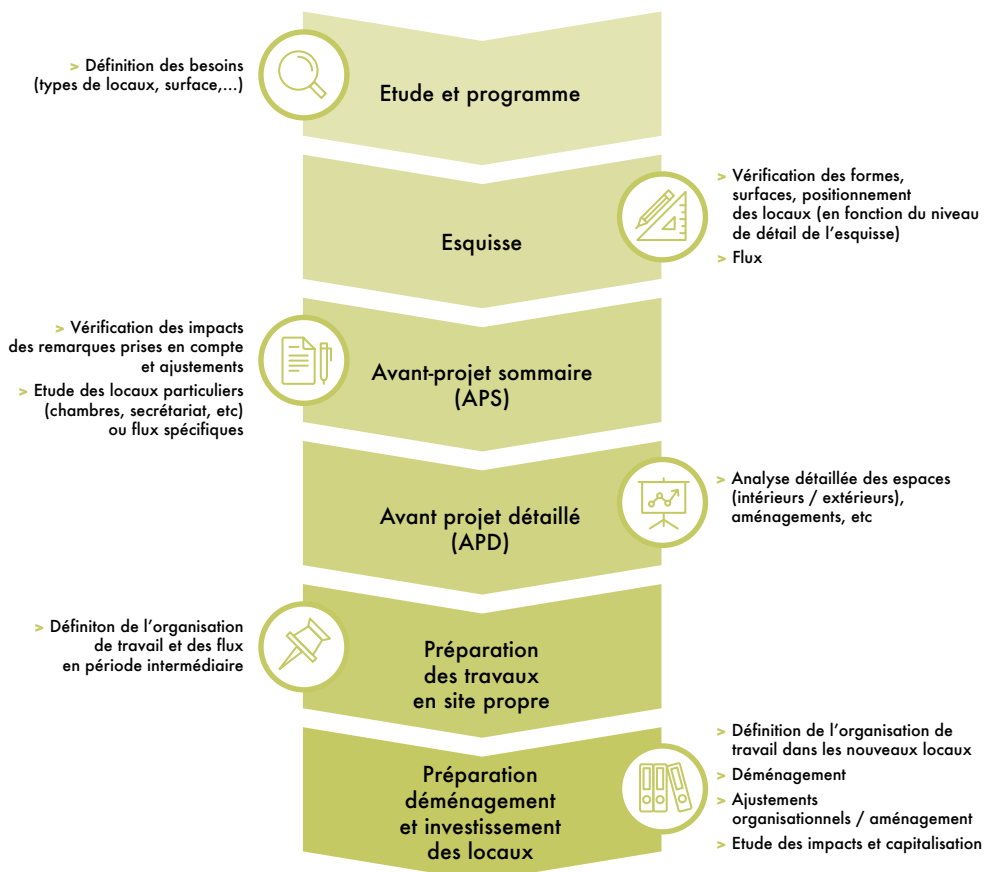
01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?
02. Poser un diagnostic : quels prérequis?
03. Mettre en place une démarche participative
- 04. Le pilotage et la coordination des acteurs**
05. La communication autour de la démarche
06. Le dialogue social et le dialogue professionnel
07. L'encadrement et les pratiques managériales
08. Le déménagement
09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche
10. La capitalisation
11. Faire vivre la démarche

01

RAPPEL : LES DIFFÉRENTES PHASES D'UN PROJET

Pour les projets de grande ampleur, il peut être pertinent **de se doter de plusieurs instances de pilotage et de suivi** afin de réunir les nombreux acteurs intervenant au cours du projet, parmi lesquels on retrouve notamment

l'équipe de direction, les encadrants (cf. Fiche thématique "L'encadrement"), les professionnels (cf. Fiche "Démarche participative"), les représentants du personnel (cf. Fiche "Dialogue social"), les prestataires et les experts.



02 LES DIFFÉRENTES INSTANCES DE SUIVI ET DE PILOTAGE

Trois instances reviennent généralement dans des projets de cette ampleur : un comité de pilotage, un comité de suivi et un groupe de maîtrise d'usage. Des instances complémentaires peuvent être constituées au besoin (réunions hebdomadaires entre certains acteurs, ...).

1. Le comité de pilotage (ou comité directionnel)

Définition : le comité de pilotage désigne l'instance stratégique de suivi et de pilotage global du projet.

Rôle :

- Assurer le pilotage, la stratégie et la mise en œuvre du projet et la communication entre tous les échelons
- Rendre les arbitrages et prendre les décisions majeures
- Tenir chaque acteur à jour des avancées de la démarche et s'assurer d'une bonne communication entre tous les acteurs.

Composition : sa composition peut se vouloir très large (élu, direction d'établissement financeurs, membres du CHSCT...) ou plus resserrée.

Fréquence de réunions : ce comité se réunit périodiquement (par exemple une fois par semestre) et n'a pas vocation à assurer la gestion opérationnelle et quotidienne du projet.

2. Le comité de suivi (ou comité opérationnel)

Définition : un comité de suivi peut également être constitué pour seconder le comité directionnel et assurer une gestion plus quotidienne du projet.

Rôle :

- Apporter une aide technique et organisationnelle au comité décisionnaire
- Suivre la bonne conduite du projet
- Orienter les recherches et les actions
- Préparer les travaux du comité directionnel
- Être garant de la méthodologie et du calendrier
- Susciter la prise de décision de l'ensemble des participants sur tous les aspects quotidiens du projet (communication auprès des agents, organisation des réunions entre prestataires...).

Composition : à vocation davantage opérationnelle, il peut notamment être constitué de techniciens, d'experts, d'agents, membres du CHSCT ou à défaut de représentants du personnel, de prestataires, ...

Fréquence de réunions : le comité de suivi se réunira de façon plus régulière que le comité de pilotage (par exemple, des réunions mensuelles voire plus si besoin, notamment au cours de phases complexes).

3. Le groupe de maîtrise d'usage

Définition : dépourvu de caractère décisionnel, le groupe de maîtrise d'usage permet aux agents d'être directement associés à l'élaboration du projet, et de faire remonter leurs préconisations en fonction de leur expérience quotidienne de travail.

Rôle :

- Favoriser la réflexion pour construire les organisations transitoires et futures
- Sensibiliser l'ensemble du personnel à la démarche et favoriser la communication autour du projet.

Composition : agents volontaires et/ou sélectionnés ; membres de la direction.

POINTS DE VIGILANCE

La pertinence d'un comité de maîtrise d'usage dans les établissements dépend de son mode de gestion et de ses modalités de suivi. Il est nécessaire que les participants à cette instance soient formés à la gestion de projet ou accompagnés.

LE COMITÉ DE MAÎTRISE D'USAGE AU SEIN DE L'EHPAD DE CHÂTEAUNEUF

Son rôle : *alimenter la réflexion sur l'organisation du travail dans le futur établissement, permettre une projection des agents et favoriser la communication autour du projet.*

Sa composition et son fonctionnement : *pluridisciplinaire, le comité d'usage est constitué d'agents et de représentants du personnel. Sans pouvoir décisionnel, il est pensé comme une instance au sein de laquelle les participants s'expriment librement (absence de représentants de l'encadrement ou de la direction) et autonome dans son fonctionnement (organisation, fréquence, propositions).*

Le retour d'expérience : *un rôle réel en deçà des attendus initiaux et un sentiment d'essoufflement ressenti par les agents y participant. L'absence de représentants de la direction s'est traduite par des difficultés dans la coordination entre les différentes instances, et des lacunes en termes de communication et d'information, ce qui a conduit la direction à reprendre le pilotage du comité au cours du projet.*

Que peut-on en retenir ?

La constitution d'un comité de maîtrise d'usage peut se révéler un appui très utile au déploiement du projet, mais nécessite l'accompagnement de ses membres pour assurer un fonctionnement efficace (formation à la gestion de projets, à l'animation de réunions). Par ailleurs, le temps nécessaire à la coordination des différentes instances (notamment par la présence d'un ou plusieurs membres au sein de toutes les instances pour faire du lien), afin de garantir une certaine fluidité dans la circulation de l'information, ne doit pas être sous-estimé.

03

LES DIFFÉRENTES INSTANCES DE SUIVI ET DE PILOTAGE

Les prestataires et experts jouent un rôle essentiel dans la conduite du projet. C'est pourquoi la place de chacun doit être clairement définie et encadrée tout au long de la démarche.

1. Le rôle central de l'ergonome

L'ergonome est amené à travailler avec tous les autres acteurs. Son expertise technique, sa connaissance de l'environnement des EHPAD lui permettent d'accompagner l'établissement dans les choix les plus adéquats en matière d'équipement et d'organisation de l'espace et sécurise le projet.

Plusieurs points de vigilance sont cependant à souligner :

- La direction doit être attentive à la capacité de l'expert à échanger avec les autres prestataires et à réajuster son intervention en conséquence (relations direction/ergonome et relations prestataires/ergonome)
- Si l'ergonome peut jouer le rôle d'intermédiaire, il ne doit pas se substituer à d'autres canaux de communication, notamment ceux entre direction et représentants du personnel
- Ce type de prestation est peu accessible aux EHPAD en raison de son coût : c'est notamment sur cet enjeu que réside l'intérêt d'une capitalisation et de partages d'expériences (cf. Fiche thématique "Capitalisation").

L'articulation entre les cadres, les ergonomes et les architectes s'est avérée être un enjeu important tout au long des phases architecturales au sein de l'EHPAD Marcel Faure : la gestion des calendriers a pu occasionner des tensions et incompréhensions entre les ergonomes, et les cadres, lorsqu'il a fallu effectuer des arbitrages en fonction du calendrier architectural.

Cet exemple souligne l'importance d'une bonne visibilité sur les contraintes et interventions de chacun des acteurs partie prenante au projet.

A QUEL MOMENT RECOURIR À L'ERGONOME ?

Dans une perspective de prévention des risques professionnels, l'ergonome doit idéalement être sollicité le plus en amont possible dans la gestion de projet. Son intervention reste cependant utile à toutes les phases du projet.

> Une intervention aux prémices de la démarche

Le CHU de Brest a fait le choix de solliciter un prestataire en ergonomie dès la conception du projet. Cela a permis à l'ergonome de réaliser un état des lieux des conditions de travail, de déterminer les caractéristiques des locaux et d'accompagner la direction en phase de conception (participation à la rédaction du cahier des charges architectural, accompagnement de la maîtrise d'ouvrage pour la consultation et pour le choix de l'équipe architecturale notamment).

> Une intervention pendant la phase de travaux

A la Fondation Gourlet Bontemps, le prestataire en ergonomie est intervenu au début des travaux. Les analyses effectuées sur la base de tests des évolutions proposées par l'architecte ont conduit à une modification de la proposition architecturale et des plans. Si cette collaboration s'est avérée fructueuse, il est à noter qu'il était initialement prévu que le cabinet d'ergonomie démarre en amont de la phase de construction, afin de faciliter l'intégration des préconisations issues des groupes de travail dans le volet architectural.

> Une poursuite de l'intervention du prestataire en ergonomie dans la phase de capitalisation comme par exemple sous la forme de l'organisation de sessions de travail et de formation à destination des cadres à la FGB.

2. La place de l'architecte

A l'instar de l'ergonome, le recours à des architectes peut s'avérer être un atout si les prestataires ont connaissance de l'environnement et des enjeux des EHPAD, ce dont il convient de s'assurer dans le choix du prestataire. L'architecte doit également faire preuve de souplesse pour intégrer les apports des autres prestataires : la démarche de construction des plans doit notamment être conçue de manière itérative.

3. Les autres professionnels intervenants

- Des prestataires en organisation (accompagnement au changement, ...)
- Des psychologues du travail pour prévenir le stress des agents dans un contexte de restructuration, en organisant par exemple des réunions collectives ou individuelles.
- Des prestataires répondant à des appels à projets pour des missions ciblées (exemple : décoration du hall d'entrée...)

L'une des clés du succès d'un tel projet réside dans le pilotage de l'ensemble des prestataires et dans la capacité de la direction à animer les échanges entre eux. Ainsi, les efforts de l'architecte de l'EHPAD de Châteauneuf pour échanger régulièrement avec l'ergonome et sa capacité à intégrer au fur et à mesure ses remarques ont constitué un atout pour l'établissement.

L'INTERVENTION D'UN PSYCHOLOGUE

L'EHPAD Marcel Faure a mis en place un suivi psychologique (psychologue du travail) sous la forme de passation de questionnaires d'évaluation de la santé au travail.

L'INTERVENTION DE PRESTATAIRES COMPLÉMENTAIRES

L'EHPAD les Escales a sollicité deux prestataires en complément de l'ergonome : le premier pour l'accompagnement au changement et le second pour mettre en œuvre un accompagnement à la gestion du temps de travail (harmonisation des temps et cycles de travail de l'ensemble des équipes).

Un comité de pilotage spécifique a été mis en place avec chaque prestataire (ergonome / accompagnement au changement / gestion des temps de travail). Le directeur assistait à chacun de ces comités, permettant ainsi de faire le lien entre les différentes démarches.

Ce suivi s'est inscrit en complément de la prestation ergonomique ; l'analyse des questionnaires venant nourrir les travaux effectués en groupe de travail, et permettant un suivi affiné des ressentis des personnels.

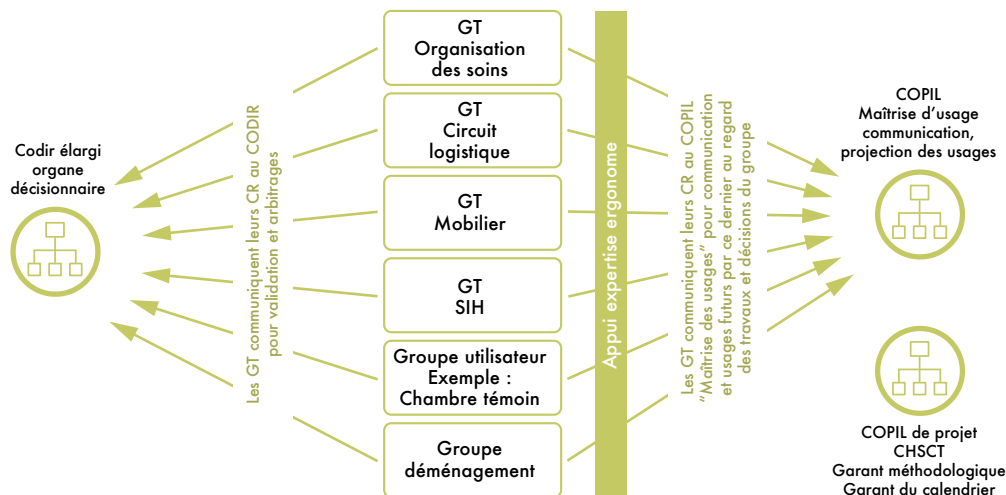
04 LES BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES

L'une des clés du succès d'un tel projet réside dans le pilotage de l'ensemble des prestataires et notamment de la capacité à animer les échanges entre eux. Plusieurs bonnes pratiques peuvent permettre d'atteindre un niveau optimal de coopération entre ces professionnels :

1. En termes de pilotage et de suivi du projet

- Définir un nombre d'instances de pilotage et de suivi limité, à des fins de transversalité et de réactivité
- Positionner **un chef de projet** (exemple : directeur de l'établissement) intervenant sur l'ensemble des dimensions (participant à toutes les instances...) afin de permettre une forte réactivité dans la prise de décision (exemple : modification des délais et/ou des budgets suite à des remontées d'informations...)
- S'assurer que le chef de projet est identifié par chacun (y compris les agents) pour assurer la **lisibilité du pilotage**
- Identifier clairement et dès le début du projet le **rôle et les prérogatives des différentes instances**
- Assurer **un suivi écrit** (exemple : rédaction d'ordres du jour et de compte-rendus diffusés à l'ensemble des acteurs impliqués dans la démarche) de l'ensemble des réunions d'instances de pilotage et de suivi (notamment pour permettre la transmission lors de turn-over de membres pilotes)
- **Intégrer les agents dans les instances de pilotage** pour leur permettre de disposer d'une vision globale du projet, d'être acteurs des décisions et de pouvoir en assurer la transmission
- **Faire perdurer** le comité directionnel quelques temps après la fin du projet bâtiminaire et plus généralement le travail en mode "projet" (cf. Fiche thématique "Faire vivre le projet").

Le pilotage et le suivi de projet initialement définis au sein de l'EHPAD de Châteauneuf



2. En termes de coordination des acteurs

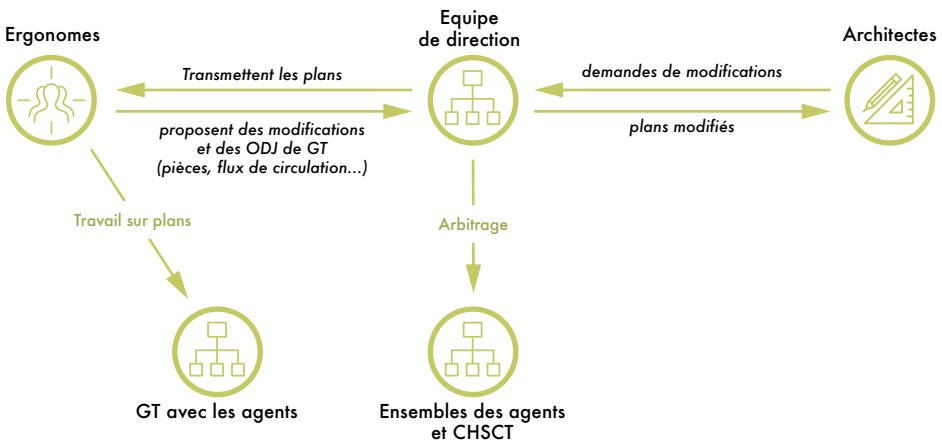
- Veiller à **rédiger un cahier des charges** à destination des partenaires (y compris de l'architecte) mentionnant explicitement la prise en compte des conditions de travail

Dans l'élaboration de son Programme Technique Détaillé (PTD) qui définit le contenu et les contraintes du projet de construction, l'EHPAD Les Escalles au Havre a par exemple intégré une clause sur les conditions de travail : cette clause insistait sur le fait que la conception du bâtiment devrait permettre le confort des professionnels (optimisation des déplacements et éclairages naturels notamment)

- **Formaliser et contractualiser les attentes** envers chaque prestataire (et notamment l'articulation entre architecte et ergonome, voir supra)

- Veiller à ce que chacun dispose **d'une bonne visibilité sur les contraintes et les interventions des autres**, ce qui passe entre autres par la communication autour du projet (cf. Fiche thématique "Communication")
- Veiller à ce que chacun prenne en compte les remarques et spécificités des autres acteurs (exemple : veiller à ce que l'architecte intègre les remarques de l'ergonome ; veiller à ce que les ergonomes se mettent au niveau des agents en termes de vocabulaire...)
- **Réajuster** autant que de besoin la place et le rôle de chaque acteur mobilisé, tout particulièrement celle des architectes et des ergonomes (qui ne va pas toujours de soi et est différente dans chaque cas étudié).

L'exemple du circuit de validation à l'EHPAD Marcel Faure Dite "la navette parlementaire" : un fonctionnement fluide, l'arbitrage systématique de la direction et l'information régulière des agents



05

La communication autour de la démarche

La communication autour de la démarche, auprès des agents mais également entre les divers acteurs mobilisés (direction, encadrement, prestataires, représentants syndicaux, résidents, familles...), est un enjeu majeur dont peut dépendre la réussite du projet.

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?
02. Poser un diagnostic : quels prérequis?
03. Mettre en place une démarche participative
04. Le pilotage et la coordination des acteurs
- 05. La communication autour de la démarche**
06. Le dialogue social et le dialogue professionnel
07. L'encadrement et les pratiques managériales
08. Le déménagement
09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche
10. La capitalisation
11. Faire vivre la démarche

01 QUELS OBJECTIFS DE LA COMMUNICATION (INTERNE ET/OU EXTERNE) AUTOUR DE LA DÉMARCHE ?

- Pour accompagner au changement, expliciter les évolutions en cours, et favoriser l'adhésion des différents acteurs au projet
- Pour encourager les agents à s'investir dans la démarche participative et prendre part aux différents groupes de travail
- Pour mieux gérer le quotidien (notamment en site occupé) des agents et des résidents
- Pour informer et/ou rassurer les résidents et les familles
- En interne et en externe pour valoriser et faire connaître le projet et renforcer sa légitimité.

Afin de garantir une communication adaptée, il est nécessaire de définir une véritable stratégie de communication en procédant à :

- Un état des lieux des outils de communication existants au sein de l'établissement (outils numériques, outils de diffusion, plannings de réunion...)
- La formalisation d'un plan de communication sur la durée du projet (qui pourra être amené à évoluer) avec la définition de procédures concrètes à activer lors de chaque étape.

Chaque étape d'un **processus de changement doit être accompagnée d'une communication spécifique**, afin de donner du sens et de fédérer l'engagement et la mobilisation des acteurs.

👁️ LES DIFFICULTÉS RELATIVES À UNE ABSENCE DE CALENDRIER DE COMMUNICATION

Au sein de l'EHPAD de Châteauneuf, la temporalité du projet a été adaptée au rythme architectural afin de limiter les conséquences des aléas inhérents au projet architectural sur les autres calendriers.

De fait, **aucun calendrier précis n'a été établi quant aux modes de communication**, dont la temporalité a été déterminée au fur et à mesure de l'avancée du projet architectural.

Cette **logique a cependant révélé quelques limites** : certaines actions de communication ont dû être reportées (pour gérer des urgences/retards parallèles) ou n'ont pu être mises en œuvre faute d'anticipation.

Communication mobilisatrice



Identification du projet
Pourquoi le projet
Bénéfices attendus

Communication explicative



Périmètre du projet
Méthodologie de travail
Les changements

Communication sécurisante



Actions à faire
Organisation du projet

Communication gratifiante



Les acteurs
Le planning
Les résultats

02 QUOI ET COMMENT COMMUNIQUER ?

Il s'agit tout d'abord de **définir les informations qui seront transmises autour du projet**, et les cibles, en identifiant notamment :

- Les informations dont les agents ont besoin au quotidien (par exemple dans le contexte d'une reconstruction sur site, qui impacte l'exercice journalier du travail)
- Les informations dont les agents ont besoin pour avoir la "bonne" visibilité sur le projet global (c'est-à-dire limitant les inquiétudes et favorisant la projection dans l'avenir pour ceux qui le souhaitent) : parmi ces informations, on retrouve notamment le calendrier précis du projet, avec identification des grandes phases et des dates marquantes (date de début de construction si nouveau bâtiment, date du déménagement...)
- Les informations et plus largement les messages permettant de "susciter l'envie" et l'intérêt des agents pour le projet : améliorations potentielles que le projet va apporter en termes de conditions de vie des résidents, de conditions de travail des agents ; informations concrètes sur les nouveaux bâtiments (décorations...) ; informations quant à l'utilité de la participation des agents
- Les informations pour les autres acteurs du projet (encadrement, membres du CHSCT et représentants du personnel, prestataires)
- Les informations à diffuser auprès des résidents et des familles.

S'agissant de la forme, il convient également de penser à :

- La **diversité des canaux de communication** disponibles, et la place de chacun des acteurs (notamment de l'encadrement, des prestataires et du CHSCT) dans cette communication
- Le format de l'**information et l'information adaptée à chacun des canaux choisis** (ce qui passe par une note de service, ce qui passe par les écrans, ce qui est présenté en réunion d'information, etc.)
- La **fréquence des communications**, dont dépend la bonne articulation entre visibilité globale et anticipation des impacts sur le quotidien des agents.

Les modalités de communication seront adaptées en fonction des objectifs identifiés, du contexte de l'établissement (culture de l'oral, transmission descendante d'informations...) et des destinataires (agents, représentants du personnel, familles...)

“La communication c'est essentiel mais il faut trouver le juste milieu entre sous-communiquer et sur-communiquer”.

[Direction]

03

LA COMMUNICATION ÉCRITE TRADITIONNELLE

La communication écrite (sous forme de notes de services, d’affichage sur des panneaux, de distribution de documents...) présente l’avantage de **garder des traces entre les différentes étapes**. Elle favorise également une **meilleure intégration** des informations.

Les représentants du personnel et membres du CHSCT peuvent avoir tendance à préférer des livrables fournis au fil de l’eau permettant un suivi formel et documenté de l’ensemble du projet.

“L’absence de communication écrite à notre égard donne l’impression d’un maintien volontaire dans le flou [Membre du CHSCT]”

04

LA COMMUNICATION ORALE

La communication orale peut prendre plusieurs formes (annonces générales auprès des agents, bouche-à-oreille, communication lors des temps de transmission agents/cadres...). Elle présente plusieurs avantages :

- La transmission directe d’informations
- La possibilité d’un dialogue et de son approfondissement (questions posées...)
- L’assurance que les destinataires ont bien reçu (si ce n’est compris) le message communiqué
- La création d’un lien de proximité entre le porteur du message et ses destinataires.

Cette communication est notamment utilisée dans des établissements qui disposent d’une “culture de l’oral”. Cependant, ce type de communication présente deux écueils considérables : la communication orale **ne permet pas de garder de trace** des informations transmises, **et elle n’a lieu qu’à un instant T**, les absents étant de fait pénalisés.

La communication orale informelle se fait bien, mais ça n’est pas vraiment neutre et puis ça ne met pas tout le monde au même niveau. [Direction]

Dans le cadre d'un projet de restructuration/reconstruction, le transmetteur du message peut être un encadrant mais également un agent : il est par exemple possible de faire des agents impliqués dans la démarche participative des "représentants" intermédiaires entre l'ensemble des agents et l'encadrement, ce qui permet :

- A l'ensemble des agents d'avoir une vision du déroulé du projet
- La responsabilisation et l'implication des agents participants dans leur rôle de transmetteur d'information
- Une communication moins formelle qui peut être renforcée du fait des liens de connaissance et de confiance entre les agents.

Au sein de l'établissement de Châteauneuf, les participants aux groupes de travail sont devenus des agents "représentants" essentiels dans la transmission d'information, à la fois descendante et ascendante, puisqu'ils étaient également chargés de recueillir les avis et sentiments de leurs collègues pour les faire remonter lors des groupes de travail.

Des agents ne participant pas aux groupes de travail ont cependant souligné la nécessité de renforcer ces transmissions, certains ayant toujours l'impression de ne pas avoir assez d'informations sur les groupes de travail : formaliser ce mode de transmission informelle dans un plan de communication pourrait notamment permettre d'éviter cet écueil (en mettant en place une formation de ces représentants par exemple).

05

FAVORISER L'ADHÉSION : LES PRATIQUES DE COMMUNICATION DÉPLOYÉES À L'OCCASION DU PROJET DANS LES ÉTABLISSEMENTS ÉTUDIÉS

La mise en œuvre d'une démarche participative au cours d'un projet bâtiminaire peut être l'occasion d'expérimenter de nouvelles modalités de communication :

- **La création d'une frise chronologique au sein de l'EHPAD Marcel Faure à Limoges**, installée dans un espace dédié afin de permettre aux agents de visualiser l'intégralité de la démarche et de se repérer dans l'avancée du projet
- **La construction d'une maquette et son exposition au sein de l'EHPAD de Châteauneuf**, afin de permettre aux agents de mesurer l'avancée de la démarche et de se projeter (cette méthode peut être complétée par une exposition/une diffusion des plans du futur bâtiment assortis d'une grille de lecture)

- **La mise en place d'un point "relais"** de communication (exemple : salle dédiée) afin que les agents identifient un lieu au sein duquel ils pourront trouver des réponses à leurs interrogations (avec, par exemple, la présence de maquettes, frises...)
- **La diffusion d'une newsletter** qui peut être imprimée sous format papier et affichée/déposée dans des endroits stratégiques (salle de repos, réfectoire ...) mais également diffusée par voie informatique comme cela a été le cas au sein de l'EHPAD de Châteauneuf (document powerpoint diffusé dans le hall de l'EHPAD). Cette méthode présente l'avantage de convenir pour une diffusion de l'information auprès des professionnels mais aussi auprès des résidents et des familles.

LA COMMUNICATION AUPRÈS DES RÉSIDENTS ET DES FAMILLES

Les résidents et les familles constituent des acteurs à part entière du projet bâtiminaire. Il apparaît donc primordial et logique de les intégrer au plan de communication en se posant les questions suivantes :

- > *Que communiquer aux familles et aux résidents ?*
- > *Selon quelle temporalité ?*
- > *Comment communiquer aux familles et aux résidents ? (il peut être envisagé de mettre en pratique des modes de communication innovants : "goûters" mensuels pour présenter l'avancée des travaux, diffusion de newsletter...)*

A l'inverse, l'absence de communication ou une mauvaise communication auprès des résidents et/ou des familles peuvent générer un stress et une tension importante ainsi que de nombreuses - et légitimes - interrogations.

Ces situations peuvent de plus se traduire par une pression supplémentaire sur les professionnels : incapacité à soulager le stress des familles et intériorisation de cette tension, communication de l'anxiété des résidents aux professionnels, difficultés à répondre aux interrogations des résidents/des familles et donc sentiment de travail mal fait, développement de relations complexes entre les professionnels et les résidents/familles (pression des familles...).

06

LE PLAN DE COMMUNICATION : LES BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES

- **Identifier formellement une instance en charge du suivi du plan de communication** et de la mise en œuvre concrète des actions de communication (souvent, il s'agit du comité de pilotage qui assure la communication à tous les échelons et entre tous les participants, comme ce fut le cas au sein de l'EHPAD Marcel Faure)
- **Planifier une communication spécifique** (diffusion des supports, des ordres du jour...) pour chaque grand événement (ex : réunion de comité de pilotage, de comité technique...)
- **Veiller à la production et la diffusion de comptes rendus** à l'issue des réunions, groupes de travail, comités de pilotage, afin de s'assurer que chacun des acteurs dispose du même niveau d'information
- Planifier des **restitutions intermédiaires** régulières qui permettront de mettre en avant la façon dont la participation des agents est intégrée dans la démarche, et quels sont les réels impacts de cette participation
- **Planifier des communications relatives aux différents arbitrages pris** et en expliciter les raisons
- **S'appuyer sur les prestataires** pour transmettre certaines informations aux agents (par exemple, faire des retours à l'issue des groupes de travail), ce qui permet une restitution neutre et objective mettant tous les agents au même niveau de connaissance
- **Avertir les agents longtemps en amont des dates** et de la temporalité des grands changements.

“La période de transition va générer des difficultés, mais la communication a été la clé de l'acceptation par les agents”

[Membre du CHSCT]

L'écueil principal constaté dans les établissements du projet a trait à un manque de visibilité des agents et parfois même des encadrants sur le calendrier du projet et son avancée : cette situation peut être génératrice de stress et de difficultés à adhérer au projet.

UN EXEMPLE DE COMMUNICATION DÉPLOYÉE À L'OCCASION D'UN PROJET

Dans le cadre du projet bâtementaire, l'établissement de Châteauneuf a décidé de diffuser un récapitulatif de l'ensemble des commentaires et suggestions des agents issus de la démarche participative. Chaque intervention des agents était assortie d'une mention explicitant pourquoi telle proposition/suggestion avait été, ou non, retenue.

*Ce type de communication intermédiaire a permis aux agents de **visualiser les impacts de leur participation** et de s'apercevoir que les groupes de travail sont effectivement suivis d'effets, tout en prenant connaissance des raisons (financières, techniques...) pour lesquelles leurs propositions n'avaient parfois pas été retenues.*

RESSOURCES DISPONIBLES

- > “La Boîte à Outil de la Conduite du Changement”, David Autissier, Jean-Michel Moutot, Kévin Johnson, Emily Métails-Wiersh
- > “La Boîte à Outil du management”, Patrick Stern et Jean-Marc Schoett
- > PISTE ; “Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques : bilan et réflexions”, 2000.

06

Le dialogue social et le dialogue professionnel

La loi prévoit l'information et la consultation du CHSCT avant toute décision d'aménagement importante modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail. Au-delà, les instances représentatives du personnel doivent être associées de différentes manières à la démarche bâtiminaire, afin de favoriser la bonne circulation de l'information et le consensus autour du projet.

Par ailleurs, une articulation voire une complémentarité doit être mise en œuvre entre le dialogue social - organisé et encadré réglementairement - et le dialogue professionnel émanant notamment des démarches participatives.

Comment assurer cette articulation en vue d'une complémentarité fructueuse entre ces deux types de dialogues aux objectifs et modalités distincts? Comment faciliter les allers-retours entre dialogue social et dialogue professionnel?

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?
02. Poser un diagnostic : quels prérequis?
03. Mettre en place une démarche participative
04. Le pilotage et la coordination des acteurs
05. La communication autour de la démarche
- 06. Le dialogue social et le dialogue professionnel**
07. L'encadrement et les pratiques managériales
08. Le déménagement
09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche
10. La capitalisation
11. Faire vivre la démarche

01 LES DIFFÉRENTS MODES D'ASSOCIATION DES INSTANCES DE REPRÉSENTATION DU PERSONNEL À LA DÉMARCHE

En dehors du cadre réglementaire, des consultations et informations obligatoires prévues par la loi, le CHSCT peut être associé plus directement aux instances de pilotage ou de suivi par de nombreux biais :

- **Consultation régulière ou ponctuelle des instances pour information, avis et/ou décision**

Il s'agit ici d'assurer un dialogue social optimal par le biais d'une communication efficace et qui perdure tout au long du projet, et d'éviter ainsi le risque de raréfaction de consultation des instances et de désengagement vis-à-vis du projet.

Au sein de l'EHPAD Marcel Faure, des présentations ponctuelles lors des temps forts du projet ont été organisées. L'une des forces du dialogue social a reposé sur le fait que la session initiale de présentation extensive du projet en CHSCT avait été particulièrement préparée, ce qui a permis de donner une réponse à toutes les questions posées par les représentants du personnel avant le début du projet. Ces consultations régulières ont également permis la prise en compte d'une demande d'ajustement méthodologique émise par le CHSCT (élaboration d'une chambre-témoin plus tôt que prévue).

- **Intégration directe de représentants du CHSCT aux différentes instances de pilotage et de suivi du projet**

A priori simples à mettre en œuvre, ces modalités d'association présentent le risque que les représentants du personnel membres des différents groupes de travail ou de suivi ne "s'auto-limitent" pour éviter d'interférer avec leur rôle en CHSCT. Il convient dès lors de clarifier le positionnement et le rôle de chacun (participation au titre de représentant du personnel ou en tant qu'agent).

Au sein de l'EHPAD de Châteauneuf, le dialogue social a été mis en place sur la base des éléments suivants :

- *Un point d'information relatif au projet de recherche action systématique en CHSCT*
- *Un comité de suivi émanation fidèle du CHSCT*
- *Intégration des représentants du CHSCT dans le comité de maîtrise d'usage*
- *Participation, en tant qu'agents, de représentants du CHSCT aux différents groupes de travail.*

De surcroît, le chef du projet bâtiminaire (la directrice adjointe) a été clairement distingué du responsable du dialogue social (DRH) maintenant ainsi deux canaux de participation clairs (dialogue social / dialogue professionnel).

• **Positionnement du CHSCT comme instance motrice du projet**

Ce modèle permet de garantir le dialogue social mais nécessite des efforts de coordination importants entre les différentes instances.

Au sein de l'EHPAD de Châteauneuf, le comité de suivi était une émanation du CHSCT et était initialement pensé comme le garant de la méthode et du calendrier du projet, permettant ainsi des consultations régulières et un rôle majeur des représentants du personnel dans le pilotage et le suivi du projet. Dans les faits cependant, ce comité a éprouvé des difficultés à être identifié de façon opérationnelle (enjeu de définition et de clarification de son rôle).

La mise en place du dialogue social au sein de l'EHPAD du Havre

- *Une sollicitation des représentants du personnel à travers des entretiens individuels portant sur l'accompagnement à la transition*
- *Des représentants du personnel consultés sur les plans, le matériel, les effectifs, les plannings, les ETP ou encore les tâches des agents*
- *Une présentation de l'avancée des travaux sur la gestion du temps de travail aux instances de représentation du personnel*
- *Des restitutions et validations du diagnostic auprès des différences instances (CHSCT, CT...).*

Cette organisation a permis de maintenir un dialogue social tout au long du projet et le tissage de relations plus apaisées que par le passé entre les différents acteurs. Ces éléments ont également favorisé la tenue d'échanges constructifs tournés vers l'amélioration des conditions de travail des agents.

Ici, l'implication des représentants du personnel favorise l'apport d'une expertise terrain plus importante, et renforce le dialogue social autour du projet.

Enfin, ces concertations régulières ont permis une compréhension partagée et éclairée des enjeux relatifs au projet bâtiminaire par l'ensemble des acteurs impliqués.

02

L'ARTICULATION ENTRE DIALOGUE SOCIAL ET DIALOGUE PROFESSIONNEL : UNE COMPLÉMENTARITÉ NÉCESSAIRE À ORGANISER

- Le déploiement d'une démarche participative (cf. fiche "démarche participative") se traduit souvent par la création de nouveaux espaces de dialogue au sein des organisations. Ceux-ci ont vocation à perdurer au-delà du projet architectural et bâtiminaire. Ces espaces permettent d'échanger sur les pratiques, d'ajuster les organisations de travail entre les différentes fonctions, et de favoriser la bonne circulation de l'information.
- Autant d'éléments qui contribuent à la prévention des risques professionnels et qui viennent enrichir le dialogue social au niveau de l'établissement.
- Dans la littérature, les retours d'expériences témoignent de la plus-value élevée sur la qualité de vie au travail de démarches combinant participation directe des agents, et association / sollicitation régulière des représentants du personnel.
- A l'inverse, des démarches privilégiant le seul cadre du dialogue social présentent le risque d'une plus faible représentativité des métiers et activités concernés par le projet, et peuvent, également, engendrer une baisse de confiance envers les instances représentatives du personnel.

03

LES BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES

- Penser dès le début du projet à l'articulation entre dialogue social et dialogue professionnel
- Prévoir une mobilisation fréquente des instances, et la formaliser dans le projet initial
- Assurer une communication renforcée et spécifiquement destinée aux représentants du personnel pour assurer une homogénéité dans la saisine des sujets abordés
- **Maintenir un dialogue régulier et quotidien en dehors des réunions d'instances**, pour que les instances ne soient pas des moments de découverte (organiser des communications régulières, élaborer des supports écrits ou par mails entre les réunions...) mais d'échange
- Distinguer les chefs de projets des personnes en charge du dialogue social afin de maintenir deux canaux de participation clairs
- **Clarifier le positionnement des représentants du personnel qui participent à des groupes de travail avec les autres professionnels** (sont-ils présents en tant qu'agents ou en tant que représentant du personnel ?)
- Expliciter régulièrement le déroulement du projet et les arbitrages qui sont effectués (y compris les raisons de ces arbitrages)
- **Créer de nouveaux espaces de dialogue**, utilisés par les agents pour échanger sur leurs pratiques, le travail réel ou ajuster les organisations de travail, venant en complément des instances représentatives du personnel
- Adapter les modes de consultation prévus au format des instances (exemple : instances à l'échelle d'une ville, d'un établissement ou de plusieurs...). Il est en effet plus complexe de mobiliser les instances quand elles sont géographiquement éloignées, et il peut être nécessaire d'adapter ses sollicitations. De même, des établissements importants (CHU...) peuvent compter plusieurs instances de dialogue social ou des instances polyvalentes (qui ne sont pas uniquement en charge de l'EHPAD par exemple).

RESSOURCES DISPONIBLES

- > "Améliorer le dialogue social en établissement de santé grâce à l'expertise CHSCT", Presses de l'EHESP, Septembre 2019
 - > "Articulation entre le CHSCT d'un établissement et les CHSCT de site", Fiche réflexe, DGSO, Octobre 2016 bilan et réflexions", 2000.
-

07

L'encadrement et les pratiques managériales

De par leur positionnement, les cadres jouent un rôle majeur dans les démarches bâtementaires intégrant les principes de la prévention des risques professionnels, et ce à différents niveaux. Celles-ci peuvent par ailleurs constituer une opportunité pour repenser et faire évoluer les pratiques de l'encadrement, dans une visée davantage participative. Il est dès lors nécessaire d'intégrer, dès le lancement de la démarche, une réflexion sur le rôle des cadres dans le projet, et de l'assortir au besoin, de dispositifs spécifiques d'accompagnement et de soutien à leur endroit (formation, plan de prévention spécifique, etc.).

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?
02. Poser un diagnostic : quels prérequis?
03. Mettre en place une démarche participative
04. Le pilotage et la coordination des acteurs
05. La communication autour de la démarche
06. Le dialogue social et le dialogue professionnel
- 07. L'encadrement et les pratiques managériales**
08. Le déménagement
09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche
10. La capitalisation
11. Faire vivre la démarche

01

L'ENCADREMENT, RELAIS ET VECTEUR D'ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT

- Tout au long de la démarche, les cadres sont les interlocuteurs privilégiés de la direction ainsi que des équipes et ont un rôle crucial en matière de circulation de l'information (ascendante et descendante). Plusieurs outils ou formats peuvent être mobilisés : participation aux groupes de travail, instauration de temps d'échanges dans les réunions de service, ou encore association systématique aux réunions avec les prestataires par exemple.
- Les cadres représentent également le lien de proximité avec les équipes : leur rôle est donc primordial en matière d'anticipation et de gestion des incertitudes et de prévention et de détection des risques afférents à ce type de projet (risques psychosociaux).

Au sein de l'EHPAD de Châteauneuf, du fait de l'absence de directeur sur le site, les encadrants ont constitué des intermédiaires indispensables entre la direction et les équipes. Ils se sont vus confier un rôle de relais auprès des équipes, et ont organisé des points hebdomadaires sur l'état d'avancement du projet.

- Dans des contextes de délégation accrue des activités et des responsabilités, les cadres sont également amenés à accompagner la montée en compétence des équipes, et notamment de l'encadrement intermédiaire (infirmiers), vers des pratiques davantage axées sur la gestion de projet. Chaque établissement du projet a ainsi témoigné d'une montée en charge de chaque "strate" de l'encadrement, à la fois dans le management des équipes et dans le management des activités.

02 LE CADRE COMME CHEF DE PROJET

Dans le cadre de démarches participatives, les cadres peuvent être amenés à piloter plusieurs projets (par exemple la préparation au déménagement, la refonte de certains process...) et mobiliser différentes compétences : animation de groupes de travail, formalisation des livrables, compte-rendu, suivi budgétaire, gestion des délais. Leur activité et leur rôle s'en trouvent valorisés.

- Le positionnement en chefferie de projet permet de développer la transversalité et l'interconnaissance entre différents corps de métiers et différentes équipes.
- En fin de projet, les cadres peuvent être amenés à animer des groupes dédiés au suivi ou à l'évaluation du projet, et ce, indépendamment des éventuels experts externes qui ont pu être mobilisés – ergonomes par exemple, contribuant ainsi à la durabilité de la démarche (cf. fiche "Faire vivre le projet").

Le rôle de chef de projet des encadrants rend indispensable **l'articulation entre l'équipe de cadres et les différents prestataires.**

Au sein de l'EHPAD Les Escales au Havre, les cadres ont été mobilisés en matière de gestion de projet. Certains d'entre eux étaient "référents projet" au sein de leur résidence, et chacun des groupes de travail de préparation au déménagement était piloté et animé par un binôme de cadres.

DIAGNOSTIC MENÉ PAR L'ÉQUIPE D'ERGONOMES DE L'EHPAD DE CHÂTEAUNEUF

Au sein de l'EHPAD Marcel Faure, les cadres ont été sollicités, en relais, des prestataires en ergonomie, alors même qu'il ne s'agissait pas de leur rôle initial. Au regard du calendrier parfois resserré (tout particulièrement en phase d'avant-projet sommaire - APS et d'avant-projet détaillé - APD), il a parfois fallu prendre des décisions alors même que les prestataires en ergonomie ne pouvaient pas se déplacer dans les temps. De fait, les cadres ont été encouragés à constituer et mener des groupes de travail : c'est cette sollicitation des cadres qui a permis d'obtenir des modifications architecturales dans des délais restreints.

03

L'APPORT D'UNE EXPERTISE SPÉCIFIQUE

Chaque cadre pourra apporter son expertise propre sur différents sujets (sur la tenue de démarches participatives, voir Fiche Démarche participative). Cette expertise pourra être amenée par le cadre à travers son rôle de chef de projet ou de manager, mais également à travers son rôle "d'agent".

Plusieurs établissements font état de la mobilisation importante des cadres (entretiens avec les ergonomes, participation aux différents groupes de travail...) dans les différentes étapes du projet, et tout particulièrement dans les phases de diagnostic.

04

L'ÉVOLUTION DE LA CULTURE MANAGÉRIALE

Le déploiement d'un projet bâtiminaire peut être l'opportunité de renouveler les pratiques managériales au sein d'un établissement :

- Tous les établissements ont constaté qu'une telle démarche occasionnait un changement de paradigme dans l'encadrement, avec le passage d'un fonctionnement en silo à un fonctionnement en mode "projet".
- Les démarches entraînent également une formalisation et une affirmation de la pratique du management participatif qui peut être présent (ou non) dans l'établissement à l'origine.
- Les pratiques nouvelles instaurées au cours du projet (exemple : la méthodologie de démarche participative) peuvent ainsi perdurer à son issue (animation de réunions régulières...).

Ces évolutions peuvent faire l'objet de formations spécifiques, et/ou de formalisation (exemple : "le guide de l'encadrant")

Le recours à une équipe d'ergonomes a impulsé une évolution de la culture managériale au sein de l'EHPAD Marcel Faure : les encadrants ont eu l'occasion d'échanger avec les ergonomes durant l'ensemble de la démarche, ce qui leur a permis d'appréhender certains modes de consultation auxquels ils n'avaient jamais eu recours.

De fait, l'équipe de direction et les encadrants souhaitent s'inspirer du travail mené au cours du projet et le poursuivre à l'issue du déménagement, en adoptant certaines méthodes et techniques testées au cours de la démarche (exemple : travailler à partir de la décomposition des gestes des agents).

COMMENT ACCOMPAGNER LA MONTÉE EN COMPÉTENCES DES CADRES ? QUELQUES PISTES

- > La mise en œuvre d'une formation "manager ensemble" : création et fédération d'un collectif visant à limiter le risque de décrochage des différentes strates de l'encadrement, tout particulièrement dans le cadre d'établissements de tailles importantes et multi-sites.
- > La formalisation d'orientations claires sur la priorisation à opérer dans les moments de tension entre la tenue des délais du projet (et la mise en œuvre qualitative de la concertation avec les agents) et les impératifs de service au quotidien.
- > La création ou le maintien d'un espace qui permet l'échange de pratiques entre les cadres pour assurer la remontée des difficultés organisationnelles liées à l'impact de l'activité de chaque service sur les autres services.
- > La mobilisation du service de médecine de prévention ou de santé au travail non seulement en expertise de prévention des risques professionnels mais également en identification des risques liés à la conduite et au déploiement du projet en lui-même.

POINTS DE VIGILANCE

- > Un risque majeur au cours d'un projet bâtimentaire est celui de la "sur-sollicitation" des cadres. Ils poursuivent leurs missions quotidiennes, qui peuvent en outre être complexifiées par les changements en cours, tout en étant sollicités pour mener des tâches et missions sortant de leur champ d'action habituel (gestion de projet, ...).
- > Un accompagnement spécifique peut ainsi être envisagé et passer par :
 - L'instauration d'un espace dédié pour expliciter régulièrement ce qui pose difficulté à chaque cadre / à chaque service dans le déploiement du projet
 - Le déploiement d'un plan de prévention des risques psychosociaux spécifique au projet
 - La mise en œuvre d'une veille de l'encadrement supérieur sur le niveau d'investissement individuel des cadres.
- > Les cadres sont également les premiers touchés en cas de turnover, à la fois de par la nécessité de gérer la vacance et d'assurer l'intérim, mais aussi de par le besoin de s'adapter aux nouvelles pratiques suite aux remplacements. Il convient donc d'assurer les transitions de la façon la plus souple possible.
- > Enfin, il ne faut pas oublier que les cadres sont également des agents : il est donc nécessaire de leur donner l'opportunité d'être sollicités à titre individuel pour faire part de leurs regard et expertise propres - dans le cadre d'entretiens et/ou de groupes de travail.

RESSOURCES DISPONIBLES

Rapport de la mission Cadres hospitaliers, Chantal de Singly, septembre 2009.

08

Le déménagement : avant, pendant, après

Un déménagement occasionne de nombreux questionnements :

- Logistiques : Comment opérer le transfert physique des résidents ? Comment déménager les biens et le matériel (s'ils ont vocation à intégrer le nouvel établissement) ?
- Réglementaires : Quelles sont les étapes obligatoires à suivre pour se conformer à la réglementation en vigueur ?
- Matériels : Comment garantir que l'ensemble des ressources (cuisine, salles de bain...) de l'établissement soient présentes et opérationnelles directement après l'emménagement ?
- Humains : Comment préparer et accompagner les équipes au changement de lieux et à la modification des repères (espaces, organisations, équipes, résidents parfois différents) ? Comment préparer et accompagner les résidents dans ces évolutions ?

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?

02. Poser un diagnostic : quels prérequis?

03. Mettre en place une démarche participative

04. Le pilotage et la coordination des acteurs

05. La communication autour de la démarche

06. Le dialogue social et le dialogue professionnel

07. L'encadrement et les pratiques managériales

08. Le déménagement

09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche

10. La capitalisation

11. Faire vivre la démarche

01

BONNES PRATIQUES : PRÉPARER LE DÉMÉNAGEMENT

Une préparation adéquate permet d'anticiper et de limiter les difficultés à plusieurs niveaux :

1. Pour les agents

Les agents sont directement concernés par le déménagement, qui va impacter leur environnement quotidien de travail et modifier leurs repères. Ils se trouvent également en première ligne pour répondre aux incertitudes des résidents, et gérer le stress potentiel engendré par ces changements.

Il est ainsi important de préparer ce temps avec eux suffisamment en amont du "jour J", et donc de :

- **Co-construire** : mise en place de groupes de travail thématiques à vocation très opérationnelle (par exemple à propos du jour J, de la communication, des questions de mobilier, des plannings...)
- **Communiquer** sur les modalités, la temporalité, les divers éléments concrets et matériels (exemple : comment les résidents vont-ils être transférés ?...) (voir fiche "Communication")
- **Procéder aux affectations**, en cas de réorganisation des services, en prenant en compte, dans la mesure du possible, les agents. Commencer par les personnels d'encadrement, puis les autres personnels.
- **Favoriser les mises en situation** : "journée à blanc", chambre-témoin, visites du nouvel établissement...
- **Produire un livret d'accueil** dans les nouveaux locaux : présentation des modalités d'accès, des éléments de repère, des règles à respecter dans le bâtiment, des différents espaces et services disponibles sur place et à proximité, ...

- **Elaborer un calendrier** de prise de congés intégrant les impératifs de préparation au déménagement et d'adaptation collective aux nouveaux modes d'organisation
- **Favoriser les rencontres entre équipes**, tout particulièrement dans le cas de regroupement de plusieurs structures : présentation des bases de fonctionnement et des perspectives, transmission des préférences et connaissances personnelles concernant les résidents via des plans (temporaires) de soins formalisés...

L'EHPAD Les Escales au Havre, qui menait un projet sur deux sites, avec des équipes différentes (et par conséquent des organisations et temps de travail différents), a par exemple choisi de conduire un travail autour de la gestion du temps de travail : un accompagnement leur a permis d'harmoniser les temps et cycles de travail de l'ensemble des équipes au sein du futur bâtiment.

2. Pour les résidents et les familles

Les résidents - ainsi que leurs familles - sont les premiers concernés par le déménagement. C'est pourquoi il semble nécessaire **de prévoir et de renforcer une communication et des actions spécifiques à destination de ces publics**, et notamment :

- **Anticiper le devenir des biens personnels des résidents**
- **Détailler le plan d'action du jour J** et le communiquer aux résidents et aux familles (par exemple : comment seront transférés les résidents ? etc.). Au sein de l'EHPAD Les Escales au Havre, deux éditions spéciales du magazine mensuel "EHPAD et nous" ont ainsi été consacrées au déménagement pour informer les familles et les résidents
- **Planifier l'affectation** des chambres
- **Détailler la future organisation** aux résidents et aux familles (Prendront-ils leurs repas de la même manière ? Auront-ils les mêmes voisins de chambre ?)
- **Faire visiter le nouveau bâtiment aux familles** : au sein de l'EHPAD de Châteauneuf, les familles ont été invitées à visiter les nouveaux locaux 15 jours avant le déménagement et à faire part de leurs interrogations à la direction, qui a ensuite envoyé un courrier de réponses comportant de nombreuses informations.

Les résidents et leurs familles peuvent également être impliqués dans la préparation du déménagement. Au sein de l'EHPAD Marcel Faure, un petit groupe de résidents a par exemple été constitué afin de travailler à la décoration des nouveaux bâtiments.

Ces initiatives permettent aux résidents de s'impliquer dans le projet de déménagement et de diminuer leurs craintes, tout en les préparant à leur nouveau lieu de vie.

3. Les considérations matérielles et réglementaires

- Réaliser l'inventaire exhaustif du mobilier et des accessoires conservés dans le nouvel établissement
- Acheter les équipements
- Déterminer la localisation de chaque bien/matériel dans les futurs locaux
- Procéder au raccordement de l'électricité et aux branchements de l'eau et du gaz
- Installer les lignes téléphoniques
- Essayer les installations techniques, approvisionnement des locaux de stockage
- Etablir un contrat de prestations (linge, repas, etc.)
- Réaliser le nettoyage complet des nouveaux locaux avant l'arrivée des résidents
- Organiser la visite de la commission de sécurité avant l'ouverture. De nombreux départements disposent de leur propre guide des procédures relatives aux établissements recevant du public : vous pouvez trouver celui de votre département directement sur internet ou auprès des autorités compétentes.

Au sein de l'EHPAD de Châteauneuf, un groupe de travail a été dédié à l'organisation du déménagement. Ce groupe, composé de la directrice, des cadres et des différents directeurs administratifs, était en charge de préparer toute l'organisation du Jour J en amont.

Ainsi, tout au long de la démarche, chaque équipe (aide soignant, agent des services hospitaliers, logistique) a fait remonter progressivement des informations à ce groupe de travail, qui a centralisé et mis en musique tous les éléments liés au déménagement.

Le travail de ce groupe a permis d'organiser et de cadrer chaque étape du déménagement de sorte que chacun sache exactement quoi faire avant et pendant le jour J, ce qui a facilité le déroulé de la journée et a permis un déménagement très réussi, de l'avis des professionnels comme des familles.

02

LE JOUR J : RECUEIL DE BONNES PRATIQUES

L'organisation du Jour J **diffère selon les établissements et l'organisation planifiée du déménagement** (par exemple, tous les locaux, personnels et résidents sont-ils déplacés en même temps, ou certaines parties telles que les cuisines/ la pharmacie sont-elles déménagées en amont des résidents ?).

Plusieurs bonnes pratiques peuvent cependant être appliquées afin de faciliter ces changements :

- Former des brigades sur site, chargées de la coordination et de la logistique le jour J (linges, repas, équipements)
- Prévoir la fourniture d'un kit de déménagement (badges...)
- Organiser la continuité du service
- Renforcer les équipes le jour du déménagement

- Désigner des agents référents chargés spécifiquement d'accompagner les résidents
- Mettre en place une permanence médicale et psychologique (médecins, psychologues, kinésithérapeutes)
- Prévoir une logistique spécifique le Jour J (exemple : repas froids, ...)
- Prévoir un moment de convivialité regroupant tous les participants au déménagement.

Le jour J, l'équipe de direction et les encadrants peuvent choisir de s'appuyer sur les professionnels qui ont pris part au(x) groupe(s) de travail. Ces professionnels peuvent alors devenir des guides pour les autres agents, ce qui permet en outre de valoriser leur rôle et de reconnaître leur implication.

L'ORGANISATION DU DÉMÉNAGEMENT AU SEIN DE L'EHPAD DE CHÂTEAUNEUF

Le déménagement des résidents de l'EHPAD de Châteauneuf s'est déroulé sur une seule journée : un étage a été déménagé le matin et un deuxième l'après-midi. Au préalable, les bureaux, la salle d'animation, les vestiaires des personnels et la salle à manger avaient été progressivement déménagés, ce qui avait impliqué une logistique spécifique en amont (par exemple, les résidents n'ayant plus de salle à manger, ont dîné dans leur chambre la veille du déménagement).

Plusieurs équipes ont été constituées en y intégrant le personnel (tout le monde était mobilisé) et les familles (venues en renfort) :

- > Une **équipe "départ"** : toilette, préparation des résidents dans l'ancien bâtiment
- > Deux **équipes "transferts"** : une équipe chargée de transférer les résidents (les rééducateurs par exemple) et une équipe chargée de transférer le mobilier (cartons préparés en amont)
- > Une **équipe "réception"** : accueil du résident dans le nouveau bâtiment, installation en chambre. Les familles des résidents ont été invitées à intégrer l'équipe "réception", afin d'accueillir leur proche dans sa nouvelle chambre et de l'aider à s'y installer.

Tous les transferts étaient encadrés et devaient respecter un horaire précis. Cette organisation très rythmée a permis un déménagement avec très peu de couacs.

Par ailleurs, le jour J, tous les participants au déménagement ont été invités par l'établissement à déjeuner ensemble (professionnels, familles, etc) par l'établissement. Ce moment de convivialité a permis de renforcer les liens, et de transformer les relations même au sein de l'équipe de professionnels.

03

BONNES PRATIQUES : L'APRÈS-DÉMÉNAGEMENT

Il est nécessaire de préparer les jours qui suivent le déménagement, afin de s'assurer que les difficultés ont été écartées et que l'organisation définie se met en place sans heurt dans les nouveaux bâtiments. Plusieurs points de vigilance peuvent être relevés lors de cette phase :

1. La capacité des agents à faire le deuil des structures existantes et à s'appropriier les futurs locaux

L'attachement aux locaux actuels, en dépit parfois de leur vétusté, ne doit pas être négligé : les équipes ont pu développer une forte cohésion face aux contraintes structurelles de leurs établissements.

Cette logique a particulièrement été mise en exergue par les ergonomes à Limoges (EHPAD Marcel Faure) : ils ont ainsi montré que les contraintes mêmes des locaux avaient favorisé l'émergence d'une solidarité au sein des équipes, et que ce facteur de protection pouvait paradoxalement s'étioler dans une structure de meilleure qualité.

Par ailleurs, certaines dynamiques peuvent être difficiles à maintenir et à transposer dans des espaces plus grands, plus ergonomiques et dans lesquels il semble de prime abord plus agréable de travailler.

2. La nécessité de rester attentif et de se laisser la possibilité de réajuster les organisations

Le déménagement tant attendu peut ne pas avoir les effets escomptés. Ainsi, il est nécessaire de laisser une période d'adaptation pendant laquelle les ajustements seront possibles, afin de ne pas enfermer les agents dans une organisation qui ne leur correspond finalement pas.

Dans le cadre de la création d'un nouvel étage à la Fondation Gourlet Bontemps, il était prévu que le taux d'encadrement au 4^{ème} étage soit de 1 aide-soignante pour 16 résidents, contre 1 pour 25 aux autres étages. Cette charge moindre en matière de soins devait permettre de libérer du temps aux agents concernées pour qu'elles réalisent également des tâches hôtelières. Toutefois, cette situation a été assez mal vécue par les aides-soignantes, qui ne se sentaient pas en mesure de réaliser l'ensemble des missions qui leur étaient confiées. Des groupes de travail ont donc été tenus afin d'ajuster l'organisation (déploiement d'agents de services hospitaliers en renfort au 4^{ème} étage au moment du petit-déjeuner par exemple).

Il s'agira également d'être attentif à l'adaptation de chacun (agents, encadrants, résidents, familles...) et de repérer d'éventuelles situations de difficulté. Plusieurs outils peuvent être mobilisés :

- Questionnaires d'évaluation
- Tables rondes d'évaluation d'impact
- Réunion de restitution interne
- Modalités de communication spécifiques (exemple : newsletter, journal interne...)
- Audits organisationnels : au sein de l'EHPAD Les Escalles au Havre, les membres du CHSCT ont ainsi été impliqués en tant qu'auditeurs lors de ces audits organisés deux mois après le déménagement.

RESSOURCES DISPONIBLES

"Accompagner le changement à l'occasion d'un projet de reconstruction : l'expérience de l'hôpital Local de Montfort L'Amaury", ENSP, décembre 2007.

09

Mesurer et évaluer les impacts de la démarche

L'intégration de la prévention des risques professionnels dans les projets de construction ou de rénovation participe de l'amélioration des conditions de travail des agents et contribue à une meilleure qualité de service et de soins dans les établissements. Comment mesurer et évaluer l'efficacité des mesures déployées durant le projet, ainsi que l'impact des changements observés (matériels, managériaux, organisationnels) sur la sinistralité et plus globalement sur la qualité de vie au travail ?

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?
02. Poser un diagnostic : quels prérequis?
03. Mettre en place une démarche participative
04. Le pilotage et la coordination des acteurs
05. La communication autour de la démarche
06. Le dialogue social et le dialogue professionnel
07. L'encadrement et les pratiques managériales
08. Le déménagement
- 09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche**
10. La capitalisation
11. Faire vivre la démarche

01 POURQUOI ÉVALUER ?

Trois finalités, complémentaires, sont généralement associées à l'évaluation d'un projet :

- **stratégique** : adapter ou réorienter l'action, améliorer la connaissance des besoins et des attentes...
- **opérationnelle** : clarifier les objectifs et résultats à atteindre, conduire le changement avec les agents de terrain...

- **capitalisation/transfert** : comparer les expériences, recueillir les bonnes pratiques, proposer des pistes concrètes d'action pour des démarches similaires...

02 LA MESURE D'IMPACT

Mesurer l'impact d'un projet implique d'**analyser l'ensemble des changements ayant un lien de causalité directe ou indirecte avec le projet.**

Dans le cadre d'un projet bâtiminaire, le suivi d'un panel d'indicateurs dans le temps peut s'avérer pertinent pour

identifier des **impacts spécifiques de la démarche sur la qualité de vie et le bien-être au travail.** Plus spécifiquement, on s'attache à évaluer l'impact sur la sinistralité du fait des coûts, directs et indirects, associés.

03

COMMENT CHOISIR LES INDICATEURS PERTINENTS ?

Plusieurs bonnes pratiques peuvent permettre d'identifier des indicateurs pertinents :

- Définir des indicateurs de suivi et de mesure du résultat dès le lancement du projet : il s'agit du premier réflexe à avoir lorsqu'on poursuit un but d'évaluation
- Cibler les indicateurs en fonction des objectifs à atteindre. Sélectionner des indicateurs pérennes, qui doivent donc être faciles à relever, à suivre et à exploiter
- Retenir des indicateurs peu contraignants, afin d'éviter un surinvestissement des agents
Observer l'évolution du temps passé par les agents à discuter avec les résidents pourrait être un indicateur intéressant, une augmentation de ce temps signifiant que les agents parviennent à se libérer du temps sur d'autres tâches auparavant chronophages (réduction du temps de déplacement...). Cependant, pour des résultats fiables, il conviendrait que les agents passent du temps à se chronométrer et à reporter ces données, ce qui peut se révéler contraignant au quotidien
- Eviter de multiplier les indicateurs, notamment les indicateurs multifactoriels. De fait, certains indicateurs dits "classiques" ne sont pas toujours pertinents car il peut être difficile d'identifier un facteur spécifique expliquant leur évolution
- Observer l'évolution du taux d'absentéisme peut s'avérer non-pertinent, car rien n'indique que seul le projet bâtimentaire est responsable de cette évolution (la rotation des cadres peut par exemple avoir une incidence sur ce type d'indicateur)
- Dès lors, il peut être plus adapté de créer de nouveaux indicateurs propres au projet
- Co-construire certains indicateurs avec les agents, dans le cadre de groupes de travail

QUELQUES INDICATEURS

1. Indicateurs généraux pouvant être mobilisés

- > Nombre d'arrêts de travail liés aux troubles musculo-squelettiques
- > Nombre d'accidents du travail
- > Nombre de maladies professionnelles
- > Nombre de pas
- > Fréquence des interruptions de tâches
- > Prise de médicaments type anxiolytiques par les résidents
- > Signalements de violence
- > Nombre de demandes de formation / nature de ces demandes
- > Temps conviviaux...

2. Spécifiquement liés à une démarche participative

- > Les résultats des questionnaires de satisfaction
- > L'évolution du nombre de participants à des groupes de travail
- > L'évolution du nombre de projets transversaux suite à la démarche
- > Le nombre d'initiatives portées par les agents
- > Le nombre de modifications des plans issues directement de propositions des agents
- > ...

04 LES AUTRES OUTILS D'ÉVALUATION MOBILISABLES

Des groupes de retour d'expériences organisés au Havre

Neuf mois après le déménagement, deux journées d'ateliers de retours d'expérience ont été réalisées, visant à recueillir les retours des professionnels de santé sur les nouveaux locaux.

Les agents ont été interrogés sur plusieurs thématiques (bâtiment, décoration, signalétique, choix et achat du matériel, aménagement extérieur, communication, gestion des accès et sécurisation des locaux) et ont pu identifier les nombreux impacts positifs de la démarche. Ils ont également pointé certaines limites persistant à l'issue du déménagement.

Des enquêtes qualitatives menées à la Fondation Gourlet Bontemps (FGB)

La FGB a choisi de mener trois enquêtes qualitatives auprès des agents, des familles et des résidents :

- > Les résidents ont été interrogés sur leur logement (propreté, confort), sur le personnel, l'hygiène, les soins reçus*
- > Les familles ont également été interrogées sur ces divers aspects (contact avec les personnels, intimité des résidents, suivi en soins médicaux et paramédicaux..)*
- > Les agents ont, quant à eux, été questionnés sur leurs conditions de travail (capacité à décider de la façon de faire leur travail, temps dédié aux tâches demandées, soutien de la hiérarchie, traitement au travail, ...)*

Ces enquêtes ont permis de mettre à jour des résultats très positifs.

05 LES IMPACTS À TERME DES ÉVOLUTIONS ARCHITECTURALES

- **La diminution des temps de déplacement des agents**, grâce à une organisation rationalisée des circuits

La création de réfectoires à chaque étage dans le nouveau bâtiment de la Fondation Gourlet Bontemps a, par exemple, diminué les allées et venues.

- **Des bâtiments plus adaptés** à la prise en charge des résidents.

Exemples repérés dans les établissements étudiés : couloirs plus larges, espaces suffisants pour tourner les fauteuils dans la chambre, portes coulissantes dans les salles de bain

- **La facilitation de la manutention**

Pose de rails dans les chambres

- **Des "petits détails" facilitateurs** comme la mise en place d'espaces de convivialité entre les agents

- **Une amélioration de la qualité esthétique des bâtiments**, qui renforce la qualité de vie au travail

- **Une amélioration du bien-être des résidents**, et, par extension, des conditions de travail des agents.

Le nouveau circuit de distribution des médicaments des infirmiers de la Fondation Gourlet Bontemps permet aux professionnels de voir plus souvent les résidents.

06

LES IMPACTS DE LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE

Le fait de mener une démarche participative, indépendamment des résultats matériels qui en découlent (construction d'un bâtiment adapté aux besoins et attentes des agents, ...), peut en tant que tel avoir des impacts positifs sur les professionnels, parmi lesquels :

- Une **satisfaction professionnelle** liée à la valorisation et la reconnaissance des agents de terrain
- Le **développement d'une culture commune** entre les équipes
- Un **changement de culture durable** au sein des établissements (cf. Fiches "Encadrement" et "Faire vivre le projet").

“Le fait que les agents aient participé génère un confort de vie au travail, de façon certaine : ça valorise leur parole et ça améliore leur bien-être sur leur lieu de travail”.

[Membre du CHSCT]

L'impact de la démarche au sein de la Fondation Gourlet Bontemps

Au terme du réaménagement du 4^{ème} étage de l'établissement, une enquête de satisfaction a permis de montrer que 53% des agents estimaient que leurs conditions de travail s'étaient améliorées au cours des deux années passées - incluant la restructuration. Seules 14% des personnes estimaient qu'elles s'étaient dégradées. Suite à la démarche, 90% des agents pensaient avoir “la possibilité de décider librement de la façon de faire leur travail”. Des entretiens ont par ailleurs montré une satisfaction relative à la diminution des allées et venues, ou encore l'amélioration du cadre de vie, et une diminution du stress des résidents.

Une dynamique participative se poursuit par ailleurs, avec le maintien de réunions hebdomadaires relatives aux conditions de travail, et la montée en compétence des agents en tant que force de propositions.

⚠ POINTS DE VIGILANCE DANS LA MESURE ET L'ANALYSE DE L'IMPACT

1. Être vigilant, dans les mesures, aux enjeux de temporalité :

Tous les indicateurs doivent être conçus en amont de la démarche projet, afin de pouvoir faire l'objet d'une mesure avant, pendant et après le projet. L'analyse qui en est faite se doit d'être fine et de prendre en compte certains effets immédiats après le déménagement :

> Certains indicateurs pourront dans un premier temps connaître une nette dégradation (augmentation des accidents suite à une perte de repère initiale au moment du déménagement...), puis s'améliorer par la suite, une fois les habitudes stabilisées.

“Pendant la période de transition, ça va être compliqué au début : il va être complexe de réorganiser tout ça, de prendre ses marques, mais c'est temporaire”

> À l'inverse, certains pourront voir une amélioration à court-terme (“effet wow”, du fait de l'arrivée dans des locaux neufs et esthétiques) puis s'amenuiser, par exemple dans le cadre d'un “retour à la normale”.

> Enfin, à moyen terme, un creux peut être observé : l'absentéisme peut augmenter momentanément, illustrant un certain “relâchement”, après une période de forte tension.

> Par ailleurs, il est possible d'observer des impacts à la temporalité différenciée. Le projet de l'EHPAD de Châteauneuf, conçu “en tiroir”, en est une illustration : la période de transition entre les deux déménagements prévus dans le projet a pu occasionner une brève dégradation des conditions de travail des agents qui évoluaient dans des structures en surcharge au cours de cette phase de transition, ce qui avait bien été anticipé par l'établissement.

2. Veiller, dans la mesure du possible, à identifier et séparer les différents facteurs causaux

Les évolutions architecturales se mènent sur un temps long : **elles ne sont donc pas les seules évolutions à impacter** les conditions de travail des agents. Certaines modifications organisationnelles sont pensées conjointement (fusion / élargissement d'établissement, création de nouvelles unités...). D'autres peuvent être complètement exogènes (turnover des cadres, évolutions budgétaires...).

Dans tous les cas, il convient :

> De clarifier au maximum auprès des différentes parties-prenantes ce qui relève, ou ne relève pas, du projet de construction / réhabilitation, afin de ne pas en annihiler les effets

> Dans la mesure du possible, de penser les différents éléments de façon coordonnée (pilotage commun, séquençage articulé)

> De doubler l'évaluation par indicateurs avec des éléments plus qualitatifs, afin d'analyser finement ce qui relève de la restructuration, ou d'autre chose.

RESSOURCES DISPONIBLES

> “Risques psychosociaux, bien-être et qualité de vie au travail”, INRS, avril 2019

> “Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser”, Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, 2011

> “Comment évaluer l'impact des politiques publiques”, France Stratégie, 2016.

10

La capitalisation

Comment tirer des leçons du déroulement de votre projet ?

Comment identifier les facteurs de réussite et/ou d'échec à retenir pour un projet futur ?

Comment faire profiter d'autres établissements de votre expérience ?

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?

02. Poser un diagnostic : quels prérequis?

03. Mettre en place une démarche participative

04. Le pilotage et la coordination des acteurs

05. La communication autour de la démarche

06. Le dialogue social et le dialogue professionnel

07. L'encadrement et les pratiques managériales

08. Le déménagement

09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche

10. La capitalisation

11. Faire vivre la démarche

01

POURQUOI CAPITALISER ?

1. La capitalisation interne pour :

- **Formaliser un véritable suivi de son projet** : s'engager dans une démarche de capitalisation oblige les porteurs de projet à porter un regard critique sur le projet, à mettre en place des outils de suivi pour en observer les résultats réels, les réussites et les échecs
- **Identifier les bonnes pratiques**, innovations, outils et démarches qui pourront être transférables pour des projets de même nature (cf. Fiche "Faire vivre le projet")
- Devenir de fait **une organisation apprenante** (montée en compétence des acteurs et participants) et repenser ses futurs projets au regard de ses expériences passées.

2. La capitalisation externe :

- A travers **l'essaimage**, pour partager son expérience avec des établissements souhaitant s'engager dans un projet bâtiminaire intégrant la prévention des risques professionnels
- Pour faire avancer la connaissance, **convaincre par la preuve et par l'expérience**, produire des outils (guides pratiques, monographies, articles académiques,...) pouvant servir de ressources pour l'ensemble des personnes intéressées par la thématique (établissements comparables mais aussi acteurs publics et institutionnels, bureaux d'études, etc.).

02

COMMENT CAPITALISER ?

On observe trois méthodes de capitalisation :

- **La capitalisation par un tiers**, généralement un expert (par exemple l'ergonome chargé d'accompagner la démarche)
- **L'auto-capitalisation en interne** (pouvant nécessiter une formation spécifique) en désignant une personne ressource en début de projet comme responsable de la capitalisation (mise en œuvre et suivi)
- **Une méthode mixte** comprenant à la fois une capitalisation en interne et un appui tiers.

Le CHRU de Brest a la particularité de disposer d'un ergonome en interne, en complément du prestataire. Cela permet de capitaliser sur l'ensemble de l'expérience puisque l'ergonome interne bénéficie de l'expertise méthodologique du cabinet d'ergonomie, qu'il pourra mettre en œuvre à l'issue de l'intervention du prestataire et déployer sur l'ensemble du CHU.

La mise en œuvre d'une démarche de capitalisation nécessite dans tous les cas l'identification d'acteurs chargés de la capitalisation et des divers éléments à intégrer dans la démarche.

La capitalisation porte sur l'ensemble des phases du projet. Elle peut ainsi intégrer les éléments suivants :

- Une description fidèle du projet : pourquoi un tel projet ? Quels sont les objectifs, les résultats attendus ?
- Le contexte : caractéristiques spécifiques de l'établissement, facteurs internes et externes pouvant avoir une influence sur le déroulé du projet, climat au sein de l'établissement, etc.
- Les acteurs du projet et leur articulation
- Les méthodes (managériales, participatives...) mises en place et leurs objectifs sous-jacents
- Le budget et le calendrier de la démarche
- Les modifications apportées en cours de projet et leur raison d'être
- Les problèmes rencontrés et solutions mises en œuvre
- Les facteurs de réussite et d'échecs identifiés.

Quelles formes peut prendre la capitalisation ?

En fonction des destinataires et des objectifs poursuivis, la capitalisation peut prendre différentes formes :

- *Une monographie : étude exhaustive du projet et de ses spécificités, qui permet aux destinataires de s'en saisir et d'identifier les pratiques correspondant à ses propres spécificités*
- *Un guide de fiches thématiques, ce qui suppose cependant une prise de recul importante sur sa démarche*
- *Un rapport de synthèse qui permet une transmission facile mais ne donne pas aux destinataires toutes les clés pour comprendre l'évolution du projet.*

03

L'ESSAIMAGE DE LA DÉMARCHE

Les problématiques d'intégration de la prévention des risques professionnels dans les projets de reconstruction/réhabilitation d'EHPAD sont amenées à se développer. Un nombre croissant d'établissements est donc en demande de retours d'expériences.

Ainsi, l'essaimage de la démarche pourra permettre à d'autres établissements de s'approprier les leçons tirées de votre projet en l'adaptant à leurs enjeux spécifiques.

Comment essayer ?

- > *Participer à des projets en lien avec des institutions extérieures (ARS (agence régionale de santé), ANAP (Agence nationale d'appui à la performance), ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), INRS (Institut national de recherche et de sécurité)...)*
- > *Capitaliser au niveau local : à l'échelle d'un CCAS, d'un GHT, d'un GCSMS...*
- > *Communiquer autour des résultats du projet lors de salons ou conférences (Preventica, SantExpo...)*

LE TRANSFERT DE COMPÉTENCES MIS EN ŒUVRE AU SEIN DE LA FONDATION GOURLET BONTEMPS

Le prestataire en ergonomie de la FGB a été sollicité pour concevoir et animer une formation d'un groupe d'acteurs référents en conception participative, devant s'appuyer à la fois sur la dynamique d'intervention réalisée dans l'établissement et sur des éléments de connaissance de situations de travail propres à trois autres EHPAD inclus dans la démarche. Les participants ont souligné deux aspects complémentaires : les apports théoriques et la méthodologie pour analyser une situation de travail, et la richesse des échanges avec les autres EHPAD sur les points positifs et les difficultés rencontrées.

Au-delà de cette démarche, l'établissement s'est également engagé dans d'autres démarches de capitalisation : la participation au cluster régional "Qualité de vie au travail en EHPAD" mis en place par l'Agence régionale d'amélioration des conditions de travail (espace de discussion) et la participation à des groupes de travail organisés par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP).

04

CAPITALISER ET ESSAIMER : LES BONNES PRATIQUES IDENTIFIÉES

- **Formaliser une méthode de capitalisation** / d'essaiage dès la conception du projet
- **Définir les étapes et éventuels outils** nécessaires à la démarche de capitalisation (exemple : rédaction d'une "fiche projet" synthétisant les points clés de son émergence et de sa mise en œuvre)
- **Documenter le projet et ses différentes étapes** en se projetant dans sa duplication éventuelle (par exemple en rédigeant des fiches récapitulatives à la fin de chaque étape du projet, en mettant en place des "retours d'expériences" lors de chaque comité de suivi du projet...). Il est recommandé de documenter le projet au fil de l'eau, plutôt que de mener une analyse rétrospective en fin de projet (ce qui peut comporter des biais d'analyse, notamment des oublis dus au calendrier généralement long de ce type de projet)
- Si les bénéficiaires de la démarche d'essaiage sont identifiés (un établissement voisin souhaitant entreprendre une démarche similaire prochainement,...), **les associer dès le début du projet** et entretenir une communication régulière.

⚠ POINTS DE VIGILANCE

Engager une démarche de capitalisation permet de fédérer les équipes autour de la démarche et de valoriser les acteurs du projet (en formalisant les facteurs de réussite et les succès).

Cependant, elle peut s'avérer complexe à mettre en place :

- > *Une démarche de capitalisation nécessite d'avoir un regard honnête sur son propre projet et une prise de recul qui peut être difficile pour des équipes directement investies dans le projet*
- > *Les porteurs de projet doivent également être prêts à théoriser leurs propres actions et à conceptualiser les différentes étapes de la démarche : cette réflexion peut être chronophage et paraître, de prime abord, inutile*
- > *Enfin, capitaliser peut nécessiter des moyens plus ou moins importants, qu'un tiers soit ou pas impliqué dans le processus de capitalisation (recours à un prestataire, octroi de moyens dédiés...).*

RESSOURCES DISPONIBLES

- > "La capitalisation des expériences - Un voyage au cœur de l'apprentissage" ; Kit de formation ; F3E ; Première édition mai 2016
- > "Manuel de capitalisation des expériences" ; Profadel - Réseau international ; septembre 2017.

11

Faire vivre la démarche

Un projet bâtiminaire ne s'arrête pas au déménagement : ses effets perdurent bien au-delà.

Plus spécifiquement, dans le cas d'une démarche participative de prévention des risques, celle-ci va entraîner un certain nombre de changements (implication des agents, évolution des pratiques de l'encadrement...) et générer de nouvelles attentes (les agents ayant été impliqués peuvent par exemple s'attendre à des sollicitations régulières sur d'autres thématiques).

Il y a donc un avant et un après projet. Dès lors, le travail autour de "l'après" est primordial afin d'éviter de perdre les bénéfices engrangés au cours du projet.

01. Pourquoi s'engager dans une telle démarche?

02. Poser un diagnostic : quels prérequis?

03. Mettre en place une démarche participative

04. Le pilotage et la coordination des acteurs

05. La communication autour de la démarche

06. Le dialogue social et le dialogue professionnel

07. L'encadrement et les pratiques managériales

08. Le déménagement

09. Mesurer et évaluer les impacts de la démarche

10. La capitalisation

11. Faire vivre la démarche

01 ENCOURAGER LA CULTURE MANAGÉRIALE PARTICIPATIVE ET LA PRISE D'INITIATIVE

Les démarches participatives se traduisent souvent par des **évolutions dans les modalités d'encadrement**, avec le développement d'un management, davantage participatif.

Les cadres ont pu, au cours du projet, échanger avec les ergonomes et constater les effets parfois facilitants de ce type de management, ainsi que son impact sur la qualité des conditions de travail. (voir Fiches "Démarche participative" et "Impacts").

A l'issue de la démarche, l'équipe de direction et/ou l'encadrement peuvent ainsi **souhaiter capitaliser sur le travail mené et le poursuivre** (en s'attachant à l'observation des situations de travail réel en sollicitant davantage les agents, etc.).

02 COMMENT POURSUIVRE LA DYNAMIQUE ENGAGÉE LORS DU PROJET BÂTIMENTAIRE ? QUELQUES PISTES

- Faire évoluer les modalités des réunions d'équipe pour favoriser la remontée d'informations et la participation active des professionnels
- Favoriser au quotidien les retours immédiats et les remontées de doléances (en mettant par exemple en place un système de recueil des observations/avis des agents)
- Encourager la recherche commune de solutions
- Utiliser les modes de communication mis en place au cours de la démarche (voir Fiche "Communication").

TRANSPOSER LES MÉTHODES PARTICIPATIVES DU PROJET À DE NOUVELLES DÉMARCHES

- > *Au sein du CHRU de Brest, la présence d'un ergonome interne a permis de capitaliser sur l'ensemble de l'expérience. Ces enseignements pourront être mis à profit et déployés sur d'autres projets/démarches au sein de l'ensemble de l'établissement.*
- > *L'ergonome interne, mais également un membre de la direction ou un cadre, peut jouer ce rôle de perpétuation de la méthode participative employée.*

03

POURSUIVRE LE TRAVAIL EN MODE PROJET

Au cours de la démarche, les **agents ont appris à construire des propositions** dans un cadre différent de leurs tâches quotidiennes.

La démarche a également favorisé le **développement de la transversalité** : les professionnels apprennent à se connaître mutuellement, indépendamment de leur fonction ou de leur unité d'affectation, et acquièrent une connaissance plus complète des différents métiers. Ils développent ainsi une vision plus globale de l'organisation et de l'établissement.

Le **maintien de telles dynamiques est donc un enjeu majeur** afin de capitaliser sur l'interconnaissance des agents, de valoriser leur activité, et d'éviter le contrecoup du "retour à la normale". Une poursuite du travail en mode projet peut également contribuer à faire monter en compétence les différents professionnels (encadrants et non-encadrants).

Le secteur médico-social ne manque pas de thématiques pouvant être traitées en mode projet. Ainsi, une fois la restructuration ou le déménagement effectué, il pourra être envisagé de relancer une démarche participative portant sur :

- L'élaboration du projet d'établissement
- L'élaboration du projet d'animation
- La refonte des instances (Conseil de vie sociale...).



LE MAINTIEN DE LA DYNAMIQUE À L'ISSUE D'UN PROJET

Certains modes de fonctionnement mis en place durant la phase participative au sein de l'EHPAD de la Fondation Gourlet Bontemps ont été pérennisés au sein de l'établissement, tels que la tenue de "réunions flash" hebdomadaires, permettant d'échanger autour de l'organisation du travail, et la mise en place de panneaux d'affichage permettant de partager les décisions prises lors de ces réunions.

04 MAINTENIR UNE VEILLE EN MATIÈRE DE QVT

L'installation dans des locaux conçus pour respecter la santé au travail ne résout pas l'ensemble des problématiques possibles en matière de qualité de vie au travail. Il convient donc de profiter des méthodologies acquises afin de ne pas laisser se développer des problématiques nouvelles.

La direction et/ou l'encadrement peuvent ainsi choisir de maintenir une veille en matière de Qualité de Vie au travail (QVT) par plusieurs biais :

- L'organisation d'audits internes
- La mise en place de temps réguliers d'échange à ce sujet
- La désignation d'un cadre référent "qualité de vie au travail"

- Le recrutement d'une personne spécialisée en la matière ou la création d'une cellule dédiée (recrutement d'un préventeur en QVT par exemple).

Ce sujet peut par ailleurs être abordé au cours du projet initial en organisant un groupe de travail consacré à "l'après-déménagement" ou en favorisant les réflexions autour des mesures à prendre pour maintenir une veille après la phase de mobilisation des agents.

La Fondation Gourlet Bontemps a initié depuis le déménagement plusieurs projets pour continuer à faire vivre les impacts de la démarche en matière de QVT : le projet d'établissement et l'évaluation interne ont été réalisés de façon participative, avec une participation très élevée.

Remerciements

Le Conseil d'administration de la CNRACL tient à remercier chaleureusement les représentants des cinq établissements sélectionnés dans le cadre du projet recherche-action EHPAD pour leur engagement tout au long de la durée du projet.

Le Conseil d'administration de la CNRACL remercie également l'ensemble des participants au comité de suivi, lequel a rassemblé, outre les employeurs participant au projet, des administrateurs de la CNRACL, des professionnels de terrain, des experts et des partenaires du Fonds national de prévention.

L'élaboration de ce guide doit beaucoup à leurs apports, à la qualité de leurs interventions et aux échanges, toujours fructueux, qui ont émaillé la vie de ce projet, en particulier lors des différentes séances du comité de suivi. Leurs contributions ont ainsi favorisé une diversité d'approches et une richesse de réflexions sur la prévention des risques professionnels dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD publics, dont ce guide espère être une fidèle retranscription.

Présidé par Mme Nadine Brucher, présidente de la commission invalidité prévention de la CNRACL et représentante des affiliés, le comité de suivi a rassemblé :

Au titre des représentants des établissements :

- Jessica Bertin, responsable qualité et gestion des risques à l'EHPAD Les Escalles (le Havre, 76)
- Josiane Bettler, directrice adjointe en charge de la politique gériatrique, CHRU de Brest (29)
- Marine Biseau, directrice adjointe de la Fondation Gourlet Bontemps (Le Perreux-sur-Marne, 94)
- Benoît Brignou, ergonomiste au CHRU de Brest (29)
- Aude Hennequin, directrice adjointe du CCAS de Limoges (87)
- Léopoldine Leydier, chargée de communication à l'EHPAD Les Escalles (le Havre, 76)
- Grégory Martin, directeur de l'EHPAD Les Escalles (le Havre, 76)
- Anne Rougnant, directrice de l'EHPAD de Châteauneuf (16)
- Chantal Tabuteau, directrice de l'EHPAD Marcel Faure (Limoges, 87)

Au titre des partenaires et/ou membres experts du comité scientifique et technique du FNP de la CNRACL :

- Carole Allard, référente aide et soins à la personne, CNAM-Risque professionnels / Assurance maladie
- Carole Gayet, responsable des activités aide à la personne, Institut national de recherche et de sécurité
- Annie Lelièvre, responsable du pôle autonomie, Fédération hospitalière de France
- Gilles Riou, chargé de mission, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

Au titre d'experts :

- Yann Poley, ergonomiste consultant, Déméris Conseil
- Jean-Philippe Sabathé, responsable prévention des risques professionnels, groupe hospitalier Saint Joseph (75)

Au titre des membres du conseil d'administration de la CNRACL :

- Cyrille Bellanger (représentant affiliés)
- Cécile Marchand (représentant affiliés)
- Francis Voillot (représentant affiliés)

Le Conseil d'administration de la CNRACL remercie également le cabinet ENEIS by KPMG pour la qualité de son accompagnement au cours du projet, tant auprès des établissements que dans l'animation des séances du comité de suivi.



Intégrer les principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD

Guide de bonnes pratiques réalisé dans le cadre
du Projet Recherche-Action EHPAD accompagné et soutenu par le FNP de la CNRACL