

Rapport final de recherche

**[Evaluation socioéconomique des effets sur la santé
des salariés et bénéficiaires d'une organisation du
travail innovante dans l'aide à domicile -
EvalOrgaSAD]**

[Appel à projet thématique « Etablissements, services et
transformation de l'offre médico-sociale » 2022]

[Institut des Politiques Publiques – Audrey Rain]

[Mars 2026]

Soutenu par : ANSES, Conseil départemental de l'Eure, DGCS

TABLE DES MATIERES

NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS	3
I. PARTIE SCIENTIFIQUE.....	7
Résumé.....	8
Abstract	9
Synthèse longue	10
Rapport scientifique complet.....	Erreur ! Signet non défini.
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	23



NOTE D'INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

Le rapport final vise à **présenter les résultats de recherche** soutenue au titre d'un appel à projets de l'IReSP. Complété par **l'annexe budgétaire finale**, ce dossier permet de rendre compte de l'ensemble du travail mené par les personnes impliquées dans ce projet.

Il est demandé au **coordonnateur scientifique du projet**, en incluant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle décrit ci-après et de le communiquer à l'IReSP à la **date indiquée par la convention**.

▲ Pour les **réseaux et communautés mixtes de recherche**, un modèle de rapport final est en cours de construction. Dans l'attente de sa mise en ligne, vous êtes invités à utiliser ce modèle, en l'adaptant selon les spécificités de ces modalités.

1. Le contenu du rapport

Le dossier de rapport final de recherche comprend **deux parties** : une partie scientifique et une partie sur la valorisation.

1.1. Une partie scientifique

Cette partie permettra d'apprécier le travail scientifique réalisé par les équipes durant toute la durée de la recherche et de prendre connaissance de ses résultats. Elle pourra faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra signer un engagement de confidentialité).

Elle se décline en **trois sous-sections distinctes qui visent des objectifs et des lecteurs différents et qui ont vocation à être consultées indépendamment les unes des autres** : un résumé en français et en anglais, une synthèse longue en français et le rapport scientifique complet (**uniquement pour les projets financés dans le cadre du programme Autonomie soutenu par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA**, et rédigé en français).

▪ Un résumé en français et en anglais

Dans ce résumé, vous communiquerez **les principaux éléments de la recherche**. Il doit être formulé de manière **simple et claire**, de sorte à **être compréhensible par un public initié mais non spécialiste du sujet**.

Le résumé sera **publié en l'état sur le site de l'IReSP** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du ou des financeur(s) afin de donner de la visibilité au projet et ses résultats.

Il doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (très brièvement) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les apports ou **impacts potentiels** de ces résultats.

Deux versions doivent être rédigées, l'une en **français** et l'autre **anglais**.

Le format de chaque résumé est de **1 page en format A4**.

▪ **Une synthèse longue en français**

Cette synthèse permet de rendre compte des résultats de projet au(x) financeur(s) et autres membres du GIS-IReSP. Un effort particulier est attendu concernant la rédaction de ce document car c'est celui qui sera mobilisé de manière privilégiée au sein des institutions publiques afin d'éclairer leurs décisions. Il doit **présenter la méthodologie employée et les résultats obtenus afin de mettre en évidence leurs apports pour la communauté de la recherche et/ou pour la décision publique.**

La synthèse pourra être publiée **sur le site de l'IReSP et/ou sur les sites internet des financeurs** et sur tout autre support de diffusion de l'IReSP et du.es financeur.s.

Cette synthèse longue doit comporter entre **10 et 15 pages**.

Elle présente :

- **les messages clés du projet** dans un encart (ses résultats principaux, l'originalité du projet, ou encore ses apports pour la santé publique et/ou les politiques de l'autonomie) ;
- le **contexte** et les **objectifs** du projet ;
- la **méthodologie** utilisée (deux pages maximum) ;
- les principaux **résultats** obtenus ;
- les **apports** potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche ;
- la manière dont ces résultats peuvent éventuellement **alimenter les réflexions et actions** de **décideurs, acteurs nationaux ou locaux**, ainsi que des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social ou autres acteur, le cas échéant ;
- Dans le cadre d'une **recherche interventionnelle** : les **conditions de transférabilité** ou de mise à l'échelle et les points de vigilance (▲ si applicable) ;
- les **perspectives de recherches** ;
- les **15 principales références bibliographiques citées** en mettant en évidence, en caractères gras, les publications issues du projet (les autres publications issues du projet feront l'objet d'un recensement exhaustif dans la partie « Valorisation des résultats de la recherche »).

Si besoin, il est possible de réorganiser ce plan.

▲ Pour les **projets d'amorçage, projets pilote, contrats de définition et pour la mise en place de projets européens**, préciser : 1. les **conditions de faisabilité** du projet de recherche que vous envisagez de mener à partir de ce premier travail et 2. les principaux points sur lesquels il convient d'être **vigilant** concernant l'étude à venir, la **méthodologie**, les **partenariats**, les **coûts** ou encore le **calendrier**.

▪ **Rapport scientifique complet en français**

▲ La rédaction du rapport scientifique complet n'est **requis** que pour les **projets financés** par la CNSA (hors **projets d'amorçage, contrat de définition, communautés**



mixtes des recherches et les soutiens accordés pour la **mise en place de projets européens**).

Le rapport scientifique complet doit permettre de présenter de manière approfondie la **démarche scientifique** du projet et ses **résultats**. Il pourra lui aussi faire l'objet d'une relecture par un expert extérieur (qui devra là-encore signer un engagement de confidentialité).

Ce document sera mis en ligne sur le site institutionnel de la CNSA. Il pourra aussi être consulté par tout membre du GIS-IReSP.

Ces rapports permettent à la CNSA de **prendre connaissance** du projet et de ses **résultats de manière approfondie**, ce qui est indispensable pour qu'elle **appuie et oriente ses actions** sur ces connaissances. Ces rapports sont, par ailleurs, régulièrement mobilisés par la CNSA, en réponse à des sollicitations provenant d'autres institutions (ex : Inspection Générale des Affaires Sociales, Cour des comptes, ...).

Le rapport scientifique complet doit présenter :

- le **contexte** et les **objectifs** de la recherche (si pertinent, les modifications des objectifs par rapport au projet initial) ;
- les **méthodologies** utilisées ;
- les **résultats** détaillés ;
- la **bibliographie** ;
- les **annexes**.

La **longueur** du rapport scientifique complet est à adapter selon l'envergure et la complexité du projet et doit satisfaire aux exigences attendues pour un rapport scientifique final de recherche. **Des publications scientifiques issues du projet peuvent constituer des parties du rapport si elles s'y prêtent. Elles doivent être intégrées en totalité dans le rapport. Si elles sont en anglais, au moins le résumé traduit en français doit être intégré dans le rapport et l'article mis en annexe.**

Les **soutils visuels** (graphiques, tableaux etc.) permettant une meilleure compréhension du sujet sont appréciés.

Les **livrables** (brochures de présentation, capsules vidéo, thèses ou mémoires, articles soumis à des revues, articles publiés ou en cours de soumission, diaporamas en support d'une présentation orale, posters, etc...) réalisés au cours du projet doivent être transmis à l'IReSP à titre d'annexe(s).

Toute information confidentielle présentée dans ce rapport scientifique final et qui ne peut pas faire l'objet d'une divulgation aux destinataires mentionnés ou qui est sous embargo, doit être portée à la connaissance de l'IReSP.

Une date de fin d'embargo doit être communiquée pour une mise en ligne du rapport scientifique final sur le site de la CNSA.

1.2. Une partie sur la valorisation du travail et des résultats de la recherche

Cette section est destinée à répertorier l'ensemble des productions issues du projet, destinées à un public relevant du milieu académique ou non.

Elle sera transmise au(x) financeur(s) et pourra être consultée par tout membre du GIS-IReSP. Les liens renseignés pourront être relayés sur le site internet de l'IReSP.

2. La forme, le format et l'accessibilité du rapport

Sur la **forme**, il est demandé :

- que le document soit rédigé en police **Calibri 12** et **interligne simple** ;
- que les graphiques, tableaux, photographies etc. soient **légendés** ;
- **que les sauts de pages** intégrés dans ce document entre chaque section soit conservés afin de permettre une lecture facilitée du document et la consultation des différentes sections indépendamment les unes des autres ;
- de **conserver les mises en forme** proposées dans un souci d'harmonisation des visuels.

Le rapport final de recherche devra être transmis en **format Word** à cette adresse suiviprojets.iresp@inserm.fr

Sur l'**accessibilité du contenu du rapport final de recherche aux personnes en situation de handicap**.

La mise en forme du rapport final accessible pour le public en situation de handicap est requise. Afin de rendre les contenus compréhensibles et utilisables par toutes personnes en situation de handicap, les rédacteurs sont invités à **consulter les recommandations nationales sur l'accessibilité numérique**. Les rédacteurs peuvent consulter, entre autres documentations, le « [Kit d'accessibilité PDF, livret pédagogique](#) »¹ développé par le programme de recherche Fractures. Ci-dessous sont listés quelques conseils.

- Le texte ne devra pas être « justifié » (mais aligné à gauche)
- Conserver les accents sur les majuscules (ex : À, É, etc.)
- Expliciter les abréviations et acronymes
- Déclarer tout changement de langue
- Insérer une description des images, graphiques utilisés dans le rapport
- Détailler les données des graphiques
- Utiliser des couleurs de texte contrastées
- Utiliser les niveaux de titres automatiques et générer, si besoin, une table des matières automatique

¹ https://www.fracturesnumeriques.fr/kit-accessibilite-pdf/livrets/livret_googledocs.pdf

I. PARTIE SCIENTIFIQUE



Résumé

Evaluation socioéconomique des effets sur la santé des salariés et bénéficiaires d'une organisation du travail innovante dans l'aide à domicile

Thomas Breda, Camille Ciriez, Audrey Rain, Delphine Roy, Maëlle Stricot et Léa Toulemon

CONTEXTE

Créée en 2006 par Jos de Blok, Buurtzorg compte aujourd'hui plus de 11 000 employés. Son modèle d'« équipes autonomes », qui laisse aux soignants l'organisation des plannings et des soins, s'est diffusé à l'international et en France. Il vise à renforcer l'autonomie, la motivation et la qualité de l'accompagnement des patients. Dans un secteur français des services à la personne en forte croissance mais marqué par des conditions difficiles et un turnover élevé, ce modèle constitue une piste prometteuse, bien qu'il exige de nouvelles compétences et un engagement important.

OBJECTIFS

Le projet vise à évaluer les effets de cette nouvelle organisation du travail dite en « équipes autonomes » sur le personnel (absentéisme, turnover, risques psychosociaux, satisfaction au travail), ainsi que sur les personnes accompagnées (qualité de la prise en charge, hospitalisations, décès, consommation de médicaments, passage en EHPAD). Il vise à éclairer les politiques publiques dans ce secteur sensible tant du point de vue de la santé publique que de la santé au travail.

MÉTHODOLOGIE

Afin de garantir que les salariés des équipes passés au modèle en équipes autonomes soient comparables à ceux qui n'y sont pas (ou pas encore) passés, nous implémentons une évaluation par assignation aléatoire (*randomized controlled trial*). Celle-ci consiste à tirer au sort parmi un ensemble d'équipes au sein de structures volontaires pour participer à l'évaluation, celles qui verront effectivement l'organisation de leur travail changer. L'impact causal du programme est mesuré en comparant, les salariés « traités » et les salariés « témoins ».

PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'assignation au modèle en équipes autonomes améliore significativement plusieurs dimensions du bien-être au travail. Elle augmente la satisfaction au travail de 0,29 écart-type et les conditions de travail de 0,48 écart-type. La santé mentale des employés s'en trouve également améliorée (+0,28 écart-type), tandis que la tension au travail diminue de 0,33 écart-type. La réduction de la tension au travail s'explique principalement par une baisse des demandes psychologiques (charge de travail perçue, pression temporelle) et par un soutien social accru entre collègues et avec la hiérarchie. Les salariées déclarent également une meilleure adéquation de leurs horaires à leurs contraintes personnelles. Le modèle entraîne par ailleurs une diminution des absences (-0,27 écart-type), principalement liée à une baisse des absences pour accidents du travail, et une réduction du turnover : la probabilité de quitter la structure diminue de 7,8 points de pourcentage dans le groupe traité.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

Ces résultats constituent, à notre connaissance, la première évaluation causale du modèle d'équipes autonomes dans le secteur de l'aide à domicile. Ils apportent des éléments essentiels dans un contexte de difficultés d'attractivité et de pénurie de main-d'œuvre.

Abstract

Socioeconomic evaluation of the health effects on employees and beneficiaries of an innovative work organization in home care

Thomas Breda, Camille Ciriez, Audrey Rain, Delphine Roy, Maëlle Stricot and Léa Toulemon

BACKGROUND

Founded in 2006 by Jos de Blok, Buurtzorg now employs over 11,000 people. Its “self-managing teams” model, which allows caregivers to organize their own schedules and care plans, has spread internationally and in France. The model aims to enhance autonomy, motivation, and the quality of patient care. In the French home care sector, which is rapidly growing but faces difficult working conditions and high turnover, this approach is promising, though it requires new skills and strong commitment.

OBJECTIVES

The project aims to evaluate the effects of this new “self-managing teams” work organization on staff (absenteeism, turnover, psychosocial risks, job satisfaction) as well as on care recipients (quality of care, hospitalizations, mortality, medication use, transition to nursing homes). It seeks to inform public policies in this sensitive sector, from both a public health and occupational health perspective.

METHODOLOGY

To ensure comparability between employees in teams adopting the self-managed model and those that have not (or not yet) adopted it, we implement a randomized controlled trial. Teams within volunteer organizations are randomly assigned to either adopt the new work organization or serve as controls. The causal impact of the program is measured by comparing outcomes between “treated” and “control” employees.

MAIN RESULTS

Assignment to the self-managing teams model significantly improves several dimensions of workplace well-being. Job satisfaction increases by 0.29 standard deviations, and working conditions by 0.48 standard deviations. Employees’ mental health also improves (+0.28 SD), while work-related stress decreases (−0.33 SD). The reduction in stress is mainly explained by lower psychological demands (perceived workload, time pressure) and increased social support among colleagues and from management. Employees also report better alignment of their schedules with personal constraints. The model further reduces absences (−0.27 SD), mainly due to fewer work-related accident absences, and decreases turnover: the probability of leaving the organization falls by 7.8 percentage points in the treated group.

CONTRIBUTIONS AND POTENTIAL IMPACT

To our knowledge, these findings provide the first causal evaluation of the self-managed teams model in the home care sector. They offer important evidence in a context marked by recruitment difficulties and labor shortages.

Synthèse longue

Evaluation socioéconomique des effets sur la santé des salariés et bénéficiaires d'une organisation du travail innovante dans l'aide à domicile
Audrey Rain, Institut des Politiques Publiques – Ecole d'Economie de Paris
Appel à projet thématique « Etablissements, services et transformation de l'offre médico-sociale » 2022
Pas d'équipe partenaire
« Modalité du projet Projet de recherche complet Modalité du projet »

Messages clés du projet

- Ce projet de recherche constitue la première évaluation causale en France d'un modèle d'organisation du travail en « équipes autonomes » inspiré de Buurtzorg, fondé par Jos de Blok.
- Les résultats montrent qu'une réorganisation du travail centrée sur l'autonomie collective améliore significativement la qualité de l'emploi dans l'aide à domicile. L'assignation au modèle entraîne une hausse de la satisfaction au travail (+0,29 écart-type), une amélioration marquée des conditions de travail (+0,48 écart-type), une baisse significative de la tension au travail (−0,33 écart-type) et une amélioration de la santé mentale (+0,28 écart-type). Elle s'accompagne également d'une diminution de l'absentéisme (−0,27 écart-type), principalement liée aux accidents du travail, et d'une réduction substantielle du turnover (−7,8 points de pourcentage).
- Du point de vue des bénéficiaires, le modèle améliore la perception de l'adéquation du temps consacré aux soins, sans dégrader les indicateurs globaux de santé ou de satisfaction. L'absence d'impact négatif fort et l'effet positif sur l'adéquation du temps consacré aux soins permettent d'exclure que l'amélioration des conditions de travail des salariées se soit faite au détriment des bénéficiaires.
- Ces résultats suggèrent que l'organisation du travail constitue un levier structurant pour renforcer l'attractivité des métiers du grand âge et prévenir les risques psychosociaux, sans compromettre la qualité perçue du service rendu.

1. Contexte et objectifs

Le secteur français de l'aide à domicile connaît une croissance soutenue sous l'effet du vieillissement démographique et du développement des politiques de maintien à domicile. Cette dynamique s'accompagne toutefois de difficultés structurelles importantes : conditions de travail exigeantes, faibles rémunérations, pénibilité physique et psychologique, fort turnover et difficultés de recrutement.

Dans ce contexte, le modèle d'équipes autonomes apparaît comme une piste organisationnelle prometteuse. Développé aux Pays-Bas par Buurtzorg, il repose sur des équipes de petite taille, géographiquement cohérentes, disposant d'une autonomie dans la gestion des plannings et des plans de soins. Les niveaux hiérarchiques intermédiaires sont réduits et le rôle du responsable est redéfini autour d'une fonction de soutien et de coaching plutôt que de supervision.

Si ce modèle suscite un intérêt croissant en France, son efficacité n'avait jusqu'à présent fait l'objet d'aucune évaluation expérimentale rigoureuse. Le présent projet vise donc à mesurer de manière causale les effets de cette organisation du travail sur les salariées (satisfaction, conditions de travail, santé mentale, absentéisme, turnover, tension au travail) ainsi que sur les bénéficiaires (adéquation de la prise en charge principalement). L'ambition est d'éclairer les politiques publiques tant du point de vue de la santé au travail que de la qualité des services d'autonomie.

2. Méthodologie

a. Tirage au sort

Nous nous sommes assurés que le modèle équipes autonomes était interprété de manière cohérente dans l'ensemble des organisations avec lesquelles nous avons collaboré. Pour cela, nous avons élaboré un ensemble de spécifications décrivant les principaux composants du modèle, rassemblées dans un cahier des charges. Ce cadre harmonisé a servi à la fois de référence pour l'évaluation et de guide pour la mise en œuvre. Nous avons travaillé avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), un conseil départemental (l'Eure) et des services d'aide à domicile afin de définir un modèle partagé de fonctionnement en équipe autonome.

Globalement, les différentes composantes du modèle « équipe autonome » sont :

- Des équipes géographiquement concentrées de 5 à 10 salariées partageant un groupe stable d'utilisateurs ;
- Une responsabilité collective en matière de planification et d'organisation des plannings, sans niveau intermédiaire de management ;
- Une prise de décision par consentement au sein de l'équipe sur les activités clés (recrutement, formation, ajustements des plans) ;
- Une redéfinition du rôle du responsable de secteur, qui passe de superviseur à coach ;
- Des temps de réunion dédiés à l'équipe et des temps collectifs pour la coordination et le soutien entre pairs ;

- Des outils de communication renforcés pour le partage d'informations et la coordination des accompagnements ;
- Une implication accrue des usagers et des aidants informels dans l'élaboration des plans d'accompagnement.

Les structures incluses dans l'expérimentation signent une charte où elles s'engagent à respecter le cahier des charges (pour les équipes traitées) et la durée de l'expérimentation, 24 mois en général. Dans certains cas, l'assignation au traitement n'a pas été respectée et des équipes du groupe de contrôle sont passées au modèle « équipe autonome » avant la fin de l'expérimentation : ces changements nous ont été remontés par les structures.

Le tirage au sort a été réalisé au niveau de l'équipe sauf dans une structure, où le tirage a été réalisé au niveau individuel parmi un ensemble de salariées « éligibles ». Le tirage au sort est parfois stratifié par territoire (tirage au sort d'une équipe traitée au sein d'un territoire) ou en fonction du type d'équipe (infirmières vs. aides à domicile).

Nous comparons les caractéristiques des salariées tirées au sort dans chacun des groupes pour vérifier que les deux groupes sont comparables en moyenne ; nous comparons également leurs réponses à l'enquête *baseline*, qui doivent être similaires en théorie dans la mesure où l'enquête a lieu avant le début du fonctionnement en équipe autonome dans le groupe traité.

Le tableau 1 en annexe montre que les caractéristiques moyennes des deux groupes sont très proches. Il s'agit majoritairement de femmes âgées de 46 ans en moyenne, diplômées dans près de 80 % des cas, et le plus souvent nées en France. Les groupes présentent néanmoins de légères différences sur certaines dimensions : les salariées du groupe traité ont en moyenne une ancienneté plus faible au sein de la SAAD, sont plus fréquemment en CDI et présentent plus souvent des épisodes de chômage de plus de trois mois. Ces écarts sont compréhensibles au vu de l'échantillon réduit dont nous disposons.

Le tableau 2 en annexe indique par ailleurs que les salariées du groupe de contrôle présentaient initialement un niveau de tension au travail plus élevé que celles du groupe de traitement (*job strain*, voir ci-dessous pour une définition plus détaillée de cette variable d'intérêt). Elles étaient également plus souvent absentes que les salariées du groupe de traitement.

Les retours des structures ont permis d'identifier 10 équipes (dans trois structures) qui n'avaient pas respecté le résultat du tirage au sort. Pour la quasi-totalité de ces équipes (9/10) il s'agit d'équipes assignées au groupe de contrôle qui sont malgré tout passées au fonctionnement en équipe autonome. Ce type de passage a lieu plutôt à la fin de l'expérimentation : l'expérimentation se terminait normalement à la fin de l'année 2024 mais deux équipes sont passées au fonctionnement en équipe autonome en décembre 2023 et une équipe en avril 2024. Ces équipes ont respecté le résultat du tirage au sort pendant au moins 1 an dans les deux cas.

Étant donné ce non-respect partiel de l'assignation au traitement, nous commençons par estimer des effets en intention de traitement (ITT), qui mesurent l'impact causal moyen du fait de se voir proposer le modèle « équipe autonome », indépendamment de sa mise en œuvre effective. Le non-respect de l'assignation au traitement n'introduit ainsi pas de biais

dans l'estimation, mais il réduit la capacité à détecter un effet du traitement s'il existe. En pratique, certaines équipes initialement assignées au groupe contrôle ont en effet partiellement dévié partiellement de cette assignation à la fin de la période considérée pour l'assignation, mais elles l'ont malgré tout respectée la majeure partie du temps au cours de l'expérimentation.

b. Choix de la stratégie d'identification

Étant donné les différences initiales observées sur les variables de *baseline*, notre principale stratégie d'identification repose sur spécification ANCOVA contrôlant les réponses du baseline, ce qui améliore la puissance statistique et la précision par rapport à d'autres estimateurs (par exemple, McKenzie, 2012). L'équation estimée est la suivante :

$$Y_{ijs} = \alpha + \beta D_{ijs} + \rho Y_{is0} + X'_{ijs} \gamma + \delta_s + \varepsilon_{ijs}$$

où Y_{ijs} désigne la variable d'intérêt pour l'individu i , dans l'équipe j , au sein du service s . D_{ijs} est un indicateur binaire égal à 1 si l'individu a été assigné aléatoirement au groupe traité (c'est-à-dire sélectionné pour rejoindre une équipe autonome locale). Y_{is0} correspond à la valeur de la variable d'intérêt en baseline et X'_{ijs} est un vecteur de caractéristiques sociodémographiques mesurées en baseline qui permettent de contrôler pour les différences de caractéristiques initialement mesurées en baseline². Le terme δ_s capture les effets fixes des structures d'aide à domicile, ou les effets fixes structures-par-territoire lorsque la randomisation a été stratifiée à ce niveau.

Il est important de noter que Y_{ijs} ou Y_{ijs} est mesuré lors de l'enquête *endline* réalisée au sein de chaque structure, mais que cette enquête est réalisée à des moments différents, en fonction de la date d'entrée de la structure dans l'expérimentation. Les effets fixes structures*temps permettent de prendre en compte les variations de la variable d'intérêt liées au moment où il est mesuré.

Nous mesurons l'effet en intention de traitement, ce qui permet d'instrumenter la probabilité d'être traité. Le respect de l'assignation au traitement est différent 100%, ce qui réduit notre capacité à détecter un effet s'il existe. Une comparaison directe des variables d'intérêt des groupes traité et contrôle permettrait de diminuer le bruit lié au non-respect de l'assignation au traitement, cependant elle ne permettrait pas de mesurer un effet causal, dans la mesure où le respect de l'assignation est endogène.

² Nous contrôlons par le sexe, l'âge, le statut marital, le fait d'avoir des enfants, le niveau d'éducation, l'ancienneté dans la structure, le fait d'être en CDI, les épisodes de chômage passés, le fait d'être né à l'étranger.

3. Principaux résultats

a. Effets sur les salariées

i) First stage

Une première étape consiste à vérifier dans quelle mesure l'assignation au traitement a été respectée. Dans le questionnaire *endline* les salariées devaient ainsi répondre à la question « Travaillez-vous actuellement au sein d'une équipe fonctionnant selon le modèle « équipe autonome » ? » ; d'autres questions plus précises portaient sur des éléments du cahier des charges comme « Travaillez-vous en équipe ? », ou « Vos plannings vous sont-ils initialement transmis par votre hiérarchie ? ». Le tableau 3 en annexe présente, parmi les salariées assignées aux groupes contrôle et traité, la part de salariées répondant positivement à chaque question (colonnes 1 et 2). La dernière colonne présente la différence entre ces deux moyennes en prenant en compte les effets fixes des structures d'aide à domicile (SAAD). Globalement, l'assignation au traitement est fortement corrélée à l'adoption effective du modèle en équipes autonomes. Au *endline*, 97 % des salariées du groupe traité déclaraient faire partie d'une équipe autonome, contre 35 % dans le groupe de contrôle ; cet écart est important et statistiquement significatif ($p < 0,001$) en prenant en compte les effets fixes SAAD (+62pp). De la même façon, être assigné au groupe de traitement augmente la probabilité de travailler en équipe de 38pp et celle de travailler dans une équipe gérant elle-même ses plannings pour l'organisation des interventions de 37pp.

Comme indiqué ci-dessus, le respect de l'assignation au traitement n'est pas total. Certaines salariées du groupe de contrôle indiquent travailler en équipe autonome au moment de l'enquête *endline* (35%). Cette situation peut être liée à une erreur de mesure : les questions peuvent être mal comprises, notamment dans la mesure où la population interrogée est peu qualifiée. Nous avons par ailleurs eu confirmation que certaines équipes n'ont effectivement pas respecté l'assignation au traitement : dans certaines structures certaines équipes du groupe de contrôle sont passées au fonctionnement en équipe autonome avant la fin prévue de l'expérimentation, en général quelques mois avant. Ces équipes ont donc été traitées pendant une durée relativement limitée : le fait qu'elles se déclarent traitées contribue à diluer l'effet estimé en intention de traiter (ITT). À l'inverse, certaines salariées appartenant à des équipes traitées ne déclarent pas systématiquement être exposées au traitement. Là encore, cela peut relever d'erreurs de mesure, mais peut aussi refléter une mise en œuvre partielle du cahier des charges. Certains volets, en particulier l'utilisation des outils numériques et la mobilisation de l'entourage de la personne accompagnée, semblent avoir été peu ou pas appliqués, comme en témoigne la similitude des réponses observées entre les groupes traité et contrôle. Les résultats montrent une amélioration significative et cohérente de la qualité de l'emploi.

ii) Résultats principaux

Le tableau 4 présente les estimations en intention de traitement (ITT) pour les indicateurs pré-enregistrés dans le registre AEA RCT : satisfaction au travail, conditions de travail, absentéisme, la tension au travail (*job strain*) et santé mentale. La colonne (1) présente les résultats de la spécification ANCOVA sans variable de contrôle, où l'on régresse les résultats

de *endline* sur l'affectation au traitement tout en contrôlant par les valeurs de *baseline*. La colonne (2) présente les résultats de la même spécification ANCOVA avec ces variables de contrôle. Les deux équations sont estimées sur un panel équilibré de 232 salariées ayant complété les questionnaires *baseline* et *endline*. Tous les résultats, à l'exception de la satisfaction au travail, sont standardisés pour avoir une moyenne nulle et un écart-type de un dans le groupe témoin, ce qui permet de comparer les tailles d'effet entre différentes mesures. Les coefficients peuvent ainsi être interprétés comme l'effet du traitement en unités d'écart-type.

Nous présentons également les résultats des mêmes spécifications pour des variables d'intérêt supplémentaires, afin de détailler certaines des variables d'intérêt principales : dans ce cas, nous ajustons les p-values en fonction des tests d'hypothèses multiples (Benjamini et al., 2006 ; Anderson, 2008). Les q-values associées³ sont indiquées par des croix dans les tableaux ci-dessous. Pour chacune des deux spécifications nous montrons les résultats avec sans variables de contrôle. Enfin, certains résultats secondaires sont mentionnés ; les tables de résultats sont en annexe de l'article de recherche joint à ce rapport. Les résultats de l'estimation avec une méthode alternative (différence-de-différence, présentée dans l'article de recherche en annexe) sont également intégrés.

Satisfaction au travail et conditions de travail. L'affectation au modèle d'équipes autonomes a significativement amélioré la satisfaction générale au travail des travailleurs, mesurée sur une échelle de 0 à 10. Les résultats de l'estimation par ANCOVA varient d'une augmentation de 0,24 écart-type ($p < 0,10$) sans contrôles à 0,29 écart-type ($p < 0,05$) lorsque l'on inclut les caractéristiques sociodémographiques de *baseline*. Les salariées traitées ont également déclaré des conditions de travail nettement meilleures, avec une estimation ANCOVA de 0,48 écart-type ($p < 0,01$).

L'amélioration de la satisfaction au travail semble être principalement liée à de meilleures conditions de travail plutôt qu'à d'autres dimensions telles que la rémunération ou l'ambiance au sein de l'organisation (tableau 5). Les salariées traitées étaient en particulier significativement plus satisfaites de leurs horaires de travail. Elles étaient également moins susceptibles de travailler dans la crainte de perdre leur emploi (tableau 6).

Absentéisme. Le modèle des équipes autogérées a également réduit le nombre de jours d'absence des salariées : la spécification ANCOVA montre une diminution de 0,27 écart-type ($p < 0,05$) (Tableau 4). Les résultats désagrégés suggèrent que cet effet est principalement dû à une réduction des jours d'absence pour accidents de travail, alors que les congés maladie restent inchangés (tableau 7). Les travailleurs traités étaient également moins susceptibles de déclarer des absences fréquentes pour des urgences personnelles (Tableau 8). Ce dernier résultat confirme l'effet présenté plus haut concernant la satisfaction liée aux heures de travail : le planning étant plus adaptées aux contraintes des salariées traitées elles déclarent logiquement moins s'absenter pour des raisons personnelles.

³ Compte tenu du nombre important d'*outcomes* secondaires, nous corrigeons les p-values pour les comparaisons multiples. Aucune correction n'est appliquée aux *outcomes* principaux, dans la mesure où ils avaient été préalablement enregistrés dans l'AEA RCT Registry.

Tension au travail. Les salariées traitées ont connu des réductions significatives de tension au travail, (-0,33 écart-type, $p < 0,05$) (Tableau 4). La tension au travail (*job strain*) est mesurée à l'aide du *Karasek Job Content Questionnaire* et définie comme la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, représentant une situation de travail à haut risque. La décomposition des trois dimensions de Karasek montre que la réduction de la tension au travail est principalement due à une diminution des demandes psychologiques et à un soutien social accru, tandis que la latitude décisionnelle reste globalement inchangée (Tableau 9).

La diminution de la demande psychologique reflète plusieurs améliorations dans l'organisation du travail (Tableau 10). Les salariées traitées étaient moins susceptibles de déclarer qu'on leur demandait d'effectuer une quantité excessive de travail, plus susceptibles de considérer qu'elles disposaient de suffisamment de temps pour accomplir correctement leurs tâches, et estimaient que leur travail était moins stressant. Elles ont également connu moins d'interruptions de tâches, contribuant à une charge de travail plus gérable. L'amélioration du soutien social s'est traduite par des relations plus solides avec les supérieurs et les collègues (Tableau 11). Les salariées traitées ont signalé que leurs collègues manifestaient davantage d'intérêt pour elles et les aidaient davantage à accomplir leurs tâches. Elles percevaient également leurs supérieures comme plus aptes à favoriser la coopération et plus soutenantes dans l'accomplissement du travail. Bien que la latitude décisionnelle globale n'ait pas changé de manière significative, un composant spécifique a montré un effet important : les salariées traitées étaient nettement plus susceptibles de déclarer que leur travail nécessitait de la créativité (Tableau 12). Cela suggère que le modèle des équipes autogérées a pu renforcer certaines dimensions de l'autonomie, même si le pouvoir décisionnel global restait limité.

Santé mentale. Le score de santé mentale s'est amélioré d'environ 0,28 écart-type dans les équipes traitées ($p < 0,05$) (Tableau 13). Cet indice composite est basé sur la sous-échelle Mental Health-5 (MH-5), qui mesure la détresse psychologique à travers cinq items demandant aux travailleurs à quelle fréquence ils se sentaient tendus, heureux, stressés, tristes et découragés au travail. Les réponses sont codées sur une échelle en cinq points (jamais à presque tout le temps) et combinées en un score de 0 à 100, les valeurs élevées indiquant une meilleure santé mentale. Ces effets montrent que les changements organisationnels introduits par le modèle des équipes autogérées ont réduit le stress lié au travail et amélioré le bien-être psychologique, répondant aux dimensions clés de la qualité de l'emploi dans une profession à forte tension.

Organisation du travail et planification. Au-delà de nos principaux résultats pré-enregistrés, plusieurs résultats secondaires importants ressortent également de nos analyses (voir tableaux dans l'article de recherche joint). Les salariées traitées ont connu des améliorations dans l'organisation du travail qui contribuent à expliquer les gains en qualité de l'emploi. Plus particulièrement, elles ont bénéficié d'une flexibilité accrue pour adapter leurs horaires aux contraintes personnelles, une dimension critique dans un secteur où les horaires irréguliers et le déséquilibre vie professionnelle-vie privée sont des sources majeures d'insatisfaction (Tableau 14 en annexe). Elles déclarent également bénéficier d'un meilleur rythme de travail et une pression temporelle réduite : elles étaient moins souvent obligées de se dépêcher, moins interrompues dans leurs tâches avant achèvement, et plus susceptibles de disposer d'au moins deux jours consécutifs de repos par semaine. Elles ont

également signalé que leurs proches se plaignaient moins de leur indisponibilité due au travail (Tableau 15 en annexe)⁴. De plus, les salariées traitées étaient nettement moins susceptibles de précipiter des tâches nécessitant plus de temps et de soin en raison de la pression de la charge de travail (Tableau 16 en annexe).

Sorties et turnover. Nous regardons enfin l'effet de l'organisation en équipes autonomes sur le turnover des salariées. Il s'agit d'une variable observée et non déclarée : nous mesurons la probabilité d'être présente dans la structure au moment du *endline* parmi les salariées qui y étaient présentes au moment du *baseline*. La spécification utilisée diffère de celles présentées précédemment dans la mesure où, par définition, nous ne disposons pas d'observation en *baseline* pour cette variable. Nous présentons dans le tableau 17 le résultat d'une régression OLS sur la probabilité de quitter la structure pendant l'expérimentation : elle est inférieure de 7,8 points de pourcentage dans le groupe de traitement par rapport au groupe de contrôle.

Pour vérifier dans quelle mesure l'attrition affecte nos conclusions nous effectuons un test de robustesse en ajoutant à notre échantillon principale les réponses des salariées ayant quitté leur structure pendant l'expérimentation, mais qui ont cependant rempli un court questionnaire de sortie. Cette enquête nous permet de collecter des informations qui sont normalement collectées dans les enquêtes *baseline* et *endline* classiques. Parmi les 137 salariées ayant quitté leur structure entre le *baseline* et le *endline*, 28 ont répondu à l'enquête « sortantes » ; parmi elles, seules 13 salariées ont fourni des réponses complètes pour les indicateurs de *baseline* et de *endline*, ce qui limite la portée de cette analyse. Nous incluons néanmoins ces 13 sortants dans un échantillon élargi (N = 245) et réestimons notre spécification préférée. Les résultats restent pratiquement inchangés. Dans la mesure où l'attrition a été plus élevée dans le groupe de contrôle et s'est a priori concentrée parmi les salariées les moins satisfaites, le niveau moyen de bien-être observé en fin d'étude dans le groupe de contrôle est probablement surestimé, en raison de la « survie » de ses membres les plus satisfaites. Par conséquent, nos estimations en intention de traitement (ITT) constituent vraisemblablement une borne inférieure de l'impact réel du modèle d'équipes autonomes sur le bien-être des salariées.

Qualité des soins administrés. Il est important de souligner que l'amélioration du bien-être des travailleuses ne s'est pas faite au détriment de la qualité des soins. Au contraire, les salariées du groupe traité déclarent être davantage en mesure d'accorder suffisamment de temps aux bénéficiaires (+0,19 écart-type), de mieux répondre à leurs attentes (+0,23 écart-type) et expriment une plus grande satisfaction quant aux soins qu'elles donnent (+0,25 écart-type) (tableau 18).

Résumé des résultats relatifs aux salariées. L'assignation au modèle en équipes autonomes a un effet significativement positif sur la satisfaction au travail (+0.2 écart-type) et les conditions de travail (+0.4 écart-type). En particulier, les horaires de travail conviennent mieux aux salariées assignées au modèle en équipes autonomes, ce qui les amène à déclarer qu'elles bénéficient d'une plus grande flexibilité pour adapter leurs horaires à des contraintes personnelles. L'amélioration des conditions de travail des salariées assignées à

⁴ Ces résultats ne sont pas robustes au test d'hypothèses multiples avec la spécification ANCOVA.

l'organisation en équipes autonomes peut également s'expliquer par la réduction significative de la tension au travail déclarée par ces dernières (-0.33 écart-type). Cette baisse est principalement due à une diminution des demandes psychologiques (les salariées traitées déclarent par exemple moins souvent faire face à une charge de travail excessive) et à un soutien social accru (avoir des relations plus solides avec ses supérieures et ses collègues par exemple).

Suite à ces améliorations, le score de santé mentale a augmenté d'environ 0,28 écart-type dans les équipes traitées (+0.28 écart-type) : les salariées traitées ont notamment rapporté se sentir significativement plus heureuses, moins stressées, moins tristes et moins découragées au travail. Leur santé physique s'améliore également : on observe une réduction de 0,27 écart-type des jours d'absence pour les salariées traitées, principalement liée à une baisse des jours d'absence pour accident du travail.

Une autre conséquence de l'amélioration des conditions de travail est la diminution du turnover des salariées dans les équipes traitées : la probabilité de quitter la structure pendant l'expérimentation diminue de 7,8pp dans le groupe de traitement par rapport au groupe de contrôle.

Résultats concernant les bénéficiaires. La dernière partie de l'analyse concerne l'effet de l'organisation en équipes autonomes sur les bénéficiaires d'aide à domicile. Le tableau ci-dessous présente les résultats de l'estimation ANCOVA en intention de traitement (ITT) pour nos 4 principales variables d'intérêt relatives aux bénéficiaires de soins : la santé physique, la santé mentale, la satisfaction globale et l'adéquation du temps de prise en charge, telles que déclarées par les bénéficiaires eux-mêmes ou par leurs aidants informels. Dans l'ensemble, la mise en œuvre du modèle des équipes autogérées a légèrement amélioré la perception de l'adéquation du temps consacré aux soins, tandis que les mesures plus larges de bien-être sont restées inchangées.

Santé et évaluation des professionnels. L'impact de l'affectation au modèle des équipes en équipes autonomes sur l'état de santé général des bénéficiaires de soins apparaît contrasté. Alors que l'indice composite de santé mentale et la santé physique ne montrent pas de changements significatifs (Tableau 18), les résultats désagrégés révèlent un effet positif sur le bonheur, avec une augmentation comprise entre 0,24 et 0,25 écart-type (Tableau D15 en annexe de l'article de recherche). Le résultat n'est cependant plus statistiquement significatif après correction pour tests multiples.

Adéquation des soins, organisation et satisfaction. S'agissant de la qualité perçue du service, l'intervention a significativement amélioré la perception par les bénéficiaires de l'adéquation du temps de prise en charge. L'estimation ANCOVA indique une augmentation de 0,355 écart-type ($p < 0,05$), qui reste robuste à 0,323 écart-type ($p < 0,05$) après contrôle de l'âge et du mode de logement (Tableau 21). Toutefois, cette amélioration ne s'est pas traduite par une augmentation significative de la satisfaction globale à l'égard du service (Tableau D18 en annexe de l'article de recherche). Du point de vue des bénéficiaires, la transition n'a pas non plus modifié de manière perceptible la continuité des soins ni la stabilité des plannings (Tableau D19 en annexe de l'article de recherche).

La taille relativement faible de l'échantillon (123 répondants pour la spécification avec effets fixes, sur 682 bénéficiaires inclus dans l'échantillon) peut en partie expliquer l'absence de résultats significatifs sur certaines variables. L'absence d'impact négatif fort et l'effet positif sur l'adéquation du temps consacré aux soins permettent néanmoins d'exclure que

l'amélioration des conditions de travail des salariées se soit faite au détriment des bénéficiaires.

4. Apports pour la recherche

Cette étude apporte une contribution originale à la littérature sur l'organisation du travail et la qualité de l'emploi dans les services à forte intensité relationnelle. Elle démontre qu'une transformation organisationnelle peut produire des effets mesurables sur la santé mentale et les risques psychosociaux. Elle illustre également l'intérêt des méthodes expérimentales pour évaluer des innovations organisationnelles dans le secteur médico-social.

Plus précisément, ce travail contribue à combler un manque empirique important concernant les effets des modèles d'équipes autonomes dans les services de soin et d'aide à domicile. Si ce type d'organisation a été largement documenté dans certains contextes internationaux – notamment à travers l'expérience néerlandaise de Buurtzorg – les preuves quantitatives rigoureuses restaient limitées, en particulier dans le contexte français. En mobilisant un protocole expérimental avec tirage au sort, cette étude permet d'identifier de manière crédible les effets causaux d'une transformation organisationnelle sur plusieurs dimensions de la qualité de l'emploi.

Les résultats enrichissent également la littérature sur les déterminants organisationnels des risques psychosociaux. Ils suggèrent que des changements dans la structuration du travail – notamment une meilleure coordination au sein des équipes, une autonomie accrue dans la gestion des plannings et un renforcement du soutien social – peuvent réduire la tension au travail et améliorer le bien-être psychologique des salariées, même dans des métiers caractérisés par une forte pénibilité. L'étude met ainsi en évidence le rôle central de l'organisation du travail dans la production des conditions d'emploi et de santé au travail.

Enfin, cette recherche contribue à la littérature émergente sur l'évaluation des innovations organisationnelles dans les services publics et médico-sociaux. Elle montre que des dispositifs expérimentaux peuvent être mis en œuvre dans des environnements professionnels complexes, en partenariat avec des institutions publiques et des acteurs de terrain.

5. Implications pour les décideurs publics

Les résultats suggèrent que l'organisation du travail constitue un levier stratégique pour renforcer l'attractivité des métiers du grand âge. La réduction du turnover et de l'absentéisme représente un enjeu majeur pour la soutenabilité du secteur.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de vieillissement rapide de la population, l'amélioration des conditions de travail des professionnels de l'aide à domicile apparaît en effet comme une priorité des politiques publiques. Les résultats de cette étude indiquent que des transformations organisationnelles relativement ciblées – telles que la constitution

d'équipes stables et autonomes, la responsabilisation collective dans la gestion des plannings ou le renforcement du soutien entre collègues – peuvent produire des améliorations significatives du bien-être au travail.

Du point de vue de la santé au travail, le modèle étudié apparaît comme un outil crédible de prévention des risques psychosociaux. Il montre qu'une amélioration de la qualité de l'emploi peut être compatible avec le maintien, voire l'amélioration, de certaines dimensions de la qualité du service rendu aux bénéficiaires. En particulier, les résultats suggèrent que les salariées disposent de davantage de temps pour répondre aux besoins des personnes accompagnées, sans que la continuité des interventions ou la satisfaction globale des bénéficiaires ne soit dégradée.

Ces résultats invitent ainsi les pouvoirs publics à considérer l'organisation du travail comme un levier complémentaire aux politiques salariales ou de formation pour renforcer l'attractivité du secteur. Ils soulignent également l'importance d'accompagner les structures dans la mise en œuvre de ces transformations organisationnelles, qui impliquent des changements de pratiques managériales et des investissements dans la coordination des équipes.

6. Perspectives de recherche

Des travaux futurs pourraient examiner les effets à plus long terme, intégrer des données administratives (hospitalisations, entrée en établissement) et conduire une analyse coût-bénéfice. L'étude des effets hétérogènes selon l'ancienneté ou le statut contractuel constituerait également une piste prometteuse.

Plus largement, plusieurs prolongements de recherche pourraient approfondir la compréhension des mécanismes à l'œuvre dans les équipes autonomes. Une première piste consisterait à analyser plus finement les processus organisationnels qui sous-tendent les effets observés, notamment le rôle de la coordination au sein des équipes, du soutien social entre collègues ou de la reconfiguration du rôle des responsables de secteur. Des approches qualitatives ou mixtes pourraient compléter l'analyse quantitative afin de mieux comprendre les conditions concrètes de mise en œuvre du modèle.

Une seconde piste concerne l'analyse des effets à l'échelle des organisations et du système de prise en charge. Il serait notamment pertinent d'examiner l'impact de ces transformations sur la productivité des structures, les coûts de gestion ou encore la stabilité des équipes sur le long terme. L'intégration de données administratives permettrait également d'évaluer des effets potentiels sur les trajectoires des bénéficiaires, par exemple en matière de recours aux soins ou d'entrée en établissement.

Enfin, des recherches futures pourraient explorer la transférabilité du modèle à d'autres contextes institutionnels ou à d'autres segments du secteur médico-social. L'identification des conditions organisationnelles et institutionnelles nécessaires à la réussite de ces modèles constitue un enjeu central pour éclairer les politiques publiques visant à améliorer à la fois la qualité de l'emploi et la qualité des services d'autonomie.

7. Principales références bibliographiques

Document de travail issu du projet de recherche :

The Effects of Introducing Self-organization in Home Care Services: Evidence from a Randomized Experiment. Thomas Breda, Camille Ciriez, Audrey Rain, Delphine Roy, Maëlle Stricot, Léa Toulemon. Document de travail.

Références académiques

- Drennan, V. M., Calestani, M., Ross, F., Saunders, M., & West, P. (2018). Tackling the workforce crisis in district nursing: Can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. *BMJ Open*, 8(6), e021931. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021931>
- Leask, C. F., Bell, J., & Murray, F. (2020). Acceptability of delivering an adapted Buurtzorg model in the Scottish care context. *Public Health*, 179, 111–117. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.011>
- Leask, C. F., & Gilmartin, A. (2019). Implementation of a neighbourhood care model in a Scottish integrated context – views from patients. *AIMS Public Health*, 6(2), 143–153. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2019.2.143>
- Hegedüs, A., Schürch, A., & Bischofberger, I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100061. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100061>
- Monsen, K. A., & de Blok, J. (2018). Buurtzorg: Nurse-led community care. *Creative Nursing*, 24(1), 112–117. <https://doi.org/10.1891/1078-4535.19.3.122>
- Olivares Bøgeskov, B., & Segoli, G. (2024). Implementing interdisciplinary Buurtzorg-derived teams in Danish municipalities: Qualitative descriptive study. *Journal Article (2021–2023 data)*.
- Hamm, C., & Glyn-Jones, J. (2019). Implementing an adapted Buurtzorg model in an inner city NHS trust. *British Journal of Community Nursing*, 24(11), 534–537.
- Kamara, Y., Rodriguez, C., & Moyo, N. (2022). District nursing using neighbourhood care principles in practice: Reflecting on our experience. *British Journal of Community Nursing*, 27(11).

Références non-académiques

- OECD. (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing
- El Khomri, M. (2019a). Plan de mobilisation nationale en faveur de l’attractivité des métiers du grand âge.
- El Khomri, M. (2019b). Rapport synthétique sur l’attractivité des métiers du grand âge et de l’autonomie.
- DARES. (2024). Les organismes de services à la personne en 2021 (Dares Résultats N° 28). Ministère du Travail, France.

- Memmi, S., Rosankis, É., Duval, M., & Léonard, M. (2021). Quels risques psychosociaux chez les salariées de l'aide à domicile? Dares Analyses, n° 53.
- Stratélys. (2025). Évaluation de la transformation organisationnelle de SAD en équipes locales et autonomes. Rapport d'étude pour la CNSA.

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE



CONSIGNES DE REMPLISSAGE

Pour rappel, la politique de Science ouverte à l'IReSP vise à ce que les coordonnateurs des projets financés par l'IReSP déposent en priorité les articles scientifiques issus des projets de recherche financés dans des revues ou ouvrages en accès ouvert. À défaut, le bénéficiaire ainsi que les équipes participant à la réalisation du projet s'engagent à déposer dans une archive ouverte publique comme HAL. **L'article 30 de la Loi pour une République Numérique fixe comme délai maximum d'embargo :**

· **6 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences, de la technique et de la médecine (STM)**.

· **12 mois** pour les publications dans le **domaine des sciences humaines et sociales (SHS)**.

Pour les publications non accessibles en accès ouvert, merci d'indiquer les raisons n'ayant pas permis de favoriser cette démarche.

1. Publications scientifiques

1. Liste des articles et communications écrites

Préciser s'il s'agit d'articles dans des revues à comité de lecture ou toute autre revue / d'ouvrages ou de chapitres d'ouvrage / de communications dans des colloques ou des congrès / de dépôt de brevet...

Article scientifique soumis à la 3e conférence de l'AFEPOP (<https://afepop.fr/conference-2026/>) et au colloque l'économie du travail de la Chaire Travail de PSE (<https://www.parisschoolofeconomics.eu/actualites/appel-a-contributions-pour-le-colloque-sur-leconomie-du-travail/>). Cet article est joint.

Référencer selon les normes habituelles. Indiquer également les publications prévues à venir.

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet

Préciser le titre, date de soutenance (prévue ou réelle), soutien financier, activité actuelle des étudiants ayant soutenu leur thèse.

Maëlle Stricot :

- Titre de la thèse : Violence Against Women: Essays on Institutional Responses in the Justice System and the Care Economy
- Date de soutenance prévue : 30/06/2026
- Soutien financier : Contrat doctoral de 3 ans avec l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne de 2022 à 2024, et RA à temps partiel sur Buurtzorg de janvier 2022 à août 2023, puis à temps plein de janvier 2025 à août 2025. Actuellement en ATER à Paris 1.

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisés durant la période concernée

Préciser la date, le lieu, l'objet, le nombre des participants si possible.

- Camille Ciriez, 27 mai 2024, Ecole d'Economie de Paris, séminaire interne de l'IPP, 40 personnes.
- Léa Toulemon, 4 avril 2024, INET, séminaire INET dédié aux politiques sociales, 30 élèves administrateurs territoriaux, élèves conservateurs territoriaux de bibliothèques, Strasbourg.
- Léa Toulemon, 17 octobre 2023, intervention lors du Webinaire CNSA : [« Les équipes locales autonomes, une réponse pertinente pour penser l'avenir des services autonomie à domicile ? »](#), 1300 vues.
- Léa Toulemon, 4 octobre 2022, Présentation de l'expérimentation et du modèle Buurtzorg à l'Unaforis (Union nationale des acteurs de la formation et de la recherche en intervention sociale), atelier « Accompagner à domicile tous les âges de la vie », en visioconférence.
- 6 février 2025, Léa Toulemon, colloque sur les transformations des métiers du grand âge, 80 participants, [Chaire Aging UP!](#), [Chaire Transformation des organisations et du travail](#) de Sciences Po, Liepp de Sciences Po. Panel « Conditions de travail ».

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

Préciser la date, le lieu, l'objet, les équipes ou autres acteurs rencontrés

2. Communications autres

- Léa Toulemon, 20 février 2025, conférences IPP à destination des étudiants de la Mineure Action Publique de l'ENS PSL, 20 participants, Paris.



FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques

Ajouter tous les liens URL des publications, si possible.

Merci de préciser quand l'article n'est pas disponible en accès ouvert, le cas échéant, joindre l'article en format PDF.

1. Liste des articles et communications écrites

The Effects of Introducing Self-organization in Home Care Services: Evidence from a Randomized Experiment, Thomas Breda, Camille Ciriez, Audrey Rain, Delphine Roy et Maëlle Stricot, document de travail.

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet.

Violence Against Women: Essays on Institutional Responses in the Justice System and the Care Economy, Maëlle Stricot

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- Colloque sur les transformations des métiers du grand âge, 80 participants, Chaire Aging UP!, Chaire Transformation des organisations et du travail de Sciences Po, Liepp de Sciences Po. Panel « Conditions de travail », février 2025.
- Séminaire interne de l'IPP, Ecole d'Economie de Paris, mai 2024.
- Séminaire INET dédié aux politiques sociales, avril 2024.
- Webinaire CNSA : « Les équipes locales autonomes, une réponse pertinente pour penser l'avenir des services autonomie à domicile ? », octobre 2023.
- Présentation de l'expérimentation et du modèle Buurtzorg à l'Unaforis (Union nationale des acteurs de la formation et de la recherche en intervention sociale), atelier « Accompagner à domicile tous les âges de la vie », octobre 2022.

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

Communications au grand public

Ajouter les liens URL et/ou joindre le fichier en annexe, si possible

- Note IPP à venir
- Webinaire organisé auprès des départements et structures ayant participé à l'expérimentation.