

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

document
de *travail*

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 134 • SEPTEMBRE 2016

Étude qualitative sur les conditions de travail
dans les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes

RAPPORT DÉFINITIF REMIS À LA DREES

"Marie CHENAL, Pierre JOLIDON, Thibaut LAURENT, Clémence PEYROT, Thomas STRAUB, Camille TOLDRE"
ENEIS Conseil



Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

DREES

SÉRIE ÉTUDES ET RECHERCHE

N° 134 • septembre 2016

Étude qualitative sur les conditions de
travail
dans les établissements d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes

Marie CHENAL, Pierre JOLIDON, Thibaut LAURENT, Clémence
PEYROT, Thomas STRAUB, Camille TOLDRE - ENEIS Conseil

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

Cette recherche a été financée par la DREES.

Cette publication n'engage que ses auteurs.

Sommaire

| | |
|--|----|
| ■ INTRODUCTION | 9 |
| Termes et notions utilisés dans le cadre de l'étude | 9 |
| La notion de conditions de travail | 9 |
| Les métiers soignants | 10 |
| Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) | 12 |
| ■ DES MÉTIERS ET DES ORGANISATIONS EN ÉVOLUTION | 13 |
| Les évolutions du public accueilli en EHPAD | 13 |
| Un niveau de dépendance croissant | 13 |
| La prégnance des maladies neurodégénératives et des démences | 15 |
| Les évolutions dans le fonctionnement et les missions des EHPAD | 18 |
| De la maison de retraite à l'EHPAD | 18 |
| Un fonctionnement sous contrainte de qualité | 22 |
| Des exigences accrues en matière de qualification | 25 |
| ■ DES MÉTIERS JUGÉS DIFFICILES ET ÉPROUVANTS PAR LES PROFESSIONNELS SOIGNANTS | 29 |
| Des organisations en tension : un équilibre à trouver entre réponses aux besoins individuels et contraintes imposées par la vie en collectivité | 29 |
| Une organisation définie par la réponse aux besoins physiologiques | 29 |
| Le travail sous tension et le travail « empêché » | 35 |
| Une planification du temps de travail complexe et spécifique à chaque établissement | 38 |
| Les principaux modèles d'organisation du temps de travail | 38 |
| Des organisations du temps de travail générant de la fatigue | 39 |
| Une articulation à trouver entre vie professionnelle et vie personnelle | 41 |
| Des politiques de remplacement des professionnels absents impactant fortement la qualité des conditions de travail | 43 |
| Une pénibilité à la fois physique et psychique | 45 |
| Les risques portés sur la santé | 45 |
| L'impact des logiques bâtementaires et les efforts en matière de prévention | 47 |
| Une charge mentale prononcée et protéiforme | 48 |
| ■ DES MÉTIERS DE VOCATION ET D'IDENTITÉ, SOURCES DE GRATIFICATION POUR LES PROFESSIONNELS | 53 |
| L'investissement personnel au service des résidents | 53 |
| Soignant en EHPAD, un métier de vocation ? | 53 |
| Un engagement professionnel et personnel auprès d'un public fragile | 54 |
| Le travail d'équipe | 58 |
| La solidarité et le soutien au sein d'une équipe | 58 |
| Concurrence et complémentarité des métiers | 61 |

| | |
|--|----|
| ■ CONCLUSION | 63 |
| Des conditions de travail principalement déterminées par les moyens financiers dont dispose l'établissement, l'impulsion et le soutien apportés par la hiérarchie, la qualité des rapports au sein du collectif de travail | 63 |
| Quel futur pour les soignants en EHPAD ? | 64 |
| Annexe 1. Bibliographie | 66 |
| Publications de l'ANESM | 67 |
| Publications de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique | 67 |
| Annexe 2. Méthodologie de l'étude | 68 |
| Le pilotage de l'étude | 68 |
| Élaboration de l'échantillon et présentation du panel final | 68 |
| Principales caractéristiques du panel final | 68 |
| Prise de contact avec les EHPAD retenus et organisation des entretiens | 71 |
| Une enquête de terrain | 72 |
| Les biais méthodologiques | 73 |
| Annexe 3. Les thématiques abordées | 75 |
| Annexe 4. Fiches métier (sources : Direction générale de la cohésion sociale, Direction Générale de l'organisation des soins) | 77 |
| Diplôme d'État d'infirmier | 77 |
| Diplôme d'État d'aide-soignant | 79 |
| Diplôme d'État d'aide médico-psychologique | 81 |
| Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale | 82 |

■ INTRODUCTION

S'interroger sur les conditions de travail des professionnels soignants en EHPAD conduit d'abord à prendre la mesure de la diversité de situations que ce sujet recouvre : diversité des métiers soignants ou des professionnels faisant fonction de soignants – infirmiers diplômés d'État (IDE), aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS), agents de service hospitalier (ASH) ; diversité des statuts des établissements – EHPAD public hospitalier ou non-hospitalier, EHPAD privé à but non lucratif (associatif ou mutualiste), EHPAD privé à but lucratif ; mais aussi diversité des organisations et des modes de fonctionnement.

Pourtant, au-delà de ces différences, il s'agit aussi de mettre en lumière la grande unité dans les témoignages des professionnels et de voir ainsi se dessiner les contours d'une identité professionnelle forte, construite autour de métiers dont la pénibilité n'est pas dissimulée, mais souvent dépassée par un engagement individuel et des gratifications multiples (issues de la relation privilégiée aux usagers, aux familles, aux collègues, à l'établissement).

Termes et notions utilisés dans le cadre de l'étude

La notion de conditions de travail

« Parler de « conditions de travail » implique de détacher du travail certains de ses aspects, de convenir que, d'un certain point de vue, ils ne font pas partie du travail, qu'ils en constituent des éléments contingents. [C'est une] opération qui consiste à détacher du reste du travail une caractéristique particulière, pour l'attacher à une souffrance ou à un risque »¹.

Cette définition a été en partie retenue dans le cadre de cette étude : nous verrons que les conditions dans lesquelles s'effectue le travail peuvent faire porter un risque sur la santé ou le bien-être des professionnels. Pour autant, un intérêt particulier a été porté à la manière dont les soignants gèrent ces risques au quotidien et sont susceptibles de mettre en place des stratégies pour les contourner ou les dépasser.

Pour cela, cinq dimensions complémentaires de l'activité professionnelle des soignants en EHPAD ont été analysées :

- **L'organisation du temps de travail** : cet item regroupe des interrogations liées aux horaires de travail, à la planification, aux temps de repos et à l'articulation de la vie personnelle et professionnelle ;
- **L'organisation du travail** : cet item porte sur les caractéristiques du travail soignant (charge, rythme, autonomie, répétitivité, etc.), les compétences requises et la manière de les acquérir ou conforter, les relations avec les collègues de travail et la hiérarchie ;
- **La pénibilité physique et les risques professionnels** : cet item interroge les différents risques professionnels auxquels sont exposés les soignants et leur perception de ceux-ci et des actions de prévention mises en œuvre ;
- **La charge émotionnelle** : cet item porte sur les relations entretenues par les professionnels avec les résidents et leurs proches, la reconnaissance du travail réalisé, la spécificité de l'activité au contact de personnes dépendantes et le sentiment d'agir en accord avec ses valeurs personnelles et de réaliser du travail de qualité ;

¹ GOLLAC M., VOLKOFF S. et WOLFF L. (2014), *Les conditions de travail*, La Découverte, Repères.

- **L'avenir professionnel** : cet item se rapporte au niveau de satisfaction exprimé par les professionnels vis-à-vis de leur métier et de leur poste, et à leur projection dans l'avenir.

Les métiers soignants

Des métiers divers sont exercés au sein des EHPAD. Ils relèvent de professions administratives (direction, encadrement, accueil, secrétariat), techniques (ouvrier, agent d'entretien), médicales (médecin coordinateur), d'animation, mais surtout soignantes. L'étude porte sur cette dernière catégorie de professionnels, qui est à la fois la plus nombreuse en termes d'effectifs, mais présente également une diversité de métiers.

Par métier, ou profession, on entend ici un ensemble de savoirs et de savoir-faire, de nature essentiellement technique, permettant d'exercer une activité ou un ensemble de tâches, sanctionné par un diplôme. On le distingue de la fonction, qui correspond à l'ensemble des tâches exercées dans le cadre d'une activité professionnelle. C'est dans cette distinction que se comprend la notion de « faisant fonction » : il s'agit d'un professionnel exerçant la même activité qu'un autre, donc la même fonction, sans pour autant exercer le même métier, car sa formation comme son rôle théorique dans l'organisation s'en écartent.

Cette distinction est essentielle dans le cadre des métiers soignants car ils font l'objet de définitions réglementaires précises, proposant notamment la liste des actes autorisés par catégories de métiers². Il s'agit d'encadrer la responsabilité des professionnels intervenant auprès de publics caractérisés comme fragiles. À titre d'exemple, le circuit du médicament en EHPAD fait l'objet d'une définition stricte, encadrant les missions des différents types de professionnels : préparation par les infirmiers diplômés d'État (IDE), distribution par les aides-soignants sous la supervision des IDE, etc. Comme précisé dans l'encadré n° 1 sur les métiers soignants en EHPAD, les différents professionnels ne sont pas financièrement gérés dans les mêmes sections. L'arbitrage entre profils de professionnels qualifiés ou non a donc des impacts majeurs sur le budget d'un établissement.

Enfin, la notion de poste s'inscrit en complémentarité des deux premières (métier et fonction) : introduisant le contexte dans lequel s'exercent les missions d'un professionnel, il correspond à l'ensemble des caractéristiques relatives à l'exercice d'une activité dans le cadre d'une organisation donnée (contenu des tâches, horaires de travail, relations fonctionnelles et hiérarchiques, etc.).

Quatre métiers soignants sont placés au cœur de cette étude : infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale (voir encadré « les métiers soignants en EHPAD »). Par extension les agents de service faisant fonction d'aides-soignants sont intégrés au périmètre de l'étude car intervenant sur des postes et fonctions identiques ou proches.

² Ainsi les actes pouvant être réalisés par les IDE sont décrits dans le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, dit « décret de compétence ».

ENCADRÉ 1 - LES MÉTIERS SOIGNANTS EN EHPAD**Infirmier diplômé d'État (IDE)**

Rôle : L'infirmier dispense des soins médicaux afin de maintenir ou restaurer la santé des résidents, en surveillant l'état de santé et coordonnant les soins prodigués, selon les prescriptions médicales (préparation et distribution de médicaments, examen du résident, soins de nature technique : pansements, prise de tension, injections, etc.).

Formation : Un diplôme d'État infirmier est requis, obtenu après 3 ans en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), accessible par concours, après obtention du baccalauréat. Il s'agit d'un diplôme de niveau III.

Financement du poste : Les infirmiers relèvent à 100 % de la section « soins » (annexe 3-2 du CASF³) – pour plus de précision, voir l'encadré n° 6 sur les modalités de tarification des EHPAD.

Aide-soignant (AS)

Rôle : L'aide-soignant réalise des soins liés aux actes de la vie quotidienne, en compensant ainsi un déficit ou une perte d'autonomie de la personne, tout en cherchant le maintien de l'autonomie restante. Ces soins s'inscrivent dans une appréhension globale des besoins de la personne, et notamment relationnels. L'aide-soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier.

Formation : Les aides-soignants sont titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant qui se prépare en une année dans un institut de formation d'aides-soignants (IFAS). Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

Financement du poste : Les AS relèvent à 70 % de la section « soins » et à 30 % de la section « dépendance » (annexe 3-2 du CASF) – pour plus de précision, voir l'encadré n° 6 sur les modalités de tarification des EHPAD.

Aide médico-psychologique (AMP)

Rôle : L'aide médico-psychologique assure l'accompagnement de personnes dépendantes, handicapées ou âgées, dans un souci de stimulation de l'individu (éveil, communication, échanges, etc.) et d'adaptation de la réponse aux besoins de la personne selon ses désirs. Au sein d'un EHPAD, l'aide médico-psychologique accompagne essentiellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, les assistant également dans les actes de la vie quotidienne.

Formation : Le diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP), est accessible sans le baccalauréat et délivré à l'issue d'une formation d'une durée de 12 à 24 mois. Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

Financement du poste : Les AMP relèvent à 70 % de la section « soins » et à 30 % de la section « dépendance » (annexe 3-2 du CASF) – pour plus de précision, voir l'encadré n° 6 sur les modalités de tarification des EHPAD.

Agent de service hospitalier (ASH)

Rôle : L'agent de service hospitalier a pour fonction de veiller au bien-être des résidents en assurant le confort de leur environnement et ce principalement à travers l'entretien de l'établissement (parties collectives, chambres, lits, ...). Côtéant les résidents, il peut également être amené à les aider (appui pour boire, aide au lever, ...) ou alerter le personnel compétent en cas de besoin.

Formation : Il n'existe pas de formation dédiée.

Financement du poste : Les agents de service relèvent à 70 % de la section « hébergement » et à 30 % de la section « dépendance » (annexe 3-2 du CASF) – pour plus de précision, voir l'encadré n° 6 sur les modalités de tarification des EHPAD.

Auxiliaire de vie sociale (AVS)

Rôle : L'auxiliaire de vie sociale est un professionnel formé pour accompagner les personnes en difficulté de vie ou difficulté sociale (personnes âgées, malades ou handicapées) dans les activités de la vie quotidienne et sociale. Il exerce en grande majorité à domicile, afin de favoriser l'autonomie et le maintien à domicile des personnes.

Formation : Le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est ouvert à tous les candidats âgés d'au moins 18 ans et délivré à l'issue d'une formation d'une durée de 12 mois. Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

Financement du poste : La qualification AVS n'est pas reconnue en tant que telle dans le financement des professionnels soignants exerçant en EHPAD. Ils sont, par défaut dans cette étude, rattachés à la catégorie des ASH.

NB : Un diplôme unique remplace et fusionne les diplômes d'AVS et d'AMP en un « diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) » (Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles et arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social). Les objectifs de ce rapprochement sont pluriels : améliorer la lisibilité de la formation pour ces métiers, simplifier la certification, mais aussi clarifier les missions sur ces postes ou encore renforcer les compétences pour un accompagnement global de la personne. Cette réforme sera effective pour la rentrée de septembre/octobre 2016.

³ Code de l'action sociale et des familles.

Une description plus complète de ces métiers est disponible en annexe 4.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD, publics comme privés, relèvent de la catégorie des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, régie par les articles L 312-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les EHPAD publics non hospitaliers peuvent être des établissements autonomes ou gérés par les communes ou les départements. Les EHPAD privés à but non lucratif peuvent être gérés par des caisses de retraite, des mutuelles, des associations loi 1901, des fondations. Les EHPAD privés à but lucratif sont issus des groupes privés spécialisés dans le secteur ou des entreprises d'hôtellerie.

Au 31 décembre 2011, l'enquête EHPA de la DREES recensait 7 752 EHPAD pour 592 900 places⁴. Ces places se répartissent de manière relativement équitable entre les différents types d'établissements : 52,7 % relèvent d'EHPAD publics (dont 26,9 % de publics non hospitaliers et 25,8 % de publics hospitaliers), 47,3 % relèvent d'EHPAD privés (dont 27,3 % du secteur privé non lucratif et 20 % du secteur privé à but lucratif).

Une étude plus récente de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie⁵ (CNSA) présente une légère évolution de cette répartition : 51 % des places seraient gérées par le secteur public, contre 27 % par le secteur privé à but non lucratif et 22 % par le secteur privé à but lucratif.

ENCADRÉ 2 - MÉTHODOLOGIE RETENUE POUR L'ÉTUDE

En raison de sa dimension exclusivement qualitative, l'étude s'appuie essentiellement sur des entretiens individuels et collectifs avec des soignants menés au sein d'un échantillon de 30 EHPAD, représentatif de la diversité des établissements présents en métropole. Celui-ci se fonde sur plusieurs critères :

- La répartition juridique des EHPAD : il s'agissait du critère d'entrée pour l'élaboration du panel. La répartition finale de l'échantillon est la suivante :

- 7 EHPAD privés à but lucratif : soit 23 % ;
- 8 EHPAD privés à but non lucratif : soit 27 % ;
- 7 EHPAD publics hospitaliers : soit 23 % ;
- 8 EHPAD publics non hospitaliers : soit 27 % ;

- La capacité d'accueil de l'établissement ;
- La situation géographique (urbain ou rural, répartition par département) ;
- Le GMP (niveau de dépendance moyen de l'établissement) ;
- L'adossement à une autre structure et l'existence d'une unité spécifique.

Après la constitution de l'échantillon et la vérification de sa représentativité, des entretiens ont eu lieu au sein des établissements sélectionnés. Au total, 340 personnes ont été rencontrées entre les mois de septembre 2015 et de février 2016. Ces échanges ont été menés au cours d'entretiens collectifs (par métiers ou pluridisciplinaires) et individuels.

Ce projet poursuit l'ambition de réaliser une étude mettant en exergue le ressenti des professionnels et l'analyse réalisée par ces derniers sur leurs propres conditions de travail (encadré 2). Dans ce cadre, de nombreux verbatims jalonnent le rapport et permettent d'illustrer les constats mis en exergue par les personnels rencontrés. Si les entretiens ont été conduits en questionnant les professionnels sur les différents aspects de leurs conditions de travail (organisation de travail, gestion du temps de travail, risques professionnels, charge émotionnelle...), ce document est construit selon une logique analytique. Afin d'appréhender les conditions de travail en établissement, il est apparu nécessaire de revenir sur l'évolution du profil des résidents accompagnés, le fonctionnement des établissements et *in fine* sur les conséquences que cela entraîne pour les professionnels dans l'exercice de leur métier. La deuxième partie traite des difficultés du travail liées aux organisations et aux modes de fonctionnement retenus ainsi qu'à la pénibilité des tâches à réaliser. Enfin, l'analyse s'attache à mettre en avant les raisons de la motivation, bien que souvent mises à l'épreuve, des professionnels à travailler en EHPAD.

⁴ VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 877, février.

⁵ « Les soins en EHPAD en 2013 », Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

■ DES MÉTIERS ET DES ORGANISATIONS EN ÉVOLUTION

Les évolutions du public accueilli en EHPAD

Un niveau de dépendance croissant

Le choix du maintien à domicile et le recul de l'institutionnalisation

Si la généralisation de la prise en charge médicale et l'amélioration générale des conditions de vie permettent de repousser la fin de vie, elles ne garantissent pas pour autant le maintien de l'autonomie physique et psychique de la personne âgée.

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie a constitué la réponse prioritaire des politiques publiques au cours de la période récente, conformément aux souhaits émis par la majorité des personnes concernées (la majorité des Français souhaitent demeurer à leur domicile, plus de 60 % estimant inenvisageable de vivre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées [EHPA] en 2011⁶) et dans un souci de maîtrise des dépenses publiques. Cela s'est traduit par un développement des différents types de services à la personne, une structuration de ce secteur et un soutien financier affirmé, notamment au travers du versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Parallèlement, le coût d'un hébergement en EHPAD constitue un frein pour de nombreuses personnes âgées et leurs familles⁷.

Tendanciellement, l'entrée en établissement apparaît ainsi comme la dernière étape du parcours de vie, lorsque les possibilités du maintien à domicile sont épuisées. L'institutionnalisation ne correspond souvent pas à un choix mais plutôt à la résultante d'autres facteurs : perte de l'aidant, hospitalisation, chute, avancée dans la maladie, etc. et manque généralement de préparation et d'anticipation.

Des conditions de travail déterminées par le profil du public accueilli

Si cette institutionnalisation plus tardive engendre de nombreuses répercussions sur les conditions de travail des professionnels, plusieurs impacts majeurs de cette évolution peuvent être soulignés.

Tout d'abord, les usagers des EHPAD sont de plus en plus âgés (78 % des résidents ont 80 ans ou plus en 2011) et entrent plus tardivement en institution (84 ans et 5 mois en 2011 contre 83 ans et 5 mois en 2007⁸). De plus, ils présentent un niveau de dépendance plus élevé. Ainsi, entre 2007 et 2011, le niveau de dépendance des résidents d'EHPAD s'est accru, avec une part des GIR 1-4 (voir encadré n° 3 sur la mesure du niveau de dépendance) passée de 84 % à 89 %, et notamment une croissance de la part occupée par les plus dépendants,

⁶ DREES, suivi barométrique de l'opinion des Français sur la santé, la protection sociale, la précarité, la famille et la solidarité, janvier 2012, cité dans MARQUIER R. (2013), « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 47, octobre.

⁷ Avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), le reste à charge moyen des résidents est de 1 758 € mensuels en 2011. Voir FIZZALA A. (2016), « Dépendance des personnes âgées, qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Dossiers de la DREES*, n°1, mars.

⁸ VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 899, décembre.

les GIR 1-2 étant quant à eux passés de 51 % à 55 %⁹. Le GMP moyen s'établit ainsi à 700 en 2011 contre 663 en 2007¹⁰.

ENCADRÉ 3 - LA MESURE DU NIVEAU DE DÉPENDANCE

Le degré de dépendance de la personne âgée accueillie est évalué à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressource), qui permet de répartir les personnes en groupes Iso-ressources (GIR). La grille classe les personnes en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou des gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Ils ont trait à la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur et la communication à distance. Un groupe Iso-ressource comprend des personnes qui nécessitent une même mobilisation des ressources pour faire face à leur dépendance. Le groupe 1 correspond à la dépendance maximale, le groupe 6 à l'absence de dépendance.

Cette classification permet de calculer, au niveau de l'établissement, le GIR Moyen Pondéré (GMP), qui est la moyenne des GIR de l'ensemble des résidents d'un établissement à un instant déterminé, pondérés par un coefficient propre à chaque groupe GIR (de 70 pour le GIR 6 à 1 000 pour le GIR 1).

La charge en soins est également importante et assurée par les équipes soignantes au quotidien. Ainsi, l'enquête EHPA conduite en 2007 par la DREES permet de relever que la quasi-totalité des résidents souffrent de multiples pathologies et cumulent en moyenne 6 des pathologies étudiées, la moitié en ayant de 4 à 8¹¹. Par ailleurs, le nombre de pathologies augmente avec le degré de dépendance des résidents et environ 60 % des GIR 1 sont grabataires.

Ces données quantitatives abondent le constat établi par les personnels soignants qui soulignent un alourdissement de leur charge de travail, et donc un impact majeur sur leurs conditions de travail. En effet, du public accueilli dépend le contenu des tâches à réaliser et donc, pour partie, les conditions de travail : si l'accompagnement de personnes âgées dans les gestes de la vie quotidienne a toujours été le cœur du métier soignant en EHPAD, les missions des professionnels se sont au fil du temps davantage concentrées sur des tâches de soin, de nursing et d'hygiène de base au détriment, proportionnellement, de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des capacités.

La charge de travail et les cadences sont jugées plus lourdes par certains professionnels du fait d'une proportion plus importante de résidents pour lesquels des gestes de soins techniques ou de nursing sont requis. Les mêmes gestes sans cesse réalisés (toilettes au lit, transferts, etc.), mais aussi les efforts de manutention (pour lever, porter, etc.) inhérents à la perte de mobilité des résidents, entraînent une pénibilité physique que les professionnels considèrent comme prononcée.

Ces évolutions impliquent un temps plus important passé auprès des résidents dont la dépendance accrue rend indispensable un accompagnement appuyé aux gestes de la vie quotidienne. Les professionnels indiquent disposer de moins de temps auprès des résidents les plus autonomes car le temps qui n'est pas consacré aux actes de nursing n'est pas compensé par un temps relationnel qui pourrait correspondre aux attentes du résident. Autrement dit, un résident ne présentant pas de besoins en soins de nursing ne bénéficiera pas du même temps de présence de professionnels, y compris sur d'autres types d'accompagnements. Cette contradiction représente souvent une frustration pour les professionnels dont les contours et les implications seront détaillés ultérieurement.

La durée de séjour moyenne, stable entre 2007 et 2011, est de 2 ans et demi¹². Cela implique pour les professionnels un renouvellement fréquent du public des résidents et un effort d'adaptation récurrent de leur part aux nouveaux arrivants. Pour les professionnels, il s'agit d'apprendre à connaître de manière répétée de nouvelles personnes et leurs familles, s'adapter à leurs habitudes de vie, élaborer des projets personnalisés, etc.

⁹ VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *op cit*.

¹⁰ *Ibid*.

¹¹ PERRIN-HAYNES J. (2011), « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 22.

¹² Il s'agit des durées moyennes de séjour des résidents qui ont quitté leur établissement en 2007 et en 2011. Voir à ce titre : VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *op cit*.

Parallèlement, la prise en charge se spécialise vers un accompagnement à la fin de vie pour de plus en plus de résidents, confrontant les personnels à des décès plus fréquents, avec la charge traumatique que le contact répété avec la mort implique¹³.

La prégnance des maladies neurodégénératives et des démences

Un public souffrant de démences tendant à devenir majoritaire

Parmi les évolutions récentes soulignées par les professionnels, se trouvent également des changements dans le profil pathologique des personnes accueillies. Les résidents atteints de troubles neurodégénératifs ou de démences sont souvent décrits aujourd'hui comme majoritaires au sein des établissements, et ceci y compris en dehors des unités qui leur sont dédiées.

D'après l'enquête EHPA de la DREES conduite en 2007, 36 % des résidents souffrent d'un syndrome démentiel, 34 % d'un syndrome dépressif et 26 % de troubles du comportement¹⁴. Une autre exploitation des résultats de l'enquête propose une estimation d'environ 240 000 résidents pour lesquels une pathologie démentielle a été diagnostiquée (type Alzheimer ou assimilé), soit 42 % des résidents en EHPAD¹⁵.

Si les établissements ont dû s'adapter en proposant des modalités d'accueil spécifiques (prise en charge spécifique Alzheimer, pôle d'activités et de soins adaptés – PASA ou une unité d'hébergement renforcée – UHR – encadré 4)¹⁶, la charge mentale à laquelle sont soumis les professionnels constitue un facteur impactant les conditions de travail (situations stressantes, développement des risques psychosociaux, isolement des professionnels...).

De nouveaux publics souvent difficiles à accompagner en établissement

Des publics auparavant non représentés dans les établissements tendent à apparaître parmi les résidents : personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes présentant des conduites addictives. Préalablement pris en charge par d'autres institutions ou accédant nouvellement à une espérance de vie accrue, ces publics sont intégrés parmi les résidents sans pour autant bénéficier d'une réponse spécifique en matière d'accompagnement.

Leur présence en établissement est souvent fonction des modalités de sélection à l'entrée retenues par la direction, que celles-ci soient formalisées ou non dans les documents directeurs. Si les EHPAD manifestent tous de prime abord leur souci d'assurer l'adéquation entre le profil des résidents accueillis et leur capacité de prise en charge, certaines « stratégies » peuvent être observées vis-à-vis de ces profils spécifiques. Certains établissements font le choix d'exclure de leur recrutement des personnes dont la pathologie ou la situation de handicap serait susceptible d'entraîner diverses complexités de prise en charge (démence, désorientation, agressivité vis-à-vis des professionnels ou des autres résidents, troubles du comportement, etc.) afin de favoriser la vie en collectif dans l'établissement¹⁷.

¹³ Ces éléments seront détaillés dans la partie sur la charge mentale des professionnels.

¹⁴ PERRIN-HAYNES J. (2011), « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *op. cit.*

¹⁵ CHAZAL J. (2011), « Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 22.

¹⁶ Parmi les 30 EHPAD rencontrés dans le cadre de la présente étude, 70 % disposent d'une unité Alzheimer.

¹⁷ Voir à ce titre WEBER A. (2011), « Regards sur les conditions d'entrée en établissement pour personnes âgées » in « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Dossiers solidarité santé*, DREES, n° 18, février.

« Pour éviter de mettre en difficulté nos professionnels majoritairement jeunes et donc peu expérimentés, nous filtrons les dossiers qui nous sont transmis par le CCAS lorsqu'ils concernent des cas que nous jugeons complexes, c'est-à-dire notamment des personnes atteintes de troubles psychiatriques. » Patricia, médecin coordonnateur, 44 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis un an.

Au contraire, certains établissements préfèrent favoriser ce type d'admission afin de bénéficier de la reconnaissance financière des tutelles destinée à permettre la prise en charge spécifique de ces publics (valorisation au travers de l'évaluation de l'état pathologique de la personne) ou les acceptent plus aisément lorsqu'ils sont en mesure de proposer une prise en charge qu'ils considèrent adaptée.

ENCADRÉ 4 - LES UNITÉS PROTÉGÉES, LES UHR ET LES PASA

Le terme « unité protégée » désigne des services d'accueil spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles cognitifs apparentés. Il s'agit généralement de lieux de vie et d'hébergement clos, sécurisés et adaptés aux symptômes générés par la maladie d'Alzheimer ou apparentée : démence, désorientation, angoisse, déambulation, troubles du comportement, désinhibition, etc. Ces unités sont aujourd'hui présentes au sein de la plupart des EHPAD. Elles sont créées et mises en œuvre à l'initiative des établissements eux-mêmes afin de proposer à ces résidents un accompagnement plus adapté, tout en renforçant la maîtrise des risques associés à ces pathologies, souvent perturbateurs pour la vie collective.

La particularité des résidents implique une spécificité de l'organisation et du fonctionnement des unités protégées :

- Sélection des résidents : la pathologie doit généralement avoir été diagnostiquée ;
- Adaptation de l'ergonomie des lieux : espaces de circulation permettant la déambulation, prévention des chutes, attention portée à l'acoustique et aux couleurs ;
- Qualification du personnel : personnel soignant, notamment AMP, qualification d'ASG (assistant de soins en gérontologie) ;
- Sécurité des locaux : espace fermé et sécurisé en lien avec le risque de déambulation et de fugue ;
- Taille des unités : ces unités présentent généralement une taille réduite (une douzaine de résidents) afin d'assurer la prise en charge individualisée que requiert la maladie ;
- Projet de soin spécifique : attention particulière aux habitudes du résident, dépistage d'éventuels troubles secondaires à la maladie d'Alzheimer, animation thérapeutique.

La dénomination de ces unités a évolué dans le temps. Si l'on parlait par le passé de « cantou » (expression encore largement usitée), les termes d'unité de vie protégée ou d'unité spécialisée Alzheimer sont de plus en plus fréquents.

Le plan Alzheimer 2008/2012 a proposé des dispositifs complémentaires qui ne s'opposent et ne se substituent pas aux unités de vie spécifiques existantes au sein des EHPAD :

- Le PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés ;
- L'UHR : Unité d'hébergement renforcé ;
- L'UCC : Unité cognitivo-comportementale.

Ces dispositifs répondent à des cahiers des charges nationaux, c'est-à-dire qu'ils respectent certains critères (taille, architecture, personnel, etc.), ont été labellisés et font l'objet de financements spécifiques.

Une charge mentale propre à ces pathologies : difficultés d'exercice et atteintes aux compétences

Ces changements dans les profils des résidents accueillis en EHPAD entraînent un accroissement de la charge mentale subie par les professionnels soignants (encadré 5).

ENCADRÉ 5 - LA NOTION DE CHARGE MENTALE

La charge mentale est couramment définie en référence à l'ensemble des opérations mentales effectuées par un travailleur lors de son activité professionnelle et qui contribuent à la pénibilité de cette fonction : efforts de concentration, de compréhension, d'adaptation, d'attention et de minutie, accomplissements de tâches de traitement d'informations, mais aussi pressions psychologiques liées aux exigences de rapidité, délai, qualité d'exécution, à l'obéissance aux ordres de la hiérarchie et à la gestion des relations avec les collègues et les tiers. Elle fait donc référence à des processus cognitifs, psychiques, émotionnels, etc.

Dans le contexte du travail en EHPAD, de nombreuses dimensions s'y rattachent directement : contraintes de temps, charge de travail, interactions avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques mais aussi avec les résidents et leurs proches, exigences émotionnelles liées à la perte d'autonomie, conflits de valeurs, risques de violences, problématiques organisationnelles, etc. Cette notion permet ainsi de mettre en valeur l'ensemble des risques invisibles ou immatériels pesant sur les professionnels soignants exerçant en EHPAD.

Les difficultés d'exercice liées aux risques occasionnés par la démence, mais aussi par le handicap ou les addictions, sont clairement identifiées par les professionnels, parmi lesquelles principalement le risque de fuite ou de violence, mais aussi les limites à la communication.

Quitter l'établissement, se perdre, errer, se blesser ou chuter : la fuite du résident dément est un stress permanent pour le professionnel soignant. La violence, verbale comme physique, est également un risque présent, d'autant plus perturbant qu'un mauvais réflexe en réponse à une situation de violence peut être assimilé à une forme de maltraitance. Enfin, la limite des échanges avec les résidents déments, malgré la possibilité de développer des modes de communication non verbale, peut constituer une difficulté d'exercice spécifique. En outre, le manque de temps est constamment rappelé par les professionnels pour expliquer l'impossibilité d'employer effectivement ces modes alternatifs de communication.

« Il y a de plus en plus de violence. Les coups, c'est terrible, c'est pire que les insultes, parce qu'on est atteint. Un coup de poing dans la figure, on sait qu'on n'a pas le droit de le rendre. Mais c'est très difficile de ne pas réagir. » Brigitte, AMP suite à une reconversion professionnelle, 41 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 14 ans.

« L'agressivité, ça se présente, c'est difficile à gérer. C'est en partie l'institution qui génère l'agressivité, et le soignant qui n'est pas à l'écoute. C'est aussi à nous de nous adapter. Mais dans l'ensemble, on n'est pas qualifié pour gérer l'agressivité. » Christine, AS suite à une reconversion professionnelle, 54 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 9 ans.

« Nous sommes une structure ouverte sur l'extérieur donc il y a des fugues, des personnes malades qui sortent de l'établissement la nuit en pyjama, des résidents derrière lesquels on court en permanence. Nous sommes ainsi souvent obligés de « brimer » ces personnes, ce qui n'est pas une posture agréable à adopter. » Martine, AMP suite à une reconversion professionnelle, 53 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 2 ans.

Concernant les publics très spécifiques (pathologies psychiatriques notamment), les professionnels mettent en avant leur sentiment de ne pas disposer de la formation adéquate pour proposer un accompagnement adapté aux besoins et garantir une intégration dans le collectif qui ne soit préjudiciable ni à la personne ni aux autres résidents.

La peur d'être maltraitant est renforcée par les difficultés de communication déjà évoquées. Plusieurs éléments de réponse peuvent néanmoins être identifiés afin de conforter le professionnel dans la justesse de ses actes : soutien institutionnel ou hiérarchique (reconnaissance du travail réalisé et des difficultés rencontrées, temps de réunion ou de transmission, évaluation annuelle, etc.) ou encore étayage d'un psychologue ou d'un dispositif d'analyse de la pratique.

Les difficultés sont renforcées lorsque les résidents présentant un profil spécifique sont intégrés parmi les autres résidents, hors unité spécialisée. Cette situation se retrouve par exemple lorsque la pathologie n'a pas été diagnostiquée, lorsqu'elle s'est avérée en cours de prise en charge ou encore en l'absence de places en unité protégée. Pour les professionnels, il peut s'agir d'une contrainte difficile à accepter, à l'inverse des professionnels travaillant en unité protégée, lesquels ont la plupart du temps choisi d'exercer auprès de résidents présentant ce type de profil.

L'affectation des soignants en unité protégée se fait majoritairement sur la base du volontariat car la prise en charge des troubles des personnes âgées y est particulière et souvent vécue comme éprouvante (faire face aux cris, angoisses, gérer les risques de violences, se répéter sans cesse). Il est par ailleurs courant de croire que les conditions physiques de travail sont moindres en unité protégée car il y aurait moins de transferts et de mobilisation des résidents. Ce constat ne se vérifie pas toujours, notamment quand les résidents deviennent physiquement dépendants et que leur parcours devraient les conduire à sortir de l'unité protégée pour occuper une

chambre dans les unités traditionnelles de l'établissement. Toutefois, souvent par manque de place ou encore en raison de leurs troubles associés, ces résidents demeurent en unité protégée.

Autre spécificité, l'unité protégée est une unité fermée pour les résidents mais également pour les professionnels. Si pour les résidents et les familles, ces unités peuvent avoir la vertu d'un « cocon » rassurant et protecteur, il est également parfois synonyme d'isolement professionnel pour les soignants et peut motiver le refus d'y travailler.

« Je ne pourrais pas travailler au cantou, j'aurais l'impression d'être enfermée, prisonnière. » Claude, AS, 58 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 26 ans.

Le sentiment de bien faire son travail et d'avoir le temps de le faire semble plus important en unité protégée qu'en service classique d'EHPAD. En conséquence, les conditions d'exercice et de travail apparaissent plutôt meilleures en unité protégée lorsque sont réunis les critères suivants : volontariat des personnels pour y travailler, organisation du travail adaptée à la prise en charge (travail en binôme ou en équipe réduite fixe, poste en 12 heures), faible nombre de résidents (généralement 10-12 personnes âgées) et parmi eux, faible nombre de personnes physiquement dépendantes.

De telles conditions d'exercice permettent aux professionnels de mieux connaître les résidents, leur donnent la possibilité de mieux s'adapter au rythme de chacun et contribuent à l'impression d'avoir le temps de faire son travail (pas dans l'absolu mais par comparaison au rythme constaté dans les autres services). Plus encore, elles favorisent une plus grande solidarité entre professionnels et sont souvent caractérisées par un moindre absentéisme.

En contrepartie, les professionnels évoquent de manière récurrente certaines difficultés, notamment vis-à-vis de la gestion des pathologies et des troubles (agacement, sentiment d'impuissance face aux troubles, manque de distanciation vis-à-vis du mal-être des résidents, etc.), de la violence physique comme verbale des résidents, parfois à l'échelle du groupe entier, présenté comme « agité ». Il existe également parfois un sentiment diffus d'isolement vis-à-vis du reste des professionnels et notamment du corps médical et du personnel d'animation.

« On se sent parfois isolé au cantou, on a peu de contact avec les autres professionnels. On est très autonomes mais d'un autre côté on doit tout faire, être polyvalent, s'auto-remplacer, etc. » Francine, AS, 50 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 24 ans.

Les évolutions dans le fonctionnement et les missions des EHPAD

De la maison de retraite à l'EHPAD

Des réformes récentes ayant structuré le secteur

Afin de répondre aux besoins croissants de prise en charge en EHPAD, le secteur a fait l'objet d'une structuration au travers de plusieurs évolutions réglementaires :

- La réforme des EHPAD avec la médicalisation progressive des places dans le cadre des conventions tripartites à partir de 1997, introduisant une distinction prononcée entre EHPAD (maisons de retraite médicalisées) et autres EHPA (structures non médicalisées type foyer-logement).
- Les nouvelles modalités de tarification introduites par le décret n° 99-316 du 26 avril 1999 : l'introduction d'un forfait dépendance en sus des forfaits hébergement et soins préexistants, permettant ainsi d'individualiser le coût de la dépendance, auparavant mutualisé à l'ensemble des résidents car intégré en grande partie au budget hébergement (encadré 6).

- La loi 2002-2¹⁸ correspondant à l'introduction de critères de qualité de la prise en charge et d'une obligation d'évaluation et d'information du résident.
- La convergence tarifaire, introduite en 2008 pour une application en 2009, prévoyant de rééquilibrer, selon une logique d'équité, les niveaux de dotations soins entre tous les EHPAD sur le territoire national. Certains EHPAD ont ainsi connu une augmentation de leur enveloppe de financement de soins quand d'autres l'ont vue diminuer.

Les réformes ont été conduites dans l'objectif d'harmoniser les prises en charge entre établissements, notamment pour répondre à l'inégale répartition des ressources entre différents statuts, et permettre l'évolution des structures vers une meilleure réponse aux besoins : médicalisation, renforcement de la qualité, individualisation de la prise en charge, le tout encadré par une contractualisation sur objectifs avec les tutelles *via* les conventions tripartites (entre les établissements, les agences régionales de santé et les conseils départementaux).

ENCADRÉ 6 - LES MODALITÉS DE TARIFICATION DES EHPAD

Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes

Les prestations fournies par les établissements ou les sections d'établissements mentionnés à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et par les établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique comportent :

- 1° Un tarif journalier afférent à l'hébergement ;
- 2° Un tarif journalier afférent à la dépendance ;
- 3° Un tarif journalier afférent aux soins.

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. La loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 prévoit par ailleurs dans le contrat d'hébergement un ensemble de prestations minimales, dit « socle de prestations », dont la liste est fixée par décret¹⁹. Il est à la charge de la personne âgée, avec éventuellement l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance. Il est arrêté par le Président du conseil départemental : sur proposition de l'établissement, après validation par les médecins du conseil départemental et de l'assurance maladie. Il est établi sur la base du total des points de l'établissement dans ses groupes iso-ressources. Il est en partie à la charge de la personne âgée, aidée par l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) en fonction du GIR de la personne (GIR 1 à GIR 6). Il existe trois tarifs dépendance (GIR 1-2 ; GIR 3-4 ; GIR 5-6).

Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance des personnes accueillies. Il est à la charge de l'assurance maladie. Arrêté par le directeur général de l'ARS, il se base sur le degré de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents.

Le « pilotage » du GMP et du PMP et l'impact sur les conditions de travail

Face aux règles régissant les modalités de financement des EHPAD actuellement en vigueur, les établissements peuvent être progressivement amenés à définir et à déployer une stratégie de « sélection » des résidents entrants. Dans la plupart des structures, l'objectif poursuivi est de maintenir un GMP à niveau égal ou proche entre les périodes de renouvellement de la convention tripartite, de manière à stabiliser les taux d'encadrement. En effet, si un EHPAD sous dotation globale pour la dépendance observe une forte baisse du GMP lors du renouvellement de sa convention tripartite, il verra mécaniquement son budget dépendance (octroyé par le conseil départemental) diminuer, ce qui entraînera ainsi un impact sur les effectifs financés par cette enveloppe. Le constat est exactement le même concernant les besoins en soins des résidents, évalués *via* la coupe Pathos (le PMP étant alors l'équivalent pour le soin du GMP) et conditionnant le budget soins financé par l'ARS. *A contrario*, un niveau

¹⁸ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹⁹ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, article 57.

de dépendance/de soin des résidents qui augmenterait fortement sans que les moyens en personnels soignants n'évoluent à leur tour à la hausse entraînerait une importante dégradation de la qualité d'accompagnement procurée aux résidents et des conditions de travail des professionnels. C'est pourtant une situation régulièrement rencontrée par les établissements, qui y répondent en augmentant la charge de travail des professionnels en poste, en faisant « glisser » des postes de non-soignants vers des postes de soignants (personnel faisant fonction, glissement de tâches) ou en recourant à l'emploi précaire (contractuels, contrats aidés, etc.) faute de pouvoir créer des postes pérennes dans le cadre d'une reconnaissance contractuelle de ces évolutions avec les autorités de tutelle.

La stratégie de « sélection » des résidents entrants est conditionnée par différents facteurs : niveau de concurrence existant sur le territoire, capacité des équipes à prendre en charge des résidents lourdement dépendants ou présentant des besoins en soins très importants, mais aussi climat social de l'EHPAD, tarifs proposés... Ces éléments impactent l'attractivité de l'EHPAD et, par effet domino, son taux d'occupation ou sa capacité à « sélectionner » les résidents nouvellement accueillis.

Une distinction revendiquée entre prise en charge médico-sociale et sanitaire

Les réformes n'apparaissent pas toujours pleinement comprises et appropriées par les professionnels, même si leurs conséquences sont perçues de manière prononcée. Les professionnels interprètent tendanciellement cette évolution vers une plus grande médicalisation comme un passage depuis un lieu de vie vers une institution à vocation sanitaire, voire hospitalière. Cette analyse va de pair avec un sentiment de désenchantement, de détachement de l'individu vis-à-vis d'un fonctionnement qu'il perçoit comme insatisfaisant du point de vue de l'usager comme du sien.

En effet, l'hôpital, à l'inverse de l'établissement d'hébergement, est souvent considéré par les professionnels comme étant une « machine » inhumaine, impersonnelle, froide. En termes de conditions de travail, l'hôpital évoque également pour les soignants d'EHPAD la prégnance des hiérarchies et de moindres possibilités d'expressions. Au contraire, l'EHPAD, aux yeux des professionnels, doit rester un lieu de vie chaleureux, où le résident comme le professionnel sont connus et reconnus. La revendication du caractère « familial » de l'établissement, et des enjeux de protection de cette dimension, est ainsi très fréquente. Elle l'est d'autant plus que l'établissement est de petite taille ou que les professionnels se reconnaissent dans un « historique », voire une « histoire », de l'établissement.

« Ici, c'est familial. La dynamique est positive. On a la confiance des familles. Mais j'ai l'impression qu'on veut nous l'enlever. On va vers de l'hospitalier. Par exemple, la blouse, c'est un bon exemple ça la blouse : c'est l'hôpital la blouse, pas la maison de retraite. » Amélie, AVS sur un poste d'ASH, 31 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 10 ans.

« Je suis venue en EHPAD après avoir passé du temps à l'hôpital, je n'avais pas un réel contact avec les patients. Les soins sont très techniques en réanimation mais finalement on ne connaît jamais les gens. En EHPAD, les résidents et les familles nous connaissent, ils ont besoin de nous. Ils sont déracinés donc ils ont besoin de repères. On est leurs repères. On se sent efficace et utile. » Virginie, IDE, 49 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 8 ans.

Cette conception est pourtant sans cesse heurtée par les évolutions du public présentées précédemment : comment proposer un accompagnement personnalisé et de qualité à un résident qu'on n'aura pas eu le temps d'apprendre à connaître ? Comment favoriser le maintien des capacités d'une personne grabataire ou démente ? Dans le même temps, les cadences de travail sont présentées comme en forte augmentation et contraignent les personnels à limiter le temps consacré à chaque résident.

Des carrières soignantes caractérisées par une faible mobilité professionnelle

La revendication par les professionnels de la distinction entre prise en charge médico-sociale et sanitaire s'illustre également dans le relativement faible nombre de trajectoires de mobilité professionnelle entre EHPAD et hôpital.

De manière générale, les professionnels soignants exerçant en EHPAD et plus largement en secteur gériatrique soulignent la réputation défavorable dont ils souffrent auprès des autres soignants. Réputés moins techniques sur les actes de soins, moins polyvalents, moins performants : l'exercice auprès des personnes âgées est entaché de soupçons, qu'il s'agisse des IDE ou des AS et AMP.

Trois explications sont mobilisées :

- Le travail en EHPAD ou en gériatrie serait à l'origine de la moindre compétence des professionnels, du fait de la faible diversité supposée des actes de soins réalisés et de la prime à la compétence relationnelle.
- Les soignants moins performants seraient systématiquement orientés vers la gériatrie ou ne seraient pas incités à exercer ou rester dans d'autres services de soins généraux. À cet égard, certains cadres soignants exerçant en EHPAD publics rattachés à un établissement hospitalier ont pu témoigner de leur sentiment que l'EHPAD constitue le « parent pauvre de la santé » et de ce fait se voit affecter « le fond du panier » des professionnels soignants exerçant dans l'établissement. Dans certains cas, l'affectation en EHPAD a même pu être présentée comme une sanction exercée à l'égard d'un agent mal perçu par sa hiérarchie ou ayant commis des erreurs professionnelles.
- Les professionnels ayant exercé en EHPAD avant d'acquérir leur qualification au travers de la validation des acquis de l'expérience (VAE) ne seraient pas attractifs car ils n'auraient pas acquis les compétences nécessaires à l'exercice soignant dans d'autres spécialités, et notamment au sein du secteur sanitaire. C'est également le cas pour certains soignants ayant accédé à la qualification d'AS ou d'AMP via la promotion professionnelle et qui, dans le cadre de la formation clinique, n'ont réalisé de stages qu'en établissement médico-social.

Par conséquent, les professionnels exerçant en EHPAD connaissent peu de mobilités professionnelles vers le secteur hospitalier²⁰. Toutefois, si celui-ci est rétif à les intégrer, ils sont également nombreux à se défendre de vouloir intégrer un service de soins classique. Là encore, les arguments opposant secteur sanitaire et médico-social sont mobilisés par les professionnels, sans qu'on puisse déterminer s'il s'agit d'une défense face au rejet dont ils sont l'objet de la part de l'hôpital ou d'un véritable choix.

« J'ai connu l'hôpital et je ne veux surtout pas y retourner. Il y a des très bons services mais c'est trop l'usine. Ici en EHPAD on s'occupe de toute la vie des résidents, alors qu'à l'hôpital il y a moins cette notion de suivi et d'accompagnement dans tous les actes de la vie. » Laurence, 37 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 6 ans.

« On se sent davantage reconnu par nos résidents pour notre travail que le sont les soignants en hôpital par leurs patients. On fait ce métier parce qu'on l'aime et qu'on l'a choisi malgré tout. » Céline, AVS, 28 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 3 ans.

Ce point doit être nuancé pour les infirmiers. Compte tenu de la difficulté à accéder à des postes pérennes constatée dans certaines régions pour les jeunes professionnels, l'affectation en EHPAD peut être subie plutôt que choisie, notamment pour un premier poste. Dans ces situations, la mobilité vers d'autres établissements du secteur médico-social ou vers le sanitaire est plus fréquemment souhaitée par les professionnels, notamment les plus jeunes.

Les mobilités entre EHPAD sont également peu nombreuses. Si les professionnels exerçant en établissement privé à but lucratif soulignent la faiblesse de leur rémunération et de certains aspects relatifs à leur statut, notamment vis-à-vis des avantages supposés du secteur public (retraite à 57 ans dans le public contre 62 ans dans le privé pour les aides-soignants, barèmes de rémunération plus intéressants, absence de jours de carence en cas d'absence pour raison de santé, etc.), ils soulignent également, à rebours des idées reçues, que les conditions de travail leur paraissent plus dégradées dans le public, notamment hospitalier.

²⁰ Il semble que ce soit également le cas vers l'exercice libéral, mais ce point n'a pas été creusé au cours de l'étude.

« Je ne veux pas aller dans le public car les droits que les anciens ont eus, je ne suis pas sûr qu'on les aura encore quand on sera à l'heure de la retraite. Est-ce qu'il y a vraiment un avantage à aller dans le public ? Peut-être aujourd'hui mais à l'avenir je ne suis pas sûre. » Stéphanie, 32 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 4 ans.

Au-delà de ces éléments, il apparaît que le statut juridique de l'EHPAD (privé à but lucratif ou non, public hospitalier ou non) ne constitue pas véritablement un critère de sélection pour les soignants au moment de la recherche d'emploi. Seul le souhait de travailler en EHPAD et l'existence de critères personnels (distance du domicile, rapprochement du conjoint, reconversion professionnelle, etc.) constituent des déterminants de la candidature en EHPAD. Cela s'ajoute à une dynamique de l'emploi local parfois limitée qui restreint la possibilité du professionnel de « choisir » l'EHPAD dans lequel il pourrait travailler.

« On se pose pas la question du statut, c'est déjà assez dur de trouver du boulot. » Clara, 25 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 2 ans et demi.

« Je voulais venir travailler en EHPAD pour découvrir la manière dont ça fonctionne et la manière dont on y travaille. Le statut de l'EHPAD n'était pas un critère pour moi : j'ai déjà travaillé dans le public comme dans le privé donc ça n'avait pas d'importance. » Karine, 55 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 5 ans.

« Pour être honnête, je n'ai pas d'attachement particulier à l'idée de service public mais plutôt un attachement au travail dans cet établissement et à ses résidents. » Séverine, IDE, 36 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 2 ans.

Un fonctionnement sous contrainte de qualité

Le développement de la traçabilité des actes de soins et des procédures Qualité

Les évolutions réglementaires des dernières années ont institutionnalisé et généralisé le développement de pratiques de traçabilité des actes de soins et le déploiement de démarches et de « procédures Qualité » dans les établissements et services médico-sociaux. La loi 2002-2 promeut notamment ces orientations, dans l'objectif de garantir les droits de l'utilisateur au moyen de la mise en place de sept outils spécifiques : livret d'accueil, charte des droits et libertés, règlement de fonctionnement, contrat de séjour, médiateur ou conciliateur, conseil de la vie sociale ou autres formes de participation, projet d'établissement ou de service. Elle introduit également une obligation d'évaluation interne et externe, dans la perspective de développer une culture d'amélioration continue de la qualité des prestations.

Outre cette loi, un nombre croissant de contraintes réglementaires (par exemple : réglementation du circuit du médicament) et de recommandations (HAS ou ANESM²¹, par exemple : l'usage de la contention) sont venues encadrer le fonctionnement des établissements afin de garantir l'autonomie de l'utilisateur et la protection de ses droits.

Par ailleurs, l'introduction de l'outil Pathos pour évaluer la charge en soins des résidents de l'EHPAD, et donc son niveau de dotation de l'enveloppe de financement du soin, a conduit les équipes soignantes à devoir modifier leurs pratiques. En effet, l'outil Pathos s'appuie sur les éléments inscrits dans le dossier individuel de soin du résident. Ainsi, tout acte de soin constitue une preuve nécessitant d'être « tracée », c'est-à-dire reportée et écrite, dans le dossier du résident. En cas de traçabilité défectueuse ou non réalisée, les besoins de soins dudit résident ne pourront être établis ni retenus par l'évaluateur Pathos, induisant mécaniquement une diminution du nombre de points du PMP. Et par là même une baisse de la dotation de financement du soin pour l'établissement.

²¹ Haute autorité de santé et Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Ces évolutions s'accompagnent de changements culturels parfois difficiles à accepter pour les professionnels, notamment pour ceux qui présentent l'ancienneté la plus importante : passage d'une culture de l'oral à une culture de l'écrit, passage des supports papiers aux supports dématérialisés. Il convient à cet égard de souligner l'introduction progressive des nouvelles technologies au sein d'une minorité d'établissements, au service notamment de la traçabilité des actes et des prises en charge. Certains établissements ont ainsi équipé les chariots des soignants de tablettes informatiques dédiées au recueil des transmissions ciblées et à la présentation du plan de soin de chaque résident.

Les notions d'individualisation de la prise en charge et de développement continu de la qualité sont aujourd'hui largement partagées par les professionnels rencontrés. Néanmoins, les nouvelles pratiques promues par la réglementation sont davantage interprétées à l'aune de leur caractère formel. Ainsi, les évolutions récentes sont appréhendées sous un triple angle par les professionnels :

- D'une part, elles sont perçues comme l'introduction de tâches supplémentaires et de temps de travail non consacrés à la prise en charge du résident et donc non essentiels. Pour de nombreux professionnels, ces nouvelles pratiques ne font pas partie du cœur de métier et sont donc inutiles.

« Les démarches qualité viennent juste déculpabiliser les hautes sphères mais en vérité ça sert à rien. »
Claire, AS, 44 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 16 ans.

- D'autre part, ces tâches ont été progressivement intégrées dans la journée de travail mais sont réalisées en substitution d'autres missions car le nombre de résidents à accompagner par professionnel et les tâches à réaliser restent les mêmes. La prise en compte de ces évolutions s'est faite à moyen constant. Une frustration a pu naître du décalage entre les objectifs donnés (que ce soit à l'échelle nationale ou institutionnelle) et les moyens alloués, que de nombreux professionnels interprètent comme une forme d'hypocrisie, car si la qualité semble promue sur la forme, elle ne peut être mise en œuvre effectivement faute de moyens à y consacrer.

« Nous avons beaucoup de travail administratif, ce qui a un impact sur la qualité des soins dans la mesure où le temps passé sur ces tâches est du temps perdu sur le soin. » Séverine, IDE, 36 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 2 ans.

- Enfin, les enjeux de traçabilité et de qualité ont pu être vécus comme un manque de confiance dans le travail réalisé par les professionnels. À titre d'exemple, dans le cadre d'une prise en charge qu'ils estiment personnalisée, à la fois réfléchie collectivement et mise en œuvre à l'échelle de chacun, les professionnels ne voient pas l'intérêt de mettre par écrit ce qui existe déjà dans le cadre d'un savoir partagé.

Les différentes professions ne sont pas concernées au même titre par ces évolutions, même si ce ressenti est prononcé chez tous les soignants rencontrés. Ainsi, les AS, AMP et AVS sont essentiellement chargés de mettre par écrit leurs observations dans le cadre des transmissions ciblées. Les IDE sont davantage concernés par ces enjeux de traçabilité : l'augmentation des tâches « administratives » les concerne prioritairement. Les avis sont néanmoins relativement partagés face à ce constat, certains y voyant une perte de sens vis-à-vis des missions principales de l'infirmier en EHPAD ; d'autres valorisent ce travail et les temps institutionnels qui viennent encadrer l'accompagnement offert aux résidents.

L'impact sur les conditions de travail du développement des enjeux liés à la traçabilité des actes de soins et aux démarches qualité reste néanmoins à géométrie variable selon l'ancienneté des professionnels rencontrés. En effet, les soignants ayant obtenu leur diplôme au cours des années 2000 ont constamment été sensibilisés et formés à ces enjeux, et les considèrent le plus souvent comme partie intégrante des missions en EHPAD. En revanche, le constat est moins marqué pour les soignants les plus anciens, qui ont dû se former progressivement à ces nouvelles pratiques, venant réinterroger les manières de faire traditionnelles.

« Ça prend du temps de tout tracer, mais ça fait partie du travail. Depuis que je travaille et dans ma formation, on intègre les logiques de traçabilité. On est conditionné à ça, ce n'est pas le cas des soignants les plus anciens. » Camille, 32 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 4 ans.

Au-delà de la charge de travail nécessairement liée aux enjeux de traçabilité, ceux-ci commencent progressivement à être perçus comme un moyen de sécuriser l'accompagnement proposé aux résidents. En effet, les familles sont décrites comme étant de plus en plus procédurières, faisant courir un risque supplémentaire sur les soignants. La traçabilité est donc vue comme un moyen de se protéger face à un risque de contentieux.

« Aujourd'hui les familles sont de plus en plus procédurières. J'ai eu une mauvaise expérience où une famille a déposé plainte contre l'EHPAD, et mon équipe était directement concernée. Grâce aux transmissions, on a pu prouver que nous n'étions pas en tort et que tout le monde avait bien fait son travail. Depuis, je sensibilise tout le monde à l'intérêt de la traçabilité ! » Laurence, 37 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 6 ans.

Ces constats sont moins fortement prégnants dans les établissements présentant une maturité dans la mise en œuvre de ce type de démarches. L'impulsion institutionnelle apparaît ainsi déterminante dans l'appropriation de ces notions, de même que l'inclusion des professionnels dans la définition des pratiques au travers de démarches participatives.

Des nouveaux modes de fonctionnement susceptibles d'améliorer les conditions de travail

Les évolutions dans le fonctionnement et la gestion des établissements peuvent néanmoins également contribuer à l'amélioration des conditions de travail des professionnels soignants en EHPAD. Deux exemples peuvent ainsi être mis en exergue : les temps de coordination et les nouvelles pratiques de « management participatif ».

Les temps de coordination, principalement les temps quotidiens de transmission au cours desquels les informations essentielles concernant les résidents sont transmises au moment du relai entre deux équipes, mais aussi les réunions de synthèse ou d'équipe, apparaissent aujourd'hui pleinement intégrés dans les pratiques des professionnels. S'ils sont régulièrement décrits comme manquant de cadre de référence (comment déterminer les informations devant faire l'objet d'une transmission et les restituer d'une manière synthétique) et sujets à débordement dans le temps, ils sont très majoritairement présentés comme indispensables à la qualité du travail fourni, mais aussi comme un moyen de (re)créer de la cohésion d'équipe et de donner du sens aux pratiques tout en valorisant le travail des professionnels.

« Aujourd'hui, le risque, c'est que chacun fasse à sa sauce. Ça manque de communication [depuis le renouvellement de l'équipe]. On a besoin de se parler plus, on a besoin de réunions d'équipe, ça existait avant avec toute l'équipe, sauf les veilleurs de nuit, mais plus maintenant. Du coup, aujourd'hui, c'est plus difficile d'engager le dialogue, de dire les choses, il y a beaucoup de non-dits et de malentendus. » Marie, AS, 33 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 5 ans.

Les outils du « management participatif », notamment pour associer les professionnels à des projets collectifs thématiques donnant lieu à la réunion de groupes de travail sur plusieurs semaines ou plusieurs mois (par exemple : prévention de la maltraitance ou élaboration du projet d'établissement) ou encore les pratiques de consultation du personnel (par exemple : enquête sur la qualité de vie au travail), sont valorisées par les professionnels, y compris lorsqu'elles n'ont pas été mises en place. En amont, un accompagnement pédagogique des professionnels à la compréhension de la plus-value de ces temps de travail collectifs peut être important.

Ces pratiques favorisent ainsi une plus grande implication individuelle des professionnels dans la structure. Elles restent néanmoins minoritaires dans les établissements visités (à l'exception des temps de transmission au moment des changements d'équipe), quel que soit leur statut juridique. En effet, elles requièrent des ressources souvent rares dans les établissements : du temps et une réelle impulsion au niveau de la direction ou de l'encadrement.

Des exigences accrues en matière de qualification

L'importance récente du diplôme, malgré une porosité forte des fonctions

La médicalisation de la prise en charge en EHPAD est allée de pair avec l'inscription d'objectifs en matière de qualification du personnel, celle-ci étant garante de la qualité des soins apportés aux usagers fragiles.

Bien que le contenu des tâches de chacune des fonctions représentées en EHPAD soit défini avec précision et fasse l'objet d'une budgétisation propre, dans une majorité d'établissements, des professionnels titulaires de diplômes différents se voient confier des tâches identiques, voire occupent des métiers similaires (encadré 7). Dans la grande majorité des établissements rencontrés, les aides-soignants et les aides médico-psychologiques occupent les mêmes postes et sont « interchangeables » dans l'accompagnement quotidien des résidents²². Il s'agit presque toujours d'actes de nursing, relevant donc de la catégorie des soins apportés à des personnes fragiles. Des glissements de tâches s'effectuent ainsi « vers le bas », depuis les aides-soignants vers les agents de service ou les AVS, mais également, de manière plus surprenante, « vers le haut », depuis les aides-soignants vers les IDE. Les problématiques associées ne sont pas les mêmes dans les deux cas puisque dans le premier, il s'agit de tâches dont la réalisation est autorisée aux seuls personnels qualifiés mais qui sont effectuées par des personnels non diplômés, tandis que dans le second cas, il s'agit de tâches qui n'entrent *a priori* pas dans les missions d'une infirmière mais qui lui sont déléguées par les équipes aides-soignantes. La tâche glisse vers un grade inférieur d'une part, vers un grade supérieur d'autre part.

ENCADRÉ 7 - LES GLISSEMENTS DE TÂCHES OBSERVÉS AU SEIN DES EHPAD DE L'ÉCHANTILLON

À l'échelle de l'échantillon des EHPAD ayant accepté de participer à la démarche, il apparaît que ce sont majoritairement les EHPAD publics hospitaliers et non hospitaliers qui sont concernés par des glissements de tâches. En effet, sur les 30 établissements visités, seuls 2 EHPAD privés à but lucratif (sur 7) et 2 à but non lucratif (sur 8) connaissent des glissements de tâches réguliers et continus. Pour les autres EHPAD privés, les glissements de tâches sont limités à certaines situations ou périodes (le week-end ou la nuit) ou inexistant.

En revanche, les EHPAD publics hospitaliers et non hospitaliers sont quasiment tous concernés par des glissements de tâches entre AS et ASH, y compris un EHPAD au sein duquel les glissements de tâches répondent à des logiques de promotion professionnelle des ASH en tant qu'AS. Pour tous les autres, ces glissements sont courants et continus, et peuvent entraîner une indifférenciation des postes d'ASH et d'AS. Néanmoins, la plupart des établissements restent vigilants à s'assurer qu'au moins un agent diplômé (AS) soit intégré à chaque équipe.

Tendanciellement, ce sont les personnels caractérisés par une ancienneté importante qui apparaissent les plus concernés par ces situations, mais des glissements de tâches « vers le bas » notables ont également pu être observés parmi de jeunes professionnels. Ces situations ne sont donc pas systématiquement liées à une personnalité ou une histoire, mais peuvent être le résultat d'un fonctionnement organisé autour du partage des tâches de nursing entre les différentes fonctions. Ces situations ne sont pourtant pas interprétées de manière similaire selon les établissements.

Dans une première catégorie d'établissements, les glissements de tâches « vers le bas » font l'objet de critiques sous l'angle de la qualité du service rendu à l'usager. Le diplôme est ainsi présenté comme le gage d'une compétence dont seraient dépourvus les personnels non diplômés, y compris les plus expérimentés. Les ASH témoignent également d'une insécurité dans la réalisation des tâches de nursing en s'interrogeant sur le contenu et l'apport des formations relatives à ces tâches et qu'elles n'ont donc pas reçues, mais aussi sur l'engagement de leur responsabilité lors d'un incident ou accident pouvant survenir lors de la réalisation de ces tâches. Ce sentiment d'insécurité se trouve renforcé lorsque le soutien de professionnels qualifiés est faible à certains moments de la journée (après-midi, nuit) ou de la semaine (week-end).

« C'est inadmissible que l'institution laisse des personnes sans formation auprès des résidents : ça fait prendre des risques à tout le monde. » Émilie, AS, 25 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 2 ans.

²² Ces enjeux sont approfondis ci-dessous et dans la dernière partie sur la complémentarité ou la concurrence entre professionnels.

Dans une seconde catégorie d'établissements, les glissements de tâches « vers le bas » sont revendiqués comme un partage des tâches « valorisées » (les soins aux résidents, en opposition aux tâches d'entretien des locaux) entre personnels dont le niveau de compétence n'est pas question. Plus encore, ces pratiques sont présentées comme un gage de solidarité et d'entraide entre catégories, souvent dans des établissements où les différences entre fonctions n'ont jamais fait l'objet d'un message porté par la direction.

« Ici, c'est pas comme dans les autres EHPAD où les ASH ne font pas de soin. Mais c'est historique, parce que les AS se sont battus pour que les ASH continuent à faire du soin. On ne fait pas de différence, l'idée, c'est de s'entraider. Les ASH ne se voient pas faire que du ménage. Et puis on ne pourrait pas faire autrement de toute façon, il n'y a pas assez d'AS. Ça n'a jamais créé de problèmes ici, ça fait de la solidarité. Dans les autres EHPAD, il y a une vraie différence, il y a une hiérarchie, c'est séparé. Le seul souci, c'est que les ASH font le travail d'une AS, sans avoir le salaire. » Juliette, AS, 31 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 9 ans.

Dans les deux cas, les personnels sans diplôme soulignent l'iniquité salariale et indemnitaire de cette situation, les enjeux associés en termes d'accès à la retraite et le sentiment de déconsidération institutionnelle dont ils estiment être l'objet. Ce constat doit toutefois être nuancé en fonction des perspectives d'évolution des professionnels : une ASH faisant fonction d'AS engagée dans un parcours de VAE valorisera sa situation dans une perspective de progression professionnelle et d'entraînement à l'obtention du diplôme. La perception observée dépend enfin également du caractère obligatoire ou volontaire que revêt le glissement de tâches pour chaque professionnel.

Une fonction récente qui peine à trouver sa place : aide médico-psychologique

De manière quasi systématique, aides-soignants et aides médico-psychologiques réalisent les mêmes tâches en EHPAD et sont alignées sur des éléments de rémunération identiques. Pour autant, le diplôme de ces derniers ne les prépare *a priori* pas à des tâches de nursing proprement dites, mais garantit des compétences spécifiques en matière d'accompagnement psychologique, notamment des personnes souffrant de troubles neurodégénératifs ou de démences. De fait, ils sont plus souvent affectés au sein des unités protégées.

Dans un petit nombre d'établissements, il a été relaté que l'arrivée d'AMP dans les équipes a pu questionner voire déranger. Des soupçons quant aux compétences des AMP ou un sentiment de concurrence ont notamment pu être formulés par des AS. Ce constat a pu être d'autant plus marqué que les AS étaient issues d'une carrière préalable en filière sanitaire. Aujourd'hui la présence des AMP s'est généralisée dans de nombreux établissements et les tâches demandées et réalisées sont très souvent les mêmes, quel que soit le diplôme d'origine.

Si dans certains établissements, les aides-soignants déclarent ne pas identifier la plus-value spécifique des AMP en soulignant la confusion des postes entre les deux diplômes, dans d'autres, les professionnels mettent en évidence la pertinence d'une formation spécifique et donc d'un regard différent et complémentaire dans la prise en charge. Ce point semble s'expliquer au moins en partie par les pratiques managériales en vigueur dans chaque établissement, par exemple lorsque les compétences des AMP sont singularisées par l'encadrement.

« Après les toilettes, les résidents sont réunis sur le petit palier. Nous on s'occupe pas d'eux, il faudrait une AMP pour le faire. » Laura, AVS sur un poste d'ASH, 28 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 10 ans.

Les AMP, forts de cette spécificité, sont néanmoins susceptibles d'éprouver de la frustration quant aux missions relationnelles qu'ils n'ont pas la possibilité de mettre en œuvre. Plus encore que les autres professionnels soignants, ils considèrent naturellement que leur formation et leurs compétences les destinent à des missions d'accompagnement, de stimulation, voire d'animation, qu'ils n'ont pas plus que les autres professionnels le temps de remplir. Dans au moins un établissement visité, les deux AMP représentés dans l'effectif faisaient fonction d'animateurs tout en étant recrutés sur un poste de soignant (par conséquent rémunérés sur un échelon moindre que des professionnels titulaires d'un diplôme d'animation), disposaient d'horaires spécifiques, mais étaient susceptibles de suppléer à tout moment à l'absence d'un AS.

Des parcours de formation et de qualification diversifiés

Dans l'ensemble des établissements visités, un plan de formation continue est défini et mis en œuvre. Les formations proposées correspondent en grande majorité aux priorités institutionnelles définies par la direction ou l'encadrement, même si une place est régulièrement laissée aux demandes plus spécifiques des professionnels. Un panel constitué d'un certain nombre de formations obligatoires ou non constitue le cœur du programme de formation tel qu'il a été constaté dans les établissements, visant à l'amélioration des pratiques professionnelles et dans une moindre mesure à la prévention des risques professionnels :

- Bientraitance
- Accompagnement à la fin de vie, soins palliatifs
- Prise en charge de la douleur
- Communication non verbale
- Gestion de l'agressivité, gestion des conflits
- Prise en charge des démences et troubles cognitifs, maladie d'Alzheimer
- Toucher massage
- Assistant de soins en gérontologie (ASG) [encadré 8]
- Gestes et postures, manutention
- Élaboration des projets personnalisés
- Premiers secours, sécurité incendie

ENCADRÉ 8 - LA FORMATION D'ASSISTANT DE SOINS EN GÉRONTOLOGIE (ASG)

La formation d'Assistant de soins en gérontologie (ASG) est l'une des mesures du plan national Alzheimer 2008-2012 (dont l'arrêté a été publié au journal officiel du 16 juillet 2010), afin d'améliorer la qualification des personnels et la qualité de la prise en charge des personnes âgées atteintes de ces troubles.

Les aides-soignants et les aides médico-psychologiques occupant un poste auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées peuvent accéder à une formation de 140 heures pour obtenir la fonction d'assistant de soins en gérontologie, financée par l'établissement employeur (les établissements médico-sociaux pouvant solliciter la prise en charge financière proposée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie).

Il s'agit pour ces personnels d'être mieux formés à l'évaluation des besoins et à l'accompagnement des personnes en situation de grande dépendance ou atteintes de la maladie d'Alzheimer. Aussi, selon la fiche métier du ministère des Affaires sociales et de la Santé²³, l'ASG « contribue à l'évaluation des besoins de personnes âgées présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement. Il participe à la surveillance, à la prévention des complications et au soutien de ces personnes et de leurs aidants ».

Cette formation s'inscrit dans le développement d'unités protégées ou spécialisées dans la prise en charge des usagers atteints de ces pathologies (PASA – Pôles d'activités et de soins adaptés ; UHR – unités d'hébergement renforcé ; UCC – unités cognitivo-comportementales), qui nécessitent la présence d'un personnel formé à ces troubles.

Elle relève de la formation continue et ne constitue pas une qualification ou une certification supplémentaire.

De manière générale, les professionnels témoignent de leur accès effectif aux modules de formation continue. On note cependant un risque d'inégalité d'accès aux formations entre EHPAD de statuts différents, au regard du différentiel de taux de cotisation dédiée au financement de la formation professionnelle (2,9 % de la masse salariale dans le public hospitalier²⁴, 1 % pour les EHPAD relevant du privé²⁵ et de la Fonction publique territoriale²⁶).

Par ailleurs, les professionnels sont nombreux à questionner le caractère adapté des formations proposées, notamment lorsqu'ils ne pensent pas disposer des moyens leur permettant de mettre en œuvre les compétences

²³ Fiche métier disponible à l'adresse suivante : <http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/assistant-de-soins-en-gerontologie>

²⁴ <http://www.anfh.fr/etablissements/verser-les-cotisation-anfh>

²⁵ <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F22570>

²⁶ <http://www.collectivites-locales.gouv.fr/formation-des-agents-territoriaux>

acquises, à plus forte raison lorsqu'il s'agit de pratiques dites de confort (aromathérapie, balnéothérapie, socio-esthétique, méthode Snoezelen, réflexologie plantaire par exemple).

La promotion professionnelle ou la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) sont des parcours plus inégalement recherchés par les professionnels. Bien souvent, ils sont également difficiles d'accès pour des professionnels expérimentés mais dépourvus de diplômes. L'arbitrage met en balance le coût que représente la formation, en termes d'organisation personnelle, d'effort d'apprentissage, parfois de perte de salaire, au regard de ce qu'elle peut apporter, notamment concernant la revalorisation salariale, l'acquisition de compétences nouvelles ou encore l'accès à une promotion sociale au travers de la qualification.

Si l'amélioration des compétences est fréquemment mise en avant comme motivation première des professionnels s'étant qualifiés par le biais de la promotion professionnelle, les enjeux de sécurisation du parcours professionnel, notamment en perspective de la poursuite de leur carrière, paraissent également déterminants. Enfin, il convient de souligner que les opportunités d'accéder à la promotion sont toutefois très fortement déterminées par les orientations stratégiques de l'établissement en matière de politique de qualification et de soutien de la hiérarchie.

■ DES MÉTIERS JUGÉS DIFFICILES ET ÉPROUVANTS PAR LES PROFESSIONNELS SOIGNANTS

Des organisations en tension : un équilibre à trouver entre réponses aux besoins individuels et contraintes imposées par la vie en collectivité

Une organisation définie par la réponse aux besoins physiologiques

Des réponses aux besoins du quotidien au cœur des missions soignantes

Le contenu du travail des différents métiers soignants en EHPAD apparaît très homogène d'un établissement à l'autre. Il s'agit de répondre aux besoins primaires des résidents à travers l'aide humaine et la dispensation de soins. Les types de réponses aux besoins primaires, principalement apportés par les aides-soignants, sont les suivants :

- Dormir : aide au coucher et au lever, mise au lit pour la sieste ;
- S'habiller : choix et préparation des tenues, aide à l'habillage ;
- Se nourrir : préparation de plateaux pour les résidents qui prennent leur repas dans leur chambre, accompagnement à la salle à manger, dispensation des collations, aide au repas ;
- Éliminer : change, mise aux toilettes ;
- Se laver : aide à la toilette (au lit ou au lavabo), douche ou bain ;
- Se déplacer : aide à la marche, mobilisation, transfert, accompagnement aux activités ou rendez-vous extérieurs
- Se soigner : distribution des médicaments, pansements, dialyse, constantes, etc.

Ces tâches sont en permanence à renouveler, *a minima* sur une base hebdomadaire pour les douches, jusqu'à plusieurs fois par jour pour les changes et les repas par exemple. En outre, elles contribuent à la mise en place d'une temporalité spécifique au travail soignant, chaque plage horaire de la journée étant consacrée à la réalisation de certaines tâches, qui ne pourraient pas l'être à un autre moment, et sans pour autant que d'autres tâches puissent leur être substituées (exemple : les repas, les levers et les couchers). Chaque catégorie de professionnels est confrontée à cette temporalité, même si celle-ci lui est spécifique du fait de la répartition des tâches. À titre d'exemple, les repas constituent une plage horaire contraignante pour les AS/AMP/ASH chargés de l'aide à l'alimentation mais aussi pour les IDE chargés de la distribution des médicaments.

Deux dimensions pourraient apparaître, d'un point de vue extérieur, prégnantes en termes de conditions de travail : le caractère d'une part répétitif du travail soignant, d'autre part ingrat et peu noble des tâches réalisées. Il convient à cet égard de noter que les professionnels ne partagent pas le point de vue selon lequel ils se chargeraient d'un « sale boulot » (voir encadré 9 sur la notion de « sale boulot » dans la sociologie du travail). C'est comme si la noblesse de l'objectif de la prise en charge (accompagner les personnes âgées, « prendre soin de nos aînés ») prenait le pas sur les actes à réaliser pour y parvenir (faire des toilettes, des transferts, aider au repas).

ENCADRÉ 9 - LA NOTION DE « SALE BOULOT » DANS LA SOCIOLOGIE DU TRAVAIL

La profession d'aide-soignante, exercée par la majorité des professionnels soignants en EHPAD, a fait l'objet d'un travail d'analyse spécifique conduit par la sociologie du travail, dans la lignée des recherches engagées par le sociologue américain E. C. Hughes autour de la notion de « sale boulot ». Si ce travail porte principalement sur l'exercice de cette profession à l'hôpital, les constats semblent en grande partie transposables en EHPAD, malgré quelques spécificités liées aux tensions déjà soulignées entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Ce travail contribue à la compréhension des mécanismes sociaux en cours dans les organisations sanitaires et médico-sociales en proposant une description du métier d'aide-soignant comme profession dominée dans le cadre d'une hiérarchie des métiers soignants, constituée historiquement avec la création formelle et progressive des différents métiers. « Travailler aux côtés de professionnels, c'est, pour les professions dominées comme les aides-soignants, s'exposer à se voir renvoyer en permanence sa propre image en négatif, et assumer au quotidien sa subordination inscrite dans la hiérarchie » (Arborio, 1995, p. 105).

L'hypothèse sous-jacente à cette analyse est celle d'une hiérarchie des tâches selon leur degré de prestige. Les tâches des aides-soignantes, catégorie professionnelle récente puisque née au début des années 1950, sont ainsi celles qui historiquement ont été déléguées par les infirmiers. Elles correspondent au « dirty work » ou « sale boulot » décrit par E. C. Hughes, un travail qui ne requiert aucune compétence. « La définition formelle des tâches de l'aide-soignante, si elle reste floue, la range du côté des professionnels du soin en lui faisant partager les mêmes espaces, le même « matériau », mais sans partager pour autant les prestiges du statut. C'est peut-être même, au contraire, la prise en charge du travail délaissé comme indigne, ordinairement associé à une position de subordination, qui semble faire l'unité de l'ensemble composite des tâches qui incombent à l'aide-soignante. » (Arborio, 1995, p. 99)

La notion de « sale boulot » est d'abord une notion relative, faisant référence aux tâches qui ont été déléguées par la catégorie immédiatement supérieure. Dans le cas des aides-soignantes, cette notion apparaît également absolue, puisqu'il s'agit de tâches en lien avec les déchets, les déjections du corps, etc. Comme le constate Anne-Marie Arborio dans son ouvrage sur la profession aide-soignante, et comme en attestent également les entretiens menés dans le cadre de l'étude, les professionnels ont peu tendance à évoquer cet aspect de leur travail. Au contraire, ils mettent l'accent sur le relationnel avec le résident, les échanges, la convivialité, etc. « Les aides-soignantes privilégient cet aspect sans doute parce que c'est une façon commode et valorisante de résumer le contenu de leurs tâches composites devant autrui » (Arborio, 1995, p. 107). Par ce processus, décrit par la sociologie comme un retournement du stigmate, elles font du « sale boulot » (et sans jamais l'évoquer de manière aussi explicite) la principale ressource pour valoriser leur position : c'est grâce à cet accès à l'intimité du résident, à cette proximité, à cette présence continue, qu'elles peuvent développer de telles relations privilégiées. À l'inverse, la figure de l'IDE est décrite comme coupée du terrain, enfermée à la fois physiquement, dans son bureau, et mentalement, dans ses gestes de soins dits « techniques ».

Un dernier point mérite d'être souligné : contrairement à ces gestes « techniques », les missions dévolues aux aides-soignantes relèvent de tâches de type domestique. Elles entrent ainsi en résonance avec d'autres représentations sociales, notamment celles relatives à la division des tâches entre les femmes et les hommes. Dans un métier quasiment exclusivement féminin, les aides-soignantes font ainsi face à la difficulté de valoriser des compétences qui, dans un autre registre, relèveraient de qualités « naturellement » associées à leur genre. Cette tension traverse les discours des personnes rencontrées, qui concilient difficilement leurs revendications en termes de compétences et de professionnalisme et la mobilisation de traits de caractère ou de qualités intrinsèques dans leur description du profil de l'aide-soignante type (bienveillance, empathie, patience, générosité, gentillesse, écoute, observation, etc.).

L'organisation du travail : entre tâches prescrites et réponses aux imprévus

Le contenu du travail soignant est déterminé par la réponse aux besoins d'accompagnement des résidents. Il s'organise de manière rationalisée, afin d'optimiser l'intervention de chaque professionnel et répondre au défi propre à ce type d'établissement : proposer un accompagnement individualisé dans un contexte de vie en collectivité (encadré 10).

ENCADRÉ 10 - LA NOTION D'INDIVIDUALISATION DE LA PRISE EN CHARGE

L'Agence nationale de l'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), créée en 2007 et chargée d'accompagner les ESSMS dans l'évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, précise dans l'une de ses Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) que « si la vie en collectivité génère des contraintes diverses (rythme de vie, hygiène, sécurité, horaires etc.), chaque personne doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement individualisé qui contribue au développement, au maintien ou au rétablissement de son autonomie²⁷ ».

La définition des missions de chaque professionnel soignant peut ainsi faire l'objet de fiches de poste, mais reste le plus souvent informelle, chacun ayant connaissance des tâches relevant de son poste, de la durée moyenne qui peut y être consacrée et des bornes horaires de sa réalisation. Cette maîtrise des tâches à réaliser peut être liée à l'ancienneté, au travail en équipe, à la formation des pairs (tutorat), à des stages ou des expériences professionnelles antérieures, etc.

²⁷ ANESM, RBPP « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », 2009.

Les professionnels disposent ensuite généralement d'une grande autonomie dans la réalisation concrète de leurs missions afin de répondre aux objectifs de personnalisation de la prise en charge (respecter les habitudes de vie de la personne et savoir répondre à un besoin ponctuel qui sortirait de l'ordinaire : organiser un réveil plus tardif après une mauvaise nuit par exemple) et répondre aux urgences et imprévus, sans mettre à mal l'ensemble de l'organisation. En effet, les imprévus apparaissent indissociables du travail auprès des personnes âgées dépendantes, qu'il s'agisse de la survenue d'un incident, d'une dégradation de l'état de santé, d'un besoin inopiné exprimé au moyen d'une sonnette, d'une « bêtise » réalisée par un résident dément, etc.

Concrètement, dans de nombreux établissements, les équipes d'AS, AMP, AVS et ASH faisant fonction présents le matin doivent réveiller, laver, faire le petit déjeuner et habiller un nombre de résidents dont elles ont la responsabilité avant que le déjeuner ne soit servi en salle commune ou en chambre à 12h. Mais charge à eux de s'organiser pour savoir quel professionnel s'occupe de quels résidents et dans quel ordre.

Cela implique que l'ordre dans lequel les tâches sont effectuées et la manière dont elles sont conduites peuvent être déterminés au jour le jour par chaque professionnel, encore une fois dans le respect des exigences de l'organisation, et autant que possible dans le cadre d'une prise en charge homogène, cohérente et individualisée du résident.

« Les derniers résidents on les choisit : il ne faut pas qu'ils rouspètent. » Lucie, AS, 49 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 27 ans.

Cette autonomie est ainsi ressentie comme un gage de confiance (et elle est souvent présentée comme telle par les encadrants) mais permet également aux professionnels d'être flexibles pour répondre au mieux aux besoins, demandes et imprévus. C'est aussi la raison pour laquelle ils n'estiment pas leur travail répétitif.

« On sait qu'à 12h tous les résidents doivent être lavés et habillés, et on fait en sorte de respecter ces objectifs. Après, on s'adapte pour gérer les imprévus et respecter autant que possible les besoins des résidents. » Stéphane, 49 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 11 ans.

« À partir du moment où les personnes sont prêtes à midi, on s'organise comme on veut. » Fabienne, 48 ans, AVS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 25 ans.

« On est autonome, ça serait dur de nous formater. Les journées ne se ressemblent pas. » Lucie, AS, 49 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 27 ans.

Autre élément mis en avant par les soignants : le travail n'est pas vécu comme répétitif car les professionnels ne s'occupent pas toujours des mêmes résidents. Même lorsque c'est le cas, ils n'ont pas les mêmes comportements d'un jour sur l'autre ou au cours d'une même journée. Le repérage des changements d'habitude et de comportement fait partie intégrante des qualités requises chez les professionnels soignants.

« On essaye d'être 4 jours d'affilée au même étage pour le suivi des résidents, mais on peut changer de chambres si on en a marre. Ça ne joue pas sur le résident car on est anciennes donc ils nous connaissent toutes. » Marie, AS, 46 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 16 ans.

« On est obligé de gérer de l'imprévu car ce sont des humains. » Nathalie, AMP, 32 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 8 ans.

Le caractère autonome du travail des soignants est renforcé par la relativement faible présence de l'encadrement et de la direction sur le terrain, aux côtés des professionnels. Si ce constat est majoritaire dans les établissements visités, il ne saurait pour autant être généralisé à l'ensemble des EHPAD. À titre de contre-exemple, un système de contrôle régulier du travail effectué par les soignants dans des chambres sélectionnées aléatoire-

ment, au regard de l'inventaire des tâches à réaliser (« classeur de soin »), a été mis en place par l'encadrement de l'un des établissements rencontrés.

Ce constat de l'organisation du travail entre répétition des mêmes actes et souplesse dans la réponse aux urgences ou priorités du jour s'applique à l'ensemble des catégories soignantes rencontrées, IDE comprises.

Pour autant, un petit nombre d'établissements se distingue par une rigidité beaucoup plus grande dans l'organisation du travail soignant, à travers un rythme immuable imposé aux résidents et aux professionnels : lever les résidents dans un ordre précis et donc non adaptable, s'occuper de telles « chambres » prédéterminées et non des résidents qui les occupent, etc. Cette organisation va à rebours des principes d'individualisation de la prise en charge prônée par une majorité de professionnels mais n'est pourtant pas foncièrement remise en cause dans les établissements en question. Ce constat invite à s'interroger sur l'interdépendance entre les cultures et valeurs professionnelles et les politiques institutionnelles : dans un établissement où une pratique minoritaire est portée institutionnellement, celle-ci est-elle mécaniquement intégrée par les professionnels ?

Dans certains établissements, des équipes sont constituées et les résidents sont répartis par l'encadrement en fonction de leur niveau de dépendance (dans une logique plus ou moins participative avec l'équipe). Ce travail est réalisé régulièrement afin de s'assurer d'une charge de travail équitable entre équipes. Cela étant, cette sectorisation implique des déplacements plus nombreux pour les professionnels car les résidents sont généralement répartis sur plusieurs étages, nécessitant des temps de déplacement plus importants, l'utilisation (et l'attente) des ascenseurs ainsi que la mobilisation contraignante des charriots.

Elle implique également une instabilité dans les équipes de travail, et donc un sentiment de moindre solidarité entre professionnels. L'instabilité a également des répercussions sur les résidents qui voient dans la journée et dans la semaine une multitude de professionnels. Pour les directions, il s'agit néanmoins et au contraire de permettre un suivi égal du résident, quel que soit le soignant présent, ou absent (cas des remplacements).

Des enjeux organisationnels moins affirmés dans les unités protégées

Si le public et la structure bâtementaire sont différents en unité protégée, les conditions de travail et les modes de fonctionnement associés s'avèrent également spécifiques. Les professionnels intervenant en unité protégée mentionnent régulièrement une plus forte autonomie dans leur organisation de travail. Ce constat est étroitement lié au temps de travail en vigueur : une majorité d'établissements organise le fonctionnement de ces unités avec un travail en 10h, 11h ou 12h. L'intervention des professionnels sur des plages horaires de 12 heures est décrite comme permettant une meilleure adaptation au rythme de vie et aux besoins du résident, avec un moindre séquençage des tâches, par exemple en rendant possible la réalisation d'une toilette l'après-midi. En effet, dans la mesure où la même équipe de soignants est présente sur une amplitude horaire plus importante, il existe moins d'enjeux de transmission ou de pression sur les horaires. En contrepartie les professionnels soulignent les difficultés à maintenir leur attention et leur professionnalisme pendant une durée de travail aussi longue, notamment lors de la troisième journée consécutive en 12h.

« Le travail en unité protégée est quand même moins contraignant : si un résident est aidé pour sa toilette à 11 heures plutôt qu'à 10 heures, cela n'aura pas d'impact particulier sur la prise en charge. » Marion, 27 ans, AVS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 1 an.

« Travailler en unité protégée sur un 12 heures laisse le temps de s'organiser et de découper la journée en fonction du rythme des résidents. » Corinne, 49 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 4 ans

« En unité protégée il y a plus de tâches à réaliser mais avec plus de temps pour s'en charger. On a donc plus de contacts avec les résidents que sur les unités d'EHPAD, ce qui est appréciable. » Morgane, AS, 27 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 4 ans

Les équipes fonctionnent en taille réduite et généralement par binôme ou trinôme (par exemple : une AS, une AMP, une ASH). Il existe de réels mécanismes d'entraide au sein de ces collectifs. La stabilité de l'équipe ou du binôme est également souvent présentée comme gage de qualité pour l'accompagnement des résidents mais

également de satisfaction pour les professionnels. Le secteur fermé génère parfois une forme d'organisation autonome du travail où les niveaux de qualification peuvent sembler moins déterminants ou pertinents. Certains soignants sont ainsi amenés à intervenir sur des tâches d'entretien des locaux pendant l'après-midi par exemple, ou encore des ASH réalisant les mêmes tâches que les AS.

En outre, une majorité de résidents présentent une autonomie physique plus importante sur différents aspects de la vie courante (hygiène, déplacements...) ²⁸. La charge physique est ressentie comme relativement moins importante par les professionnels, qui mettent en revanche en évidence l'importante charge psychologique. Face à un public différent, les contraintes imposées par l'organisation sont donc souvent perçues de manière amoindrie.

« Les résidents sont plus autonomes sur les actes de la vie quotidienne : ils nous aident dans les gestes quotidiens et mon travail porte plutôt sur la stimulation des sens. C'est un autre métier. » Maëva, 34 ans, AMP, en EHPAD public hospitalier depuis un an.

« Le travail en unité protégée entraîne moins de stress physique mais davantage de stress psychologique. En fin de compte, après être passé par l'unité protégée, il est souvent difficile de reprendre le rythme du travail en EHPAD qui est plus dense. » Laëtitia, AS, 31 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 8 mois

Le travail d'encadrement en EHPAD

Les soignants exercent leur activité sous l'autorité d'un cadre (que par commodité nous appellerons cadre de santé, ce qui correspond à la majorité des cas, bien qu'il puisse également être cadre socio-éducatif) et/ou d'un directeur d'établissement. Dans les EHPAD publics hospitaliers, il convient de noter que les directions se partagent fréquemment entre plusieurs établissements ou interviennent à l'échelle d'un pôle gériatrique, ce qui implique un lien plus ténu entre celles-ci et les équipes de terrain, notamment vis-à-vis d'établissements dotés d'une direction qui leur est propre.

La répartition des missions entre directeur et cadre de santé, lorsque les deux fonctions sont représentées, est déterminée par l'organisation propre de l'EHPAD. Schématiquement, la répartition suivante peut être proposée :

²⁸ Même si, comme évoqué plus haut, les résidents des unités protégées tendent à devenir dépendants sans que puisse être opéré un transfert dans une unité pour personnes âgées dépendantes.

| Cadre de santé | Directeur |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Il participe à l'élaboration et est responsable de la mise en œuvre, de l'évaluation et de la mise à jour des projets institutionnels (projet de soins, projet de vie, projet d'animation) et de la démarche qualité. - Il coordonne l'activité paramédicale, est garant de la qualité des soins dispensés et responsable de l'organisation des soins. - Il assure la planification de l'activité et des congés des professionnels et évalue les besoins en remplacement en cas d'absence. - Il est l'interlocuteur des professionnels tout au long de leur carrière : recrutement, accueil des nouveaux arrivés et des stagiaires, évaluation, recueil des besoins en formation, etc. - Il s'assure de la bonne transmission et traçabilité des informations au sein de l'équipe soignante. - Il participe à la gestion des locaux, équipements et matériels. - Il participe à l'admission de nouveaux résidents et intervient dans les relations avec les résidents, leurs proches ou leur mandataire judiciaire. | <ul style="list-style-type: none"> - Il est responsable de l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement et de la démarche qualité, il définit les priorités institutionnelles en fonction des moyens disponibles. - Il assure la gestion administrative, budgétaire et financière de l'établissement, notamment au travers de la négociation des tarifications et budgets avec les tutelles. - Il participe aux instances : conseil de vie sociale, conseil d'administration le cas échéant. - Il est l'interlocuteur et le représentant de l'établissement auprès des partenaires extérieurs et des acteurs locaux. - Il assure la gestion des ressources humaines : identification des besoins en compétences, définition des profils de poste, recrutement, définition du plan de formation, évaluation, gestion des conflits au sein du personnel, etc. - Il définit le fonctionnement de l'établissement. - Il assure les relations avec les résidents et leurs proches ou leur mandataire judiciaire. |

En fonction des établissements, ces missions occupent une place variable dans le quotidien de ces professionnels. On note toutefois qu'elles sont susceptibles d'entraîner, notamment chez les cadres de santé, des contraintes importantes en termes de charge mentale (fortes responsabilités, contraintes liées à la continuité de service induisant un enjeu majeur sur la planification du travail, injonctions paradoxales à relayer auprès des équipes soignantes, etc.).

Les fonctions d'encadrement peuvent également être assurées par un infirmier coordinateur (IDEC). Minoritaire dans les établissements rencontrés, cette situation présente une difficulté liée à l'acquisition des compétences d'encadrement en l'absence de formation dédiée, malgré l'existence d'un certificat de coordinateur en milieux sociaux et médico-sociaux. Par conséquent, des enjeux de légitimité émergent, en particulier dans les établissements où l'IDEC exerçait auparavant en tant qu'IDE.

On observe de manière générale de fortes attentes des professionnels soignants vis-à-vis de leur encadrement. Ils soulignent entre autres le caractère structurant de l'intervention hiérarchique auprès d'une équipe dont les pratiques doivent être mises en cohérence. Cela implique notamment de « recadrer » les professionnels dont les pratiques apparaissent divergentes.

« On a besoin que le cadre guide le travail du groupe, alors qu'aujourd'hui, c'est nous qui nous organisons tous seuls. Chaque équipe fait à sa manière alors que pour le résident, il faudrait que la prise en charge soit homogène. On ne sait plus sur quel pied danser, on est perdus. » Maya, 33 ans, ASH puis AS, en EHPAD public hospitalier depuis 10 ans.

Parmi les missions incombant à l'encadrement de proximité, la question du calibrage des équipes soignantes au regard de la charge de travail apparaît récurrente et non résolue en EHPAD. Deux conceptions s'opposent *a priori* :

- Un calibrage au regard des moyens disponibles, définis par la convention tripartite, sur la base d'une évaluation de la charge en soins et en accompagnement possiblement non à jour ;
- Un calibrage au regard des besoins des résidents, de ce qui serait une prise en charge de qualité sans être excessive.

Un seul établissement parmi l'ensemble des structures visitées a mis en place un dispositif d'objectivation de la charge de travail des équipes soignantes afin de calibrer au mieux les ressources et de les répartir sur les plages

horaires. Pour cela, une durée de référence a été attribuée à chaque acte individuel (toilette, etc.) après observation des pratiques dans l'établissement et en lien avec les statistiques nationales existantes. Chacune de ces durées a été arrondie à la hausse et un temps de rotation a été ajouté pour prendre en compte les déplacements. Au regard du profil des résidents à un moment T, ces indicateurs permettent de mesurer avec une certaine précision le nombre de professionnels requis pour réaliser l'ensemble des actes dans le temps prescrit.

« Comment est-ce qu'on calibre un effectif à une charge de travail ? C'est pas compliqué, quand je suis arrivé, j'ai chronométré les temps de tout le monde. J'ai aussi repris les statistiques nationales, par exemple, une toilette, c'est 20 minutes. Moi j'arrondis à la hausse. Alors, je suis parti du principe qu'une toilette, c'est 30 minutes, plus 5 minutes entre deux. Le GMP et le PMP entrent en compte aussi bien sûr. Moi, j'ai commencé ma carrière, j'étais chef de rayon dans un hypermarché. Ensuite, j'ai fait aide-soignant, infirmier et puis cadre. Le meilleur moyen pour comprendre le travail, c'est de l'avoir fait soi-même ! » Cyril, 51 ans, Cadre de santé depuis 15 ans, en EHPAD public non hospitalier.

Le travail sous tension et le travail « empêché »

Un travail sous tension, face à la « pression de la pendule »

Les professionnels, pour caractériser les conditions dans lesquelles ils effectuent leurs missions quotidiennes, mettent systématiquement en avant les cadences soutenues qui seules permettent de réaliser l'ensemble des tâches prescrites dans le temps imparti. Ce point est présenté comme la principale conséquence des évolutions du public et des modes d'organisations intervenues durant la période récente, et décrites plus haut.

De leur point de vue, avec des résidents plus dépendants et un effectif soignant n'ayant pas évolué de manière proportionnelle au surcroît de travail induit, les professionnels réalisent des prises en charge plus lourdes, qui demandent un temps accru, insuffisamment compensé par des moyens humains. En conséquence, les soignants mentionnent systématiquement faire face à la « pression de la pendule », autrement dit travailler dans l'urgence.

« Ce qui est difficile, c'est la pression de la pendule. » Thierry, AS, 44 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 9 ans.

« Il y a trop de travail, il faut que toutes les toilettes soient faites dans la matinée sans que l'on prenne en compte les imprévus. On a l'impression que chaque minute est comptée, on n'a pas le temps de parler avec les résidents. » Laëtitia, AS, 31 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 8 mois.

Cela implique de travailler vite, en ayant en tête la prochaine tâche ou le prochain résident, sans prendre le temps de « bien » travailler mais aussi de s'interroger sur la manière optimale ou adéquate de réaliser tel ou tel acte pour chacun des résidents.

Les multiples interruptions qui jalonnent la journée de travail des soignants contribuent à accroître la perception de cadences élevées. Au-delà des urgences, les professionnels pointent du doigt les multiples sollicitations des résidents, notamment par le biais des sonnettes dont l'utilisation parfois abusive au regard de leur objectif premier de réponse à l'urgence peut être source d'agacement. Ces interruptions, couplées à l'augmentation ressentie de la charge de travail globale par soignant, alimentent le sentiment d'être insuffisamment disponible pour les résidents, constituant une source de frustration supplémentaire pour les équipes.

Cette « pression de la pendule » se matérialise également par l'absence ou le nombre insuffisant de temps de repos « ressourçants ». À titre d'illustration, les équipes restent attentives et disponibles durant les temps de pause et de repas, gardant un téléphone à proximité afin de conserver une réactivité d'intervention en cas d'urgence ou d'appel d'un résident. Plus encore, dans certains établissements, les professionnels déclarent ne

pas disposer du temps suffisant pour accéder à leur pause s'ils veulent réaliser l'ensemble de leurs missions dans le temps imparti.

« Ce n'est plus une pause, c'est de l'astreinte. » Christine, AS, 54 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 15 ans.

« On a le sentiment d'être tout le temps débordé, d'être opprimé par le temps. » Françoise, IDE, 48 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 28 ans.

La notion de « travail empêché » peut être mobilisée pour restituer ce ressenti des professionnels, à savoir que l'organisation (au sens large) les empêche de réaliser un travail de qualité.

« On a le sentiment de ne pas avoir le temps et la possibilité de bien faire les choses. C'est autant frustrant que décourageant. Les résidents se rendent bien compte du stress et du manque de temps qu'on a à leur consacrer, ce qui détériore parfois la relation qu'on a avec eux. » Marine, 28 ans, AS, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 4 ans.

Cette notion de travail empêché, source de frustration pour les professionnels, résulte « du sentiment de ne pas avoir les moyens de « bien faire son travail » et de la contradiction entre la vision de la qualité portée par les agents et celle qui est évaluée par l'organisation²⁹ ». Fortement présente chez les professionnels en EHPAD, elle se traduit par l'expression du sentiment d'aller contre ses propres valeurs professionnelles et personnelles – prendre soin, donner du sens aux soins, prendre le temps d'être aux côtés de l'usager, être disponible, rassurer, maintenir l'autonomie, etc. – notamment celles qui les ont conduites à exercer ce métier en institution, afin de tenir les exigences de travail réelles.

Si l'ensemble des métiers soignants apparaît concerné par ce sentiment de « travail empêché », la prégnance de celui-ci reste variable selon les professionnels et les établissements. De manière générale, les AS et AMP jouissent d'une importante autonomie dans la réalisation de leurs missions et tâches, malgré un séquençage contraint par les échéances rythmant la journée. Néanmoins, le sentiment de travail empêché est très présent car la charge de travail est décrite comme trop importante face au temps disponible. *A contrario*, les sources de contraintes des IDE sont différentes (relations avec les médecins et avec les familles, intervention auprès d'un plus grand nombre de résidents, réalisation de tâches administratives...), ce qui semble limiter ce sentiment de « travail empêché ».

La métaphore de la machine pour exprimer la perte du sens du travail

Conséquence de la répétition des tâches et des cadences soutenues perçues par les professionnels, les soignants mobilisent régulièrement le champ lexical de l'industrie, de l'usine ou encore de la machine pour décrire leurs conditions de travail. Les métaphores mobilisées assimilent le professionnel à un robot ou une machine, le résident à un objet et l'établissement à une usine où l'on travaille à la chaîne.

« On essaye de faire notre travail du mieux qu'on peut mais quelque part on est devenu des machines. » Mégane, AS, 30 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 4 ans.

« Non seulement les tâches sont répétitives, mais on les réalise de plus en plus mécaniquement. On peut dire qu'on travaille à la chaîne. » Maëlle, AS, 29 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 3 ans.

« Le matin c'est l'usinage. » Lucie, AS, 49 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 27 ans.

²⁹ Johann Petit et Bernard Dugué, « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 15-2 | 2013, mis en ligne le 01 août 2012. URL : <http://pistes.revues.org/3419>

Une « déshumanisation » du travail en EHPAD ?

Les risques sous-jacents à cette évolution des conditions de travail résident principalement dans un phénomène de déshumanisation du résident entraînant une moindre attention portée à la qualité et la personnalisation de la prise en charge, un moindre investissement du professionnel et une perte de sens du travail. Les professionnels disent se battre contre cette évolution, mais y être poussés malgré eux du fait de l'évolution de leurs conditions de travail.

Il apparaît complexe d'objectiver ce constat, tant les écarts sont importants selon les EHPAD. Concernant la question du nombre de toilettes réalisées quotidiennement par chaque soignant, régulièrement mise en valeur pour illustrer ces risques de déshumanisation, celui-ci reste très variable d'un EHPAD à l'autre. Parmi les établissements ayant participé à l'étude, le nombre de toilettes par soignant oscille ainsi entre 7 et 15, soit un ratio allant du simple au double.

Par ailleurs, les taux d'encadrement³⁰ restent eux-mêmes très variables selon les établissements. Dans tous les cas, les professionnels rencontrés mentionnent le nombre insuffisant de professionnels dans les services pour assurer une prise en charge de qualité. À l'échelle nationale, les données disponibles indiquent plutôt un taux d'encadrement croissant, passé de 57 % à 61 % entre 2007 et 2011, tous types de professionnels compris³¹ (soit un ratio de 61 professionnels – tous métiers confondus – pour 100 résidents en 2011).

Il convient de noter les limites de l'indicateur que constitue le taux d'encadrement tel qu'il est recueilli aujourd'hui : d'une part, il s'agit d'un indicateur théorique car il s'appuie sur les effectifs inscrits au tableau des emplois et non nécessairement présents ou en activité dans l'année et qu'il s'intéresse au nombre de places sans le pondérer par le taux d'occupation ; d'autre part, il intègre les professionnels des fonctions support, dont la présence est très variable d'un établissement à l'autre et dépend des opportunités de mutualisation au sein d'un groupe ou d'un établissement hospitalier par exemple. On observe ainsi qu'il s'agit d'un indicateur qui n'est pas systématiquement recueilli et suivi au sein des EHPAD eux-mêmes.

Afin d'approfondir cette discussion, il conviendrait d'analyser le taux d'encadrement au prisme de l'évolution du niveau de dépendance et des besoins en soins des résidents, de manière à objectiver l'évolution de la capacité d'encadrement au regard de l'évolution du public accueilli.

À tout le moins, il convient de noter que la charge de travail (telle que caractérisée par le taux d'encadrement) n'est pas l'unique déterminant de la qualité des conditions de travail. Autrement dit, à charge de travail équivalente, certains établissements offriront de meilleures conditions de travail à leurs professionnels.

Les injonctions paradoxales ressenties au vu des objectifs de maintien de l'autonomie et des moyens disponibles pour y parvenir

Face à l'objectif de maintien voire de développement de l'autonomie des résidents, les professionnels témoignent fréquemment de leur sentiment d'échec et d'impuissance. Ils constatent la perte d'autonomie progressive ou subite des usagers, d'autant plus que celle-ci est parfois pointée du doigt par leurs proches.

Face à cet échec, c'est d'abord l'organisation collective qui est identifiée par les professionnels comme responsable : à la différence du domicile, où les aidants professionnels et informels assurent une stimulation individuelle de la personne, l'établissement d'hébergement ne propose par définition qu'un accompagnement individuel réduit au profit de l'accompagnement collectif.

Pour autant, les professionnels présentent également un sentiment de culpabilité à un niveau individuel dans la mesure où ils sont susceptibles de contribuer, par sentiment de mauvaise organisation personnelle, d'efficacité insuffisante, d'attention restreinte, etc., à la dégradation de l'autonomie du résident.

³⁰ En EHPAD, le taux d'encadrement correspond au nombre de personnel au tableau des emplois salariés pour 100 places.

³¹ VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *op cit.*

L'objectif de maintien de l'autonomie des résidents fait ainsi figure d'injonction paradoxale dans le contexte de moyens contraints et de pression sur les conditions de travail des soignants. Face à ce constat, les professionnels se montrent critiques envers les « politiques » chargés de l'organisation et du financement du secteur médico-social, dont ils ne perçoivent pas les rationalités à l'œuvre. Les tutelles sont ainsi fréquemment mises en cause, davantage que les directions, dont la marge de manœuvre est perçue comme limitée. Il convient également de noter que les professionnels rencontrés en entretien n'ont pas évoqué spontanément le rôle des délégués du personnel ou des organisations syndicales à cet égard. Dans les descriptions proposées par les professionnels, la majorité, si ce n'est l'ensemble, des problématiques rencontrées par le secteur, est indéfectiblement liée aux effectifs, lesquels sont déterminés par les financements accordés ou non par les autorités de tutelle sur la base de critères décrits comme inadéquats et réévalués à une fréquence insuffisante.

Les professionnels témoignent ainsi du sentiment d'être une variable d'ajustement sans valeur, « des pions » placés en première ligne face à des objectifs qu'ils ne sont pas en capacité de remplir, face à des institutions qui entretiennent leur méconnaissance de la réalité de terrain. Sommés d'être bienveillants, ils en viennent régulièrement à parler de maltraitance, même passive, à l'égard des résidents.

« On fait des formations sur la bientraitance, on s'investit pour le bien-être du résident, mais parfois l'environnement du résident est lui-même maltraitant, que ce soit les relations avec les partenaires, le comportement des familles mais aussi l'organisation de l'établissement ! » Agnès, 32 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 3 ans.

« On est maltraitant : on refuse des mises aux toilettes ! Ça pèse sur nos épaules mais c'est pas qu'on veut pas, c'est qu'on peut pas. » Lucie, AS, 49 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 27 ans.

Une planification du temps de travail complexe et spécifique à chaque établissement

Les principaux modèles d'organisation du temps de travail

De multiples modèles d'organisation du temps de travail

L'organisation du temps de travail en EHPAD répond à une multiplicité de critères et se trouve marquée par une forte hétérogénéité entre établissements, malgré l'existence de modèles dominants. Les modèles généralement retenus répondent essentiellement aux différentes clés d'entrée suivantes :

- Les horaires de travail :
 - Les horaires de travail peuvent varier selon les établissements, étant calculés sur une base hebdomadaire ou bimensuelle. Le temps de travail hebdomadaire des professionnels est donc très hétérogène d'un établissement à l'autre : 35h, 37,5h générant des RTT, 40h, etc.
 - Sur cette base, différents types d'horaires de travail sont mis en place :
 - Les journées en continu en 7 ou 8 heures, qui constituent la majorité des horaires rencontrés.
 - Les journées en coupé (4 heures de travail le matin puis 3h30 l'après-midi avec 3 heures de pause de 12h00 à 15h00 par exemple).
 - Les journées en continu en 12 heures.
- Les roulements sont fonction des horaires de travail mis en place par l'établissement. Ils permettent de projeter le planning sur plusieurs semaines et de s'assurer que les temps de travail et de repos sont conformes à la réglementation. Les roulements peuvent, dans certains cas, être planifiés sur un temps long (jusqu'à plusieurs mois), favorisant la visibilité des professionnels sur leur emploi du temps.
- Le temps de travail individuel : la construction du modèle d'organisation du travail doit intégrer les logiques de quotité de travail, la majorité des professionnels travaillant à 100 %, mais un certain nombre d'entre eux étant positionnés, par choix ou de manière contrainte, sur un temps partiel.

- L'affectation des équipes : en fonction du nombre de résidents dans les différents services et unités, le nombre de professionnels par équipe sera variable. Par ailleurs, le service continu assuré auprès des résidents (7 jours sur 7 et 24 heures sur 24) nécessite également d'organiser le travail de nuit et le week-end.

Les plannings élaborés par l'établissement le seront ainsi en fonction de ces différentes caractéristiques. À noter néanmoins qu'au sein d'un même établissement, les équipes peuvent avoir des horaires distincts selon les métiers (IDE / AS / AMP) mais également pour un même métier (horaires différenciés selon les AS par exemple). Enfin, l'ensemble de ces organisations coexistent dans une majorité d'établissements et les professionnels peuvent individuellement connaître 4 ou 5 types d'horaires différents dans le cadre de leur roulement (si celui-ci est organisé sur plusieurs semaines).

L'élaboration des plannings constitue un exercice complexe et chronophage, générant par ailleurs de fortes attentes chez les professionnels. Les plannings sont ainsi construits sur la base de différents déterminants, qui ont trait à la fois à la réglementation en vigueur en matière de temps de travail quotidien et annuel (amplitude horaire, quotité de travail, temps de repos, récupérations...) et au modèle horaire retenu par l'établissement (roulements, horaires coupés et/ou continus, cycles...).

L'impact de l'introduction des 35 heures sur l'organisation des temps de travail

Les lois Aubry relatives à l'aménagement et à la réduction du temps de travail ont nécessairement amené les EHPAD à refondre leurs organisations de travail pour arriver, le plus souvent, à une réduction journalière du temps de travail plutôt que du nombre de journées travaillées annuellement.

Les professionnels de direction et d'encadrement jugent généralement que cette réforme a complexifié la gestion du temps de travail au sein des EHPAD, notamment pour organiser la répartition de la charge de travail journalière et le partage entre les professionnels. La gestion des plannings a ainsi considérablement été complexifiée, et a vu se développer de nouvelles organisations du travail : horaires en coupé, journées continues, amplitudes horaires variables, etc.

« La mise en place des 35 heures a été compliquée pour les EHPAD. À effectifs constants il a fallu se débrouiller pour combler la journée de la même manière. C'est là qu'on a vu arriver les horaires coupés, l'augmentation des amplitudes horaires, etc. Je trouve qu'on a perdu en qualité de travail : on était plus nombreuses dans les services lorsqu'on était en 40h. Pour autant aujourd'hui les professionnels n'ont plus conscience de ça : soit ils sont arrivés dans la profession après la mise en œuvre effective des 35 heures, soit ils se sont habitués avec le temps. Ça fait déjà plus de 15 ans... ! » Une directrice d'un EHPAD privé à but lucratif.

Des organisations du temps de travail générant de la fatigue

Des sources diversifiées de fatigue

Les organisations du temps de travail constituent un déterminant majeur des conditions de travail, et impactent la capacité des équipes à se reposer et à se ressourcer.

De manière générale, les soignants font part de la lourdeur physique et psychologique générée par leur métier, quel qu'il soit (IDE, AS/AMP, AVS ou ASH faisant fonction). Les enjeux autour des temps de repos sont donc forts : la structuration des horaires et la manière dont sont organisés les roulements peuvent être de nature à favoriser les phases de repos, ou au contraire à les limiter. Dans ce cadre, plusieurs sources de fatigue peuvent être identifiées.

Les professionnels disent rencontrer des difficultés à se ressourcer lorsque le roulement ne laisse qu'un seul jour de repos par semaine. C'est essentiellement le cas lorsque l'organisation horaire retenue est structurée autour de journées continues et/ou coupées en 7h ou en 7h30.

« Les roulements sont parfois difficiles à gérer, notamment lorsqu'il n'y a qu'un seul jour de repos entre les deux périodes de travail. C'est très fatigant ! » Rosa, 34 ans, ASH, en EHPAD privé à but lucratif depuis 9 ans.

Se pose en outre la question de l'amplitude horaire, plus importante lorsque la journée est structurée en horaires coupés. Selon les professionnels, ces derniers sont plus contraignants car ils présentent des temps de repos plus courts (moins de temps de repos de plusieurs jours consécutifs) face à des journées qui sont parfois très longues et qui ne permettent pas de se reposer plus de quelques heures. Cette difficulté à se reposer est par ailleurs renforcée lorsque le professionnel connaît des temps de trajets importants entre son domicile et l'EHPAD. De plus, les horaires coupés ont généralement pour objectif de répondre aux pics d'activités journaliers : les tâches les plus lourdes sont ainsi réalisées sur ces plages horaires.

« Je commence tous les matins à 7h et finis le soir à 20h30, avec une coupure l'après-midi de près de 4 heures. J'habite à 40 km, ça représente des frais d'essence élevés et je n'arrive pas à me reposer. » Dominique, 56 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 3 ans.

« Tout le monde se plaint des coupés, notamment à cause des trajets. Lorsque la coupure est grande, on n'a plus envie de revenir travailler et au final on a l'impression d'avoir eu deux journées de travail. » Frédérique, AS, 47 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 27 ans.

« Le plus dur c'est les coupés car on fait le matin et le coucher donc deux pics d'activité. L'après-midi c'est moins dense. » Claude, AS, 58 ans, en EHPAD privé non lucratif depuis 26 ans.

Dans certains établissements, les journées continues en 12 heures sont plébiscitées par les professionnels, car elles permettent d'articuler plus facilement vie personnelle et vie professionnelle. L'organisation en 12 heures permet notamment d'accéder à des temps de repos cumulés plus importants (généralement 2 jours de repos après 2 ou 3 jours de travail). Toutefois, elle représente une fatigue journalière plus forte, notamment lorsque le professionnel est amené à travailler 3 jours consécutifs 12h d'affilée. Les équipes rapportent en effet que la troisième journée consécutive travaillée en 12 heures est marquée par la fatigue, l'irritabilité et la difficulté à maintenir son attention, d'où un risque d'erreur accru.

« Je préfère largement travailler en douze heures, la journée est plus fatigante mais j'ai plus de jours de repos ensuite. » Dominique, 56 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 3 ans.

Certains établissements ont connu les deux modèles d'organisation du temps de travail : en 7h ou 8h et en 12h. Ils ont pu à chaque fois corréler l'organisation au niveau d'absentéisme. À titre d'exemple, depuis qu'un établissement privé non lucratif a mis en place les horaires coupés il y a 2 ans (après une organisation en 10h et 12h), les professionnels se déclarent insatisfaits en raison de la complexité à trouver un équilibre avec leur vie familiale et de l'augmentation de l'absentéisme. Dans un autre établissement, du secteur public hospitalier, le passage en 12h a justement permis de faire chuter le taux d'absentéisme. La directrice estime que les professionnels ont moins tendance à s'arrêter lorsqu'ils savent qu'ils ont 2 journées de repos après une journée en 12h, qu'en cas d'horaires coupés.

Le travail en 12h implique de réaliser des tâches pénibles et difficiles plusieurs fois par jour, par exemple les levers et les couchers. Le degré d'acceptabilité de cette organisation du temps de travail dépend en partie de l'âge et de l'ancienneté dans le métier du professionnel, de la satisfaction qu'il en retire au regard de son organisation de vie personnelle mais également de la charge et du rythme de travail pendant le service. Le souhait des professionnels de travailler en 12h varie également en fonction de leur âge et de leur situation familiale. Si les plus jeunes, avec des enfants en bas âge et une meilleure condition physique, préfèrent généralement travailler en 12h, les plus anciennes estiment ne pas pouvoir tenir le rythme et préfèrent travailler plus régulièrement mais pendant un nombre d'heures consécutives limitées.

L'organisation en 12 heures est souvent présentée comme bénéfique pour les usagers des unités protégées, les professionnels pouvant ainsi s'adapter plus facilement aux besoins des résidents tout en disposant de temps de

récupération plus importants. Si la coupure est plus longue et davantage ressourçante pour les professionnels, l'intensité du travail et la fatigue journalière sont en revanche beaucoup plus importantes, pouvant générer du stress (vis-à-vis d'une erreur), de l'impatience et de l'irritation.

« En unité Alzheimer, c'est beaucoup plus simple de s'organiser et de respecter les choix des usagers qu'en journée coupée ou sur des horaires plus courts. Ça nous laisse plus de temps. » Edith, 44 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 20 ans.

A contrario, certains professionnels disent rencontrer des difficultés à travailler en unité protégée lorsque le modèle horaire retenu est celui en 12 heures, notamment parce que l'intensité psychique du travail est jugée trop lourde.

« Sur l'unité protégée, la fatigue est différente. Le travail est moins physique, mais la pression est incroyable. C'est insupportable de passer 12 heures avec les résidents qui déambulent et qui répètent tout le temps la même chose. » Anaïs, IDE, 33 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 10 ans

Enfin, le sentiment de fatigue, lié à l'impression de ne pas accéder à un temps de repos suffisant entre plusieurs journées de travail peut s'intensifier lorsque les équipes sont amenées à effectuer un roulement les conduisant à travailler de jour comme de nuit. Cela nécessite pour les équipes de modifier leurs horaires à échéances rapprochées et comporte des incidences sur le rythme biologique de récupération et la capacité de l'organisme à s'habituer aux changements constants. La fatigue est également plus marquée pour les professionnels réalisant des remplacements, amenés à intervenir de jour comme de nuit, parfois au cours d'une même semaine.

En revanche, la prise de poste à 6h30, 6h45 ou 7h ne constitue pas un enjeu problématique pour les soignants. Ces horaires semblent faire partie des contraintes inhérentes au métier, qu'il s'exerce en libéral, à l'hôpital ou en établissement médico-social, et sont acceptés comme tels.

Une articulation à trouver entre vie professionnelle et vie personnelle

Les éléments pouvant favoriser ou limiter l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle

L'articulation entre la vie personnelle et professionnelle est entendue comme la capacité, pour un individu, à séparer physiquement et psychologiquement les sphères du travail et de la vie privée. La conciliation entre ces deux sphères est fréquemment décrite comme essentielle face à l'intensité de la charge de travail en EHPAD et l'investissement que celle-ci nécessite.

L'organisation du temps de travail interne à l'EHPAD constitue un facteur déterminant de l'articulation entre la vie personnelle et professionnelle. Concernant les horaires de travail, les professionnels indiquent préférer le travail en 12 heures car cela permet de disposer de temps de repos consécutifs plus longs et serait donc de nature à favoriser la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle. Par ailleurs, au-delà du nombre d'heures travaillées dans la journée, l'amplitude horaire constitue un facteur facilitant ou limitant pour concilier vie privée et vie professionnelle. Par définition, plus l'amplitude horaire journalière sera importante, moins l'articulation entre les deux sphères sera équilibrée, *a fortiori* lorsque l'amplitude ne correspond pas au temps de travail effectif (en cas de journée coupée par exemple).

« Les coupés sont contraignants pour la vie personnelle car les heures de travail sur lesquelles nous sommes mobilisés sont les mêmes que celles où nos enfants ne sont pas à l'école. » Elodie, AS, 27 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 1 an.

A contrario, de nombreux éléments exogènes entrent en ligne de compte dans l'articulation entre vie personnelle et professionnelle : éloignement du domicile, situation géographique de l'établissement, adéquation entre les horaires du soignant et ceux de son conjoint, etc.

En pratique, les établissements s'attachent à laisser une importante marge de manœuvre pour permettre aux équipes de favoriser cette conciliation. Cela se matérialise par une importante flexibilité laissée aux professionnels pour réaliser des échanges de planning ou encore pour respecter, dans la mesure du possible, les demandes de RTT ou de congés annuels.

Néanmoins, le décalage fréquent vis-à-vis de la société et de la famille constitue une source de difficulté et d'épuisement pour les professionnels, notamment en cas d'horaires décalés (nuits, week-end...). L'adéquation et la complémentarité entre les horaires du professionnel et ceux de son conjoint constituent une variable importante limitant ou augmentant les difficultés à articuler vie professionnelle et vie personnelle. Ce constat est particulièrement prégnant lorsque le professionnel a des enfants en bas âge, lui demandant d'optimiser encore plus son organisation familiale.

Si les horaires décalés (notamment le travail le week-end) constituent une composante du métier en EHPAD, certaines périodes renforcent le sentiment de décalage avec la société. C'est notamment le cas de la période des fêtes de fin d'année, au cours desquelles il est très difficile pour les professionnels d'être en repos à la fois pour le réveillon de Noël et la Saint-Sylvestre, des roulements étant systématiquement mis en place pour assurer une présence continue auprès des résidents. Ce décalage peut ainsi constituer une source de découragement et de fatigue supplémentaire pour les professionnels, la plupart d'entre eux aspirant à être en famille au cours de ces périodes festives. Ce sentiment est également présent, dans une moindre mesure, lors des congés estivaux, les professionnels rencontrant parfois des difficultés à prendre leurs congés annuels en même temps que leur conjoint.

Il est intéressant de noter que les professionnels ayant fait l'objet d'une réorientation professionnelle peuvent porter un regard différent de leurs collègues quant à la question de l'articulation vie professionnelle-vie personnelle. En effet, la réorientation répondra dans un certain nombre de cas à des enjeux qui sont autant familiaux que professionnels. En ce sens, le choix de postuler au sein d'un EHPAD inclura la dimension familiale (rapprochement de conjoint, limitation de la distance domicile-travail, nouveau cadre de vie...) et limitera de ce fait la prégnance des difficultés repérées à articuler vie professionnelle et vie personnelle. Les contraintes liées à l'organisation du temps de travail (soirées, week-end...) seront donc intégrées comme une composante du choix de réorientation professionnelle, et ne seront pas « subies » par la personne (ou dans une moindre mesure).

Certains avantages imprévus des horaires décalés peuvent toutefois être repérés (plages horaires favorables aux démarches administratives, RDV médicaux, etc.).

Une articulation facilitée par la stabilité des plannings

La stabilité et la communication anticipée des plannings constituent également des facteurs régulièrement évoqués par les soignants. Ces derniers sont en effet demandeurs de lisibilité et de régularité, de manière à pouvoir organiser leur vie privée.

« Les plannings sont très stables, ce sont toujours les mêmes. On peut dire comment on travaillera en 2024 ! C'est très reposant. » Jessica, 22 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 2 ans.

Tout changement non prévu constitue une désorganisation dommageable pour leur vie privée. Les professionnels doivent en effet réajuster leur organisation personnelle et faire passer au second plan leurs obligations familiales. Ces ajustements sont généralement occasionnés en cas d'absentéisme, nécessitant de réorganiser les plannings ou de rappeler des personnels sur leurs repos pour assurer le remplacement. Néanmoins, l'impact de l'absentéisme sur la capacité des professionnels à articuler vie personnelle et vie professionnelle dépend des politiques de remplacement mises en œuvre au sein de l'établissement.

Des politiques de remplacement des professionnels absents impactant fortement la qualité des conditions de travail

Des politiques d'établissement impactant différemment les professionnels

À l'heure actuelle, peu de données relatives à l'absentéisme en EHPAD sont disponibles. Néanmoins, une estimation réalisée par le cabinet de consultant Alma CG, fait apparaître, sur la base d'un échantillon d'entreprises, que le taux d'absentéisme pour raisons de santé moyen en EHPAD serait 1,3 fois plus important que la moyenne constatée dans le secteur de la santé, et que l'indice de fréquence des accidents du travail serait deux fois supérieur à la moyenne nationale toutes activités confondues. Le coût est important pour les EHPAD : il est estimé, dans l'étude précitée, à 1 % de la masse salariale par pourcentage d'absentéisme, soit en moyenne 50 € par jour et par professionnel absent³². Dès lors, l'absentéisme impacte l'organisation du travail car, dans une perspective de continuité de service, la prise en charge du résident ne doit pas être interrompue. Le planning doit donc être revu pour remplacer l'absent.

Ainsi, les politiques de remplacement des professionnels absents vont constituer un déterminant majeur de la qualité des conditions de travail. Les politiques de remplacement restent néanmoins contraintes par une multiplicité de facteurs : ressources financières disponibles en interne et existence ou non d'une enveloppe dédiée aux remplacements, opportunité de mobilisation des personnels travaillant à temps partiel, taille de la structure ou de l'unité concernée (plus elle sera petite, plus les taux d'encadrement devront être rigides), situation géographique de l'établissement (un établissement situé en zone rurale rencontrera potentiellement plus de difficultés à trouver des remplaçants), existence d'un pool de remplacement et disponibilité des personnes qui le composent, anticipation de l'absence, possible mobilisation d'un pool de remplacement d'un autre service³³ dans le cas d'un EHPAD adossé à un hôpital, etc.

En fonction des marges de manœuvre disponibles et de la politique mise en œuvre par l'établissement, les impacts sur les professionnels seront variables : nécessité de refondre les plannings, fonctionnement en effectif restreint, mobilisation de contractuels (souvent des remplaçants réguliers qui connaissent déjà la structure) ou d'intérimaires, etc. Dans un certain nombre de situations, les établissements vont ainsi faire appel aux professionnels sur leurs temps de repos. Ainsi, les professionnels mentionnent parfois la crainte permanente d'être « rappelés » pour remplacer les collègues, notamment le week-end (sentiment « d'être constamment en alerte »).

Les établissements pratiquent peu les heures supplémentaires en raison du coût qu'elles représentent (majoration de 25 %). Ainsi, les directions privilégient les remplacements par des temps partiels, en commun accord avec les professionnels concernés pour qui ces heures complémentaires représente une augmentation de salaire. Les professionnels peuvent également alimenter leurs compteurs horaires et récupérer leurs heures ultérieurement, parfois les poser pour bénéficier d'un temps de repos important (plusieurs jours d'affilée).

Des établissements ont recours à des remplaçants extérieurs réguliers, figurant un pool de remplacement. Il peut s'agir de soignants travaillant dans un autre établissement à temps partiel. Pour des raisons d'organisation, ce pool est plutôt privilégié pour les remplacements programmés. Lorsque les établissements ont recours à des remplacements externes, la capacité d'accueil et d'intégration des équipes peut s'avérer parfois faible, auquel cas elle est susceptible d'inciter les remplaçants à ne pas poursuivre dans l'établissement. Cette situation est principalement liée à deux facteurs :

- Les professionnels en charge du tutorat des remplaçants sont généralement les plus expérimentés et peuvent manquer de tolérance ou avoir des attentes disproportionnées quant aux capacités des remplaçants : rapidité et précision dans la réalisation des tâches par exemple.

³² Source : Cinquième baromètre de l'absentéisme d'Alma CG.

³³ Il s'agit dans ce cas d'un groupe de professionnels « volants », affectés dans les différents services de l'établissement en fonction des besoins de remplacement.

- Les professionnels manquent en général de temps et de disponibilité pour accueillir et former les nouveaux arrivants.

« On est peu tolérantes avec les remplaçants, il faut aller vite, on a un gros rythme de travail. On oublie comment on a commencé nous-mêmes. » Marie, AS, 46 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 16 ans.

Une pression psychique supplémentaire

Si la propension d'un établissement à rappeler ses professionnels au cours de leur repos est très variable (de très rare à très récurrent), les rappels sur repos sont dotés d'une forte charge symbolique chez les professionnels, qui y voient une source de stress supplémentaire, alimentant en outre le sentiment de surinvestir son travail. Les mécanismes de solidarité collective au sein des équipes présentent le risque de s'amoinrir en cas d'absentéisme fréquent d'un collègue, pointé du doigt et potentiellement marginalisé face à une récurrence du risque de report de charge sur le reste du collectif de travail.

Certains professionnels disent alors rencontrer une forme d'anxiété durant leurs repos, par peur d'être sollicités par leur institution pour effectuer des remplacements. D'autres mettent en œuvre des mécanismes de protection, en éteignant leur téléphone portable durant leur période de repos, ou en faisant le choix de ne pas répondre au téléphone.

« Quand je vois que c'est le travail qui m'appelle, je ne réponds plus, mais ils nous harcèlent véritablement, parfois toute la journée. » Pascale, AS, 48 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 24 ans.

Mais beaucoup, au contraire, peuvent avoir le sentiment de ne pas pouvoir dire non, par culpabilité mais également dans le but de ne pas mettre en difficulté les collègues ou d'assurer tout de même le service auprès des résidents. Une forte charge émotionnelle peut ainsi peser sur les soignants dans ces cas de figure, questionnant le rôle joué par l'organisation pour les appuyer sur ce point.

« On peut refuser mais on est un peu mal, on peut culpabiliser. » Claude, AS, 58 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 26 ans.

« On ne dit pas toujours oui, certains disent toujours non. » Marie, AS, 46 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 16 ans.

Les rappels sur repos ne vont néanmoins pas impacter l'ensemble des professionnels de la même manière : si certains disent « craindre » d'être rappelés, d'autres sont au contraire volontaires. Il s'agit surtout de professionnels effectuant essentiellement des remplacements de courte durée, mais également de ceux ne travaillant pas à temps plein ou étant dans une situation atypique (retraités de la fonction publique travaillant dans le privé par exemple), ou souhaitant bénéficier d'heures supplémentaires de travail.

Une pénibilité à la fois physique et psychique

Les risques portés sur la santé

Risques professionnels : conditions de travail ou contenu du travail ?

Le travail soignant en EHPAD est caractérisé par de nombreuses contraintes d'ordre physique, parmi lesquelles on retient notamment :

- La station debout prolongée ;
- La manutention de personnes ;
- Le port de charges lourdes ;
- Les mouvements répétitifs ;
- Les déplacements (souvent décrits comme un « piétinement » mais qui peuvent aussi se faire sur des distances importantes selon la configuration des locaux) ;
- Les postures inconfortables (par exemple pour la réalisation d'un soin) ;
- L'exposition aux risques infections ou au sang (AES) ;
- L'exposition à la violence ;
- La manipulation de produits irritants.

Ces contraintes constituent autant de facteurs de risque pour les professionnels. Ainsi, les rares données disponibles à l'échelle du secteur attestent de leur prégnance parmi les causes d'accident du travail : 69 % des accidents étant causés par la manutention manuelle et 16 % par des chutes de plain-pied³⁴.

Pour autant, une majorité de ces risques sont ressentis par les équipes comme étant inévitables, « faisant partie du métier ». Toutefois, ce constat est plus nuancé pour les « jeunes » professionnels (moins de 30 ans), davantage sensibilisés aux enjeux liés aux risques professionnels pouvant peser sur leur santé, sans que cela n'entraîne d'effets visibles sur leurs pratiques professionnelles ou leurs souhaits d'évolution. Par ailleurs, les professionnels ayant réalisé une reconversion récente mettent également davantage à distance ce risque.

« Avoir mal au dos, ça fait partie du métier. » Martine, 58 ans, ASH, en EHPAD public hospitalier depuis 8 ans.

« La pénibilité et les douleurs deviennent de plus en plus fortes avec l'avancée en âge. » Claudine, AV, 57 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 6 ans.

Ce constat est d'autant plus marqué que de nombreuses tâches ne peuvent pas être réalisées avec l'appui d'un matériel spécifique (soulever les résidents lorsqu'ils glissent dans le lit, relever un résident après une chute, etc.), alimentant le sentiment de ne pas pouvoir agir et donc de subir ces risques professionnels ou ces contraintes de poste.

Vers une conscientisation des risques professionnels ?

Les nouvelles générations de professionnels tendent à prendre de plus en plus conscience des risques professionnels auxquels ils sont exposés, dans une logique de préservation de leur état de santé. Les enjeux de pénibilité physique et de prévention des risques professionnels sont généralement traités au niveau institutionnel

³⁴ Ces données concernent exclusivement les professionnels des EHPAD de statut privé. Source : « Activités de services II : sinistralité des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2010 et 2014 », Direction des risques professionnels, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, août 2015.

(Document unique d'évaluation des risques professionnels – DUERP, etc.), et les directions semblent associer de plus en plus les équipes soignantes à ces réflexions : à la fois dans l'élaboration des politiques de prévention des risques professionnels et dans leur mise en œuvre. Néanmoins, ces politiques restent encore aujourd'hui peu visibles pour les professionnels, qui y prennent trop rarement part (si des professionnels doivent être associés, il s'agit majoritairement des représentants du personnel) et qui identifient peu les impacts sur leurs conditions de travail (en dehors des acquisitions matérielles).

La peur de se blesser au travail est néanmoins présente dans l'esprit des équipes soignantes et renforcée chez les professionnels ayant déjà rencontré des problèmes de santé. Des situations d'inaptitude (partielle ou totale) existent ainsi dans les établissements, mobilisant des réponses diverses : aménagement de poste, reconversion professionnelle mais aussi sortie de l'emploi (licenciement pour inaptitude ou retraite pour invalidité).

Certains professionnels, anticipant les effets de la charge physique de leur métier, souhaitent diminuer leur temps de travail, sans pouvoir nécessairement le mettre en œuvre du fait de contraintes financières.

En lien avec le sentiment d'appartenance à l'équipe, les soignants mettent en place des mécanismes de solidarité pour accompagner un collègue éprouvant des problématiques de santé, même si ces pratiques sont souvent limitées dans le temps au regard de la charge de travail reportée. Pour autant, nombreux sont les soignants qui préfèrent masquer leurs difficultés par peur d'être jugés incompetents.

Il convient de noter à cet égard que le médecin du travail n'apparaît pas comme un interlocuteur de proximité pour les professionnels concernant les questions relatives aux conditions de travail ou aux risques professionnels, qu'ils soient physiques ou psychiques (stress, décès des résidents, etc.). Rencontré chaque année ou tous les deux ans selon les établissements, parfois plus ou de manière plus irrégulière compte tenu de la faible disponibilité des services inter-entreprises ou des médecins salariés, le médecin du travail est le plus souvent perçu comme impuissant dans ses recommandations face à la réalité de la charge de travail et à la nature des tâches. Chez certains professionnels, la visite médicale est redoutée, car, à travers la validation ou non de leur aptitude à travailler, elle conditionne leur maintien dans l'emploi.

La compétition autour des tâches « ressourçantes »

Comme dans tout type de métier, des restrictions d'aptitude peuvent être posées, notamment vis-à-vis des tâches les plus physiques ou pénibles. Cela entraîne un report de charge sur le reste de l'équipe, qui n'est pas toujours très bien compris, notamment en cas d'inégale répartition de tâches qui pourraient en être qualifiées de « ressourçantes ».

Lorsqu'un professionnel présente des problèmes de santé, des aménagements de postes peuvent être mis en place en lien avec la médecine du travail. En effet, une restriction d'aptitude (posée par le médecin du travail) formalisant une inadéquation partielle entre l'état de santé du professionnel et les tâches qu'il doit réaliser entraînera la mise en place d'un aménagement de poste, que celui-ci soit matériel, horaire ou organisationnel. Face à cette situation, les mécanismes de solidarité internes à l'équipe fonctionnent naturellement lorsque la restriction d'aptitude est légère ou temporaire. Néanmoins, si celle-ci est particulièrement lourde ou durable (par exemple limiter la manutention des résidents), le professionnel peut être mis en difficulté par son propre collectif de travail. Par ailleurs, l'encadrement peut se trouver en difficulté pour réfléchir à la réorganisation du travail au profit de la préservation de la santé d'un professionnel, les organisations de travail étant particulièrement contraintes et les marges de manœuvre par définition limitées (par exemple une aide-soignante ne pouvant pas porter des charges lourdes de plus de 5 kg ou devant limiter ses déplacements).

En cas de repositionnement d'un agent ou salarié sur de nouvelles tâches moins physiques (absence de réalisation de toilettes durant le temps de la restriction d'aptitude par exemple), le collectif de travail peut se sentir en difficulté, voire en compétition autour des tâches « ressourçantes », par crainte de report de charge trop important sur le reste de l'équipe et l'entrée dans un cercle vicieux (report de tâche sur le reste de l'équipe qui s'épuise à son tour). Ainsi par exemple, en cas de restriction de port de charge, un professionnel pourra être exempté de tâches physiques et affecté à l'accompagnement relationnel, à la formalisation des projets de vie ou encore à l'animation, tâches prisées d'une majorité de professionnels et souvent équitablement réparties.

L'impact des logiques bâtimentaires et les efforts en matière de prévention

La prévention des risques professionnels : des réponses en termes de formations et d'acquisitions matérielles

Dans un contexte en forte évolution en termes de conditions de travail et sous l'influence des contraintes législatives, les EHPAD renforcent les actions menées en matière de prévention. Au-delà des outils institutionnels existants (DUERP, Programme annuel de prévention des risques professionnels – PAPRIACT, etc.), leur déclinaison se matérialise régulièrement par l'acquisition de matériels adaptés et par des plans de formation intégrant ces enjeux.

Si le matériel et les bonnes pratiques ergonomiques sont relativement inégales d'un établissement à l'autre pour des raisons diverses (taille, ressources financières, date de renouvellement de la convention tripartite, élaboration ou non d'un dossier CLACT – Contrat local d'amélioration des conditions de travail, etc.), la réponse apportée est importante aux yeux des professionnels. Ces derniers reconnaissent l'achat régulier de matériel mais évoquent parfois la difficulté de l'utiliser (individuellement ou en binôme) par manque de temps ou de disponibilité (matériel en quantité limitée ou stocké à des endroits spécifiques), face à des contraintes bâtimentaires (passages de porte étroits par exemple) ou des réticences de la part des usagers. La mécanisation du travail est également évoquée à cet égard : l'utilisation du matériel « déshumaniserait » davantage encore la relation au résident.

Par ailleurs, l'usage du matériel n'est pas évident au quotidien pour le personnel. Aussi, les formations de prise en main des matériels ont un impact positif sur un temps relativement court, puis les réflexes quotidiens (relever la personne seul, au lieu de prendre le temps d'utiliser le matériel par exemple) reprennent le dessus. L'encadrement se sent parfois démuni face à l'incapacité de créer le réflexe d'utilisation de certains matériels.

« Il y a des formations chaque année sur les gestes et postures, mais c'est quand même mieux quand elles ont lieu sur place, dans les services, ce qui est le cas chez nous. » Marine, 28 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 4 ans.

« On a du matériel dans les étages mais peu de temps pour l'utiliser. » Anne, 29 ans, AS, en EHPAD public hospitalier depuis 6 ans.

« Il faudrait sensibiliser les usagers à l'utilisation du matériel : c'est parfois eux qui sont réticents ! » Norma, 50 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 7 ans.

Des contraintes bâtimentaires

L'impact du bâti est prépondérant sur les organisations de travail et constitue un facteur du niveau de charge physique à laquelle sont confrontés les professionnels soignants en EHPAD. En effet, les locaux et la contrainte bâtimenaire de l'établissement constituent une variable pouvant avoir des conséquences opérationnelles directes pour les professionnels. Par exemple, des chambres mal adaptées à la prise en charge du public dépendant modifieront le temps de travail des professionnels qui mettent plus de temps à effectuer les actes au sein des chambres, mais également la qualité du travail effectué (douches moins systématiques notamment). De plus, des locaux peu adaptés pourront engendrer des pertes de temps liées aux distances à parcourir (en cas d'organisation pavillonnaire par exemple) pour les transferts des résidents ou les réponses aux sonnettes (appels des résidents). De manière générale, plus la structure sera ancienne, plus la contrainte bâtimenaire s'exercera sur les conditions de travail – sauf rénovation ou adaptation de grande ampleur du bâti.

Si les établissements sont de moins en moins vétustes, ils sont souvent décrits comme « peu pratiques » par les professionnels, ces derniers générant des facteurs de pénibilité supplémentaire (escaliers, chambres petites,

franchissements de porte non adaptés aux fauteuils roulants, etc.). À titre d'illustration, l'acquisition de matériels adaptés 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...).

Si les locaux sont parfois vétustes et peu adaptés à l'évolution du profil des usagers (un ou deux ascenseurs, étages dans quasiment toutes les structures, locaux vieillissants...), il s'agit d'une préoccupation qui reste cependant mineure et rarement évoquée spontanément par les professionnels. Ce constat est néanmoins à nuancer lorsque le bâti génère de l'isolement pour une équipe ou une unité, ce qui est parfois le cas pour les unités de vie protégée.

« Le bâtiment du cantou [unité protégée] est situé au -1, et assez éloigné du reste des équipes. Psychologiquement c'est plus intensif, surtout le soir où on est seul avec les résidents. J'ai quand même un sentiment d'anxiété et d'isolement quand j'y suis. Ce n'est pas un sentiment qu'il y a sur tous les étages. » Norma, 50 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 7 ans.

Les conditions bâtimentaires peuvent également générer du stress pour les équipes, notamment au sein des unités ouvertes. C'est notamment le cas lorsque certains résidents « fuguent » et que les espaces extérieurs de l'EHPAD ne sont pas clos.

« L'établissement n'est pas adapté à ce genre de pathologies [les fugues]. C'est une situation de stress, on est démuné par rapport à ça et on ne sait pas quoi faire. » Marion, AVS, 27 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 1 an.

Une charge mentale prononcée et protéiforme

Des témoignages de stress fréquents chez les soignants dans le cadre de la prise en charge d'un public vulnérable et face au risque d'imprévu

Les situations de stress rencontrées par les équipes soignantes sont de plus en plus récurrentes, alimentées par des organisations contraintes et une responsabilisation plus forte des équipes soignantes dans la qualité des prestations qu'elles délivrent.

Le travail soignant en EHPAD est ainsi caractérisé par une grande variabilité des situations générant de l'anxiété, parmi lesquelles on retient notamment :

- Dans le cadre des relations avec les résidents :
 - Risque de violences verbales et physiques ;
 - Gestion des chutes, des douleurs, des fins de vie ;
 - Incompréhensions, sentiment d'impuissance et de culpabilité ;
- Dans le cadre des relations avec les familles :
 - Relations conflictuelles, manque de considération ;
 - Posture de contrôle de certaines familles, critiques ouvertes ;
- Face aux contraintes organisationnelles, à la gestion du temps et des soins :
 - Conflits de valeur, insatisfactions ;
 - Sentiment d'isolement ;
 - Technicité des soins ;
 - Surcharge de travail, demandes contradictoires, impossibilité de faire son travail dans le temps imparti ;
 - Débuter dans la profession et solliciter davantage d'accompagnement ;
 - Non-remplacement d'un collègue absent.

Le travail auprès d'un public vulnérable comme les personnes âgées dépendantes est par nature souvent imprévisible et implique un risque de survenue d'imprévu, éventuellement à caractère médical urgent. Cette situation peut engendrer un sentiment de stress chez les soignants, renforcé par des conditions d'exercice particulières,

comme par exemple le fait de travailler en dehors des heures de présence infirmière (la nuit et le week-end notamment). Certaines situations plus spécifiques sont également présentées par les professionnels comme génératrices de stress : la violence d'un résident, un décès inattendu, etc.

Certains professionnels non qualifiés peuvent également ressentir une insécurité au moment de réaliser des actes techniques pour lesquels ils n'ont pas reçu la formation adéquate. C'est également le cas des jeunes professionnels, peu expérimentés face aux situations d'urgence ou d'imprévu.

« Le fait d'être jeune diplômée est un motif de stress supplémentaire car les plus anciennes nous font ressentir qu'elles sont plus expérimentées et donc davantage en maîtrise. » Catherine, AS, 34 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 8 mois.

Par ailleurs, la confrontation avec la mort représente une épreuve pour les soignants. Comme souligné précédemment, les professionnels sont rarement préparés face au décès d'un résident, qui engendre une situation de stress. Au-delà, les soignants expriment fréquemment des émotions fortes face à la perte d'usagers qu'ils connaissent depuis longtemps et dont ils se sentent proches. Deux types de difficultés ont pu apparaître :

- La gestion du décès à proprement parler (stress sur le moment, savoir s'il faut s'occuper tout de suite de la personne décédée ou privilégier les besoins « urgents » des autres résidents, gestion de la culpabilité et de la priorisation des tâches, etc.).
- La gestion du deuil (à la fois sa gestion personnelle du deuil en fonction des résidents et le travail d'accompagnement et de soutien du deuil des familles).

À cet égard, l'analyse de la pratique et l'accès à un temps de psychologue ont très souvent été cités, soit comme essentiels et à maintenir, soit comme manquants lorsqu'ils n'existaient pas, ce qui représente la majorité des établissements rencontrés.

Enfin, *a contrario*, il convient de noter que certaines situations à forts enjeux ne sont pas perçues comme génératrices de stress car maîtrisées par les professionnels et faisant partie intégrante de leurs compétences : c'est le cas de certains soins techniques ou encore de la dispense des médicaments.

Le risque de conflit avec les proches et les familles

Les situations de conflit sont particulièrement présentes dans le cadre des relations avec les proches et les familles. Les familles renvoient une charge de culpabilité liée à l'institutionnalisation que les équipes ont parfois du mal à gérer. À cet égard, certains auteurs « parlent d'une « idéologie du maintien à domicile », notamment au vu de la culpabilité exprimée par les proches contraints de recourir à une institution, perçue comme une privation de liberté. [...] La crainte de la maltraitance en établissement, dont l'ampleur est encore mal mesurée, ou encore de l'isolement, pourrait également contribuer à l'expliquer³⁵ ».

Par ailleurs, les familles et proches font preuve d'un niveau d'exigence élevé, autant vis-à-vis de la qualité de l'hôtellerie que de l'accompagnement relationnel ou du maintien des capacités, au regard d'un coût financier perçu comme onéreux. L'importance du soutien hiérarchique et du reste de l'équipe est considérée comme une réponse essentielle et incontournable, celles-ci prenant le relai en cas de conflit ouvert.

Les relations avec la famille constituent un enjeu fort pour les soignants, qui évoquent systématiquement les difficultés ressenties. Néanmoins, si cette thématique apparaît comme l'une des principales sources de difficulté, les professionnels indiquent que le nombre de familles concernées reste minoritaire.

³⁵ GROBON S. (2014), « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 57, décembre.

« Les familles difficiles sont minoritaires, mais mobilisent beaucoup de temps et d'énergie. » Chantal, IDE, 60 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 13 ans.

« La structure est très ouverte aux familles et les relations sont globalement plutôt bonnes même s'il y a toujours des familles spéciales. Quelques familles sont un peu difficiles, souvent en raison d'un sentiment de culpabilité lié au placement de son parent en EHPAD, mais ça se passe bien lorsqu'il y a de l'écoute du personnel. Le problème le plus récurrent est en fait le décalage entre les attentes des résidents et celles des familles. » Brigitte, AS, 54 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 2 ans.

Si les soignants (AS/AMP/AVS et ASH faisant fonction) souffrent de relations parfois difficiles avec certaines familles, les infirmiers sont particulièrement exposés à ces problématiques. En effet, ils sont plus souvent considérés par les familles comme des interlocuteurs de référence du fait de leur position hiérarchique élevée au sein des équipes soignantes. Le fait qu'une majorité d'établissements prévoient une présence infirmière pendant tout ou partie du weekend, alors que l'encadrement et la direction sont absents et qu'il s'agit d'un temps privilégié de visite pour les familles, contribue à la visibilité des IDE auprès de ces dernières. Ainsi, ce sont les IDE qui sont le plus souvent amenés à gérer les relations avec les familles et appréhender des relations dégradées.

« Les familles sont de plus en plus exigeantes et en attente de disponibilité de notre part mais elles ne voient pas tous les à côté du métier. » Isabelle, IDE, 59 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 13 ans.

« Par contre en tant qu'IDE le stress vient des familles. Je ne supporte plus certaines réactions des familles. On fait tout ce qu'on peut par rapport aux parents et ça n'ira jamais. C'est lié à leur culpabilité. C'est usant psychologiquement. » Marie, IDE, 50 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 6 ans.

Face à ces relations complexes et parfois tendues, les professionnels soulignent l'importance, d'une part du travail d'équipe et de l'intervention si nécessaire de l'encadrement afin de se soutenir mutuellement, d'autre part de la présence de l'institution, déterminante pour prendre le relai de la gestion de ces situations.

« Aujourd'hui c'est très compliqué avec les familles. Autant ça peut être des retours très positifs, autant il y a des familles avec qui c'est très compliqué : notion de déni, culpabilité, etc. Ça ne concerne pas beaucoup de familles mais elles sont omniprésentes. Ce sont plus les IDE qui sont concernées par ces situations. » Claire, 31 ans, ASH, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 11 ans.

« Nous avons eu plusieurs situations difficiles à gérer avec des familles. Au bout d'un moment, la direction a pris le relai avec la psychologue et ils ont convoqué la famille. C'est une pression en moins sur nos épaules. » Nadine, 48 ans, IDE, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 9 ans.

La spécificité du travail de nuit

Le travail de nuit présente de nombreuses particularités. Outre des horaires atypiques et l'organisation différente du travail (durée de travail plus longue, horaires continus, etc.), les missions confiées et les liens entretenus avec les résidents apparaissent spécifiques au regard du travail de journée. Le taux d'encadrement des résidents y est par ailleurs moins important.

Ainsi, le niveau de responsabilisation est vécu comme plus élevé, face à une plus grande flexibilité dans l'organisation du travail. Néanmoins, l'absence d'équipe d'encadrement (en dehors des astreintes, qu'elles soient soignantes ou administratives) complexifie la prise de décision et peut conduire à un sentiment d'isolement, notamment face à la gestion des situations d'urgence et des fins de vie. La charge mentale est donc particulièrement élevée et parfois difficile à supporter.

En contrepartie, la charge physique est généralement moins élevée qu'en journée. Les rapports avec les usagers sont différents (besoin d'être rassuré accru par exemple), les professionnels ayant davantage la possibilité d'échanger avec eux tout en souffrant moins de la « pression de la pendule ».

Le travail de nuit exclusif est très majoritairement choisi par les professionnels (appel à candidature) sauf dans les établissements où l'équipe de nuit n'est structurellement pas assez nombreuse. Cette situation peut conduire des AS à faire des nuits à tour de rôle pour compléter une équipe. Cette situation arrive relativement rarement, respecte la réglementation du travail et concerne les professionnels de manière marginale (une nuit par mois par exemple).

Les professionnels volontaires trouvent dans le travail de nuit plusieurs sources de satisfaction :

- Le temps de travail s'organise généralement sur 10, 11 ou 12h, il n'existe pas d'horaires coupés la nuit ;
- De manière corrélée, le travail hebdomadaire peut être réalisé en 3 ou 4 nuits de travail selon une logique de cycle (le calcul du travail hebdomadaire se fera par quinzaine ou par mois, davantage que par semaine)
- Les horaires sont réputés plus stables et réguliers ;
- Travailler la nuit permet de gérer la garde d'enfant en journée (du moins partiellement) ;
- Sans hiérarchie présente, l'autonomie de travail et d'organisation mais également le degré de responsabilité sont plus importants ;
- Le contact avec les résidents est vécu comme plus valorisant (beaucoup de rassurance, moins de change, identification des résidents vis-à-vis du personnel de nuit, etc.).

L'effet « miroir » au contact de la dépendance

« L'effet miroir » renvoie à une double projection : la projection du vieillissement par le soignant sur sa famille et notamment ses parents (voir ses parents vieillir, devenir dépendants et avoir potentiellement besoin d'une prise en charge en EHPAD), mais également de la projection du soignant de son propre vieillissement (« plus tard je serai peut-être à leur place », « si c'était moi »). Ainsi, dans le cadre de la relation soignant-soigné, le professionnel en EHPAD peut être amené à s'identifier au résident qu'il accompagne, ou à établir un parallèle entre le vieillissement d'un parent et la prise en charge d'un résident. Ce glissement, appelé « effet miroir », constitue une source de questionnement et de réflexion pour une majorité de soignants, et se révèle être particulièrement prégnant pour certains.

À ce titre, la gestion des fins de vie est complexe à appréhender pour les professionnels soignants, davantage encore lorsque le soignant est en début de carrière. Un effet « miroir » lors des situations psychologiquement difficiles peut être complexe à gérer, notamment lorsque les équipes sont peu accompagnées par des formations, de l'analyse de pratique ou *via* l'accompagnement d'un psychologue. L'importance du travail d'équipe, de la mobilisation de compétences extérieures (service des soins palliatifs par exemple) et du soutien institutionnel est soulignée par les professionnels, afin de se soutenir mutuellement et de bénéficier d'une prise de relai sur la gestion de ces situations que les professionnels ne savent pas toujours gérer et qui peuvent les insécuriser.

« Forcément, quand on voit ces personnes, on se dit que bientôt ce sera nous à leur place ! Et franchement, ce n'est pas rassurant. » Karine, AS, 55 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 5 ans.

Entre prise de conscience de la pénibilité du métier et volonté de continuer à exercer

De manière générale, les professionnels se disent inquiets à l'idée de « se blesser durablement » et de devoir exercer un autre métier. La capacité de chacun à réorienter son parcours professionnel, pour des raisons liées à la santé ou non, est très hétérogène d'un professionnel à l'autre, et dépend de facteurs personnels (capacité à se réorienter, à faire autre chose, appétence pour la dynamique de formation, etc.) comme de facteurs exogènes (familiaux, financiers, géographiques, etc.).

La poursuite d'un nouveau parcours professionnel se fait ainsi parfois par défaut, notamment lorsqu'il apparaît impossible pour un agent ou salarié de poursuivre son activité pour des raisons de santé. *A contrario*, les jeunes générations intègrent mieux la logique d'évolution professionnelle et de changement de secteur d'activité, la culture de la mobilité étant davantage marquée chez les nouvelles générations de soignants. Au-delà de l'effet

générationnel, les professionnels les plus anciens reconnaissent volontiers que la pénibilité et le rythme de travail se sont intensifiés et qu'il leur apparaît aujourd'hui difficile d'envisager toute une carrière en gériatrie.

« Vu les conditions de travail, je ne travaillerai pas en EHPAD toute ma vie, c'est certain. » Clara, AS, 25 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 2 ans et demi.

« Quand je vois mes collègues, je me dis que je ne veux pas finir comme ça, mais il est très difficile de sortir de la gériatrie. Je me sens bloquée dans ce secteur. » Lisa, AS, 29 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 5 ans.

« Moi c'est sûr que je ne ferai pas ça toute ma vie, je pense faire ça un temps, puis évoluer ou changer de métier. » Pierre, AS, 27 ans, en EHPAD privé à but non lucratif.

Lorsqu'ils en ont la possibilité, les soignants retardent autant que possible l'entrée dans un processus de reconversion professionnelle, pour des motifs très hétérogènes : mobilité limitée, enjeu de qualification, difficulté à se projeter dans un autre métier, etc. Cela s'explique également par le fait qu'une majorité de soignants aime leur fonction et ne souhaite pas la quitter dans un avenir proche, les métiers soignants étant souvent décrits comme des métiers de vocation et d'identité.

■ DES MÉTIERS DE VOCATION ET D'IDENTITÉ, SOURCES DE GRATIFICATION POUR LES PROFESSIONNELS

L'investissement personnel au service des résidents

Soignant en EHPAD, un métier de vocation ?

À l'origine : être choisi, choisir, ne pas avoir le choix

Il est d'usage de décrire les métiers de la santé sous l'angle de la vocation. Les professionnels exerçant en EHPAD n'échappent pas à ce constat, même s'il se déploie de manière contrastée selon les contextes dans lesquels le travail s'exerce.

La vocation, au sens étymologique, renvoie à ce qui s'impose à l'individu, en raison de sa nature ou de son destin. Les professionnels des EHPAD présenteraient donc une inclinaison spontanée pour le type d'activités auxquelles ils se consacrent au quotidien. L'éthique est fortement imbriquée dans cette notion, qui renvoie aux valeurs de l'individu, à l'engagement personnel dans l'activité et à la fidélité à cet engagement, à la définition de soi au moment d'endosser l'identité professionnelle véhiculée par le métier.

Un second argument est régulièrement mis en avant par les professionnels, potentiellement en décalage avec la notion de vocation : celle du choix. Il s'agit là d'un mouvement délibéré de la personne, qui suppose un investissement personnel fort, de moyen ou long terme, mais dont le caractère contraignant est moins prononcé que dans le registre vocationnel. Ce discours est principalement prégnant chez des professionnels qualifiés (AS ou AMP, IDE), qui sont susceptibles de souligner l'investissement représenté par les études réalisées. Ce constat est particulièrement marqué chez les infirmiers : on rencontre en effet plus fréquemment des infirmiers de formation initiale, des professionnels ayant choisi leur avenir en s'inscrivant dans le cursus adapté.

Certains professionnels s'inscrivent à rebours de ces arguments et soulignent le caractère aléatoire de leur arrivée en EHPAD : sans diplôme, généralement caractérisés par une faible mobilité (notamment dans les zones rurales), dans un contexte de rareté des opportunités professionnelles, ils ont accepté un poste d'agent de service en établissement par défaut. Alors qu'ils n'envisagent pas de prime abord de rester au-delà d'un remplacement ou de faire carrière, certains découvrent avec surprise un métier ou un contexte de travail qu'ils apprécient et ne souhaitent plus quitter.

Dans ces discours, on ne saurait évacuer la possibilité d'une reconstruction *a posteriori* de leur parcours par les professionnels. Autrement dit, l'absence de choix pourrait être plus fréquente et être déguisée en vocation afin de justifier une carrière dans un secteur peu valorisé.

Aimer son métier ou aimer son travail ?

Un même diplôme permet d'exercer dans des milieux professionnels si distincts que les soignants ont l'impression de ne pas exercer le même métier en EHPAD et à l'hôpital. Par ailleurs, lorsque l'on demande si les professionnels aiment leur métier, il peut être difficile de savoir si leur réponse fait référence au métier tel qu'il pourrait être défini idéalement et partagé au sein d'une culture professionnelle, ou si elle s'attache au travail

quotidien, à l'ensemble des tâches réalisées et des gestes répétés, et par extension aux conditions de travail ainsi qu'à l'environnement dans lequel s'exerce le travail.

Par convention sociale ou par conviction, une grande majorité des professionnels rencontrés en entretien affirme aimer leur métier. Il semble que l'attachement des professionnels est d'abord dirigé vers la signification et la place qu'occupe leur métier dans la collectivité : il s'agit de prendre soin, d'apporter du bien-être, de soulager des personnes fragiles. Parmi les tâches effectivement réalisées et mises en avant se trouvent les pratiques d'accompagnement (discussion, échange) et de stimulation, tandis que les réponses apportées aux besoins du quotidien (alimentation, hygiène, repos) ne sont évoquées que lorsqu'elles permettent un moment de convivialité avec le résident.

Ce constat est marqué pour les AS et les AMP qui disent regretter l'évolution de la réalité de leur travail : répétitivité des tâches dans des temps restreints, insuffisante disponibilité auprès des résidents, etc., mais aussi pour les IDE, qui déplorent notamment la place croissante des tâches administratives dans leur quotidien. Ainsi, les professionnels se disent attachés à leur métier et à ce qu'il représente en valeurs positives mais moins à la réalité concrète de celui-ci.

Pour autant, il ne faudrait pas en déduire que les activités réelles sont mises à distance ou dissimulées. Elles peuvent au contraire faire l'objet d'une revendication par les professionnels, justement en raison de leur caractère difficile ou ingrat. Deux catégories de personnel sont fréquemment esquissées : ceux qui peuvent et ceux qui ne peuvent pas travailler en EHPAD. Dans la dernière catégorie, se trouvent les professionnels exerçant ce métier de manière temporaire (remplaçants, contractuels, stagiaires), ou encore ceux qui ont exercé par le passé puis ont quitté la profession, qui peuvent parfois être décrits par leurs anciens collègues comme « n'étant pas faits pour ça ».

« Par rapport aux aides-soignantes, j'ai l'impression d'être privilégiée d'exercer en tant qu'infirmière en EHPAD. Nos conditions de travail sont beaucoup moins dures. En revanche, j'ai le sentiment de perdre le sens de mon métier. » Malika, 48 ans, IDE, en EHPAD privé à but non lucratif depuis plus de 20 ans.

« Le métier d'infirmier se transforme peu à peu vers du secrétariat médical et de la médiation entre le médical et le non-médical au travers de la relation aux familles. » Damien, IDE, 29 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 3 ans.

« C'est souvent un métier de vocation pour être au plus près des personnes âgées, mais il est dégradé par la conjoncture actuelle. On a du mal à retrouver le sens et les valeurs de notre métier : on perd nos repères ! » Gisèle, AS, 51 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 7 ans.

Un engagement professionnel et personnel auprès d'un public fragile

Un investissement dans un métier perçu comme noble et utile

Les professionnels tendent à proposer une description très positive de l'exercice du métier de soignant en EHPAD. Celle-ci offre ainsi un contraste important avec le manque de reconnaissance perçue de la part du public d'une part, et avec la pénibilité qui caractérise ces métiers d'autre part.

Comme cela a déjà été évoqué précédemment, les discours des professionnels s'articulent davantage autour de l'évocation des diverses finalités du métier plutôt que des tâches réalisées au quotidien. Le vocabulaire mobilisé renvoie à plusieurs notions complémentaires :

- La noblesse : il s'agit de se mettre au service d'un public fragile pour lui assurer des conditions de vie de qualité et lui permettre de maintenir sa dignité. Plus encore, les personnes âgées peuvent être décrites comme un public de valeur, injustement négligé par la société : les « anciens ».

« J'ai toujours voulu travailler auprès des personnes âgées, c'est ce qui m'a amené à travailler ici. Les résidents nous apprennent beaucoup de choses au quotidien, ils ont un vécu et une histoire. » Julie, 34 ans, AS, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 10 ans.

- « L'utilité » : il s'agit de répondre à des besoins vitaux en soulageant les personnes lorsque celles-ci ne peuvent plus vivre seules, et leurs proches qui ne sont pas en capacité d'assurer l'accompagnement nécessaire. Dans cette perspective, c'est la notion de service au public qui est mobilisée, davantage que celle de service public.

« Les relations sont de qualité avec les résidents, c'est ça qui nous sauve. Les familles elles-mêmes nous disent « merci pour votre travail, je sais que vous le sauvez. » Dans les soins qu'on apporte, la priorité c'est le patient. On est contents d'apporter aux résidents une utilité, une aide, un savoir-faire. » Anne, 32 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 5 ans.

En proposant une description aussi positive de leur métier, les professionnels semblent mettre en œuvre un processus de légitimation, vis-à-vis de l'extérieur mais également d'eux-mêmes, permettant ainsi de lutter contre le manque de reconnaissance, voire les représentations négatives du métier par la société, et contre leur propre découragement face à ces conditions de travail dont la pénibilité a déjà été évoquée.

La question de l'utilité supposée renvoie également aux conflits de valeurs / de prescription qui peuvent émerger entre tutelles ou direction, professionnels, résidents et familles. Comment définir ce que serait un accompagnement adapté à une personne en perte d'autonomie, dans l'absolu et au regard des contraintes qui leur sont imposées ? Quels aspects de l'accompagnement prioriser ?

La question des conflits de valeur se pose ainsi de manière prégnante au sein d'une majorité d'établissements, notamment lorsque l'organisation institutionnelle présente un caractère rigide impactant la capacité des équipes à s'adapter aux rythmes de vie des résidents. La question des moyens contraints fait pleinement partie de cet enjeu, et concerne l'ensemble des catégories d'EHPAD. Les logiques de rentabilité et de productivité qu'on attendrait dans les établissements à but lucratif sont ainsi décrites et critiquées par l'ensemble des professionnels rencontrés, quel que soit le statut de l'établissement, qui se voient d'une part opposer l'absence de moyens disponibles (pour accroître les effectifs, organiser des activités, acquérir du matériel, etc.) et d'autre part reprocher le coût financier que représente l'entrée dans un établissement pour les résidents et leurs proches.

« Les logiques de rentabilité s'opposent parfois aux soins : dès qu'une personne décède, elle est remplacée dès le lendemain. Il y a une gestion stricte de la liste d'attente pour qu'une chambre ne soit jamais vacante. Ça rejailit forcément sur les équipes : elles ont été proches de la personne et elles n'ont pas le temps de faire le deuil, de tourner la page. » Sophie, 36 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 11 ans.

L'accompagnement du résident, entre gratification et frustration

Les professionnels soulignent leur appréciation des échanges avec les résidents, et corrélativement le temps nécessaire pour se consacrer à ce type d'activité, non prioritaire comparativement aux tâches soignantes. Ils se sentent généralement valorisés lorsqu'ils ont l'occasion non seulement de « soigner » mais de « prendre soin ». Cela prendra par exemple la forme d'un temps pour aider au maintien des acquis, pour dialoguer avec le résident, pour rassurer une angoisse passagère. Les AS, les AMP ainsi que les professionnels chargés de soin non diplômés se retrouvent particulièrement dans cette analyse car ils ont une relation de proximité avec les usagers, ce qui n'est pas nécessairement le cas des infirmiers.

Ces interactions avec les résidents, susceptibles de renforcer le sens du travail et la motivation des professionnels, peuvent néanmoins être également sources de frustration lorsque les relations entre acteurs et bénéficiaires de la prise en charge se détériorent.

La notion de « détérioration » des relations entre professionnels et usagers est fréquemment mise en avant par les professionnels. Ces derniers indiquent spontanément que la relation se dégrade car l'accompagnement proposé aux usagers est « de moins bonne qualité ». Ils indiquent donc que la dégradation est principalement liée à la qualité de leur propre travail, ou du moins aux conditions contraintes dans lesquelles ils exercent. Les professionnels évoquent souvent la nécessaire adaptation du résident au soignant, en ce qu'il incarne des horaires, des règles, une organisation, et non l'inverse pourtant prôné pour la qualité des établissements.

Dans le même temps, les professionnels estiment que les critères des résidents pour évaluer la qualité de l'accompagnement qui leur est proposé ne sont pas nécessairement les mêmes. Ils peuvent par exemple davantage se centrer autour du respect des habitudes de vie, de la ponctualité, de la qualité de l'hôtellerie, etc.

Au-delà des problématiques propres aux relations avec des résidents présentant des maladies neurodégénératives ou des démences, les difficultés se cristallisent autour de la figure de « l'utilisateur-consommateur », dont les exigences sont décrites comme incompatibles avec la vie en collectivité et l'organisation du travail que celle-ci suppose. Ce constat est valable dans tous les établissements visités, quel que soit leur statut juridique.

« L'utilisateur-consommateur » est principalement décrit par son usage intempestif des sonnettes, perçues comme dispositif d'appel plutôt que comme signal d'urgence, ou encore par son manque de mobilisation personnelle pour aider le professionnel dans les actes quotidiens (transferts, toilettes, etc.).

L'extrême sensibilité des professionnels vis-à-vis de ce type de comportement semble signaler une tension sous-jacente plus problématique que les enjeux d'organisation ou de pénibilité physique. Deux hypothèses peuvent être avancées ici pour essayer de comprendre ce qui choque si profondément les personnels : 1) le désenchantement entraîné par le constat du peu de réciprocité face à un engagement personnel perçu comme très lourd, 2) le malaise face au prosaïsme de l'échange économique habituellement dissimulé sous le dévouement de la prise en charge soignante.

« Les résidents disent je paie, j'ai droit. Qu'est-ce qu'on peut répondre ? » Marie, 33 ans, AS, en EHPAD public non hospitalier depuis 5 ans.

L'attachement aux résidents

Au-delà des valeurs personnelles et professionnelles, d'autres registres sont mobilisables pour décrire le travail des soignants en EHPAD. La dimension émotionnelle de l'attachement aux résidents constitue ainsi une gratification majeure pour les professionnels exerçant en EHPAD. Des relations de tendresse et d'affection sont ainsi fréquemment décrites.

« J'ai beaucoup d'affection pour les résidents. Je les aime les petits vieux moi. » Sophie, 36 ans, IDE en EHPAD privé à but lucratif depuis 11 ans.

« Même si on a le sentiment de manquer de temps, il y a une vraie reconnaissance de la part des usagers, dans leurs mots comme dans leurs gestes. » Laure, 33 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 3 ans.

Ces témoignages s'accompagnent fréquemment d'une réflexion sur les risques liés à cette dimension affective. Les équipes soignantes mentionnent systématiquement la nécessité de distancier les relations avec les résidents, afin de limiter le sentiment d'attachement. Mais les équipes mentionnent systématiquement la difficulté à prendre du recul : « il ne faudrait pas, et pourtant, on ne peut pas s'en empêcher ».

En effet, l'équité de traitement proposée aux résidents est un principe déontologique fort et régulièrement mis en avant par les professionnels. Les risques encourus par les professionnels qui ne parviendraient pas à maintenir une distance émotionnelle suffisante avec certains résidents sont également soulignés par les professionnels : s'attacher signifie s'inquiéter lorsque la personne est souffrante, souffrir au moment de son décès, etc. Cela signifie également que la frontière entre vie personnelle, à laquelle serait rattachée ce type d'émotions, et vie professionnelle est poreuse, et que la charge mentale liées aux problématiques de travail continue à peser en dehors du temps de travail.

Pour se protéger, les professionnels disent ainsi devoir se construire une « carapace ». Pour autant, la frontière est ténue entre la carapace et le désinvestissement professionnel, frontière invisible qui, une fois franchie, ne permet plus de s'épanouir dans son travail et d'être un « bon professionnel ».

Être compétent et s'améliorer

Les métiers soignants en EHPAD ne sont traditionnellement pas décrits comme « techniques ». À la technicité requise dans certains services hospitaliers par exemple se substituent d'autres compétences, que les professionnels ont à cœur de valoriser : des savoir-faire – soins de nursing, prise en charge d'une personne désorientée, stimulation de l'autonomie, etc. – et des savoir-être – patience, polyvalence, etc.

« Si j'étais plus jeune, oui, j'aurais pu passer le concours d'IDE il y a quelques années. Mais aujourd'hui, non. Et puis, dans le métier d'infirmière, il n'y a pas assez de relationnel, pas de prise en charge totale. C'est un métier qui est trop technique. » Christine, 54 ans, AS suite à une reconversion professionnelle, en EHPAD public non hospitalier depuis 9 ans.

Ainsi, les professionnels apprécient et valorisent l'accès à la formation continue, qu'ils décrivent comme une opportunité d'améliorer la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents.

« J'ai fait des formations : douleur, fin de vie, massage, relaxation, effleurage, agressivité, Alzheimer, prise en charge des stagiaires AS et AVS. Chaque année, je peux choisir ce que je veux faire comme formation. Moi je demande tous les ans, je veux m'améliorer. Ça permet de sentir si la personne est bien. » Christine, 54 ans, AS suite à une reconversion professionnelle, en EHPAD public non hospitalier depuis 9 ans.

L'accès à des formations peut néanmoins entraîner un effet pervers difficile à maîtriser : dans le contexte déjà décrit de cadences élevées et de manque de temps à consacrer à un accompagnement davantage relationnel, il est souvent difficile de mettre en œuvre les apprentissages techniques.

« On a fait des formations aromathérapie, toucher-massage, balnéothérapie. On est formées, mais on n'a pas le temps de faire des animations autour de ça. Il faut nous donner les moyens de les mettre en pratique. Ça serait aussi une reconnaissance du métier. » Sandra, 29 ans, AS en EHPAD public hospitalier depuis 8 ans.

Les critiques implicites portées par les démarches qualité et de promotion de la bientraitance

La dimension identitaire des métiers soignants en EHPAD est particulièrement prononcée. Elle s'explique et se matérialise par un investissement professionnel et personnel significatif. Parmi les compétences requises, les professionnels mettent systématiquement en avant leur « savoir-être » et les valeurs humaines que chacun peut porter.

Dans ce contexte, les critiques portées sur les pratiques professionnelles sont perçues de manière exacerbée par les soignants, et apparaissent susceptibles de générer des remises en question d'ordre personnel. Un exemple illustratif peut être trouvé dans les réactions de certains personnels aux démarches qualités portées par les établissements.

« C'est des changements de société : maintenant on balance sans arrêt la maltraitance, on entend les émissions de télé, ils vont dans les EHPAD, ils mettent des caméras cachées. Les familles sont de plus en plus procédurières, comme aux États-Unis. Avant, les gens étaient plus humbles. On met tellement en avant les chartes, les droits. C'est vrai qu'il y a eu des endroits où il y a eu des débordements, mais là c'est carrément la chasse aux sorcières. » Annie, 47 ans, ASH devenue AS suite à une formation, qualification ASG, en EHPAD public non hospitalier depuis 24 ans.

Le travail d'équipe

La solidarité et le soutien au sein d'une équipe

La répartition des tâches au sein du travail collectif

Le travail soignant en EHPAD est systématiquement décrit par les professionnels comme étant un travail collectif. Cette caractéristique implique plusieurs dimensions complémentaires qu'il est nécessaire d'explorer : la constitution en équipe de travail, la répartition et le partage des tâches au sein du collectif de travail, les pratiques de solidarité.

La définition d'équipes de travail affectées à des secteurs déterminés constitue le dénominateur commun aux organisations du travail en EHPAD. Au-delà, chaque établissement se distingue par une organisation qui lui est propre, ensuite caractérisée par des horaires, un roulement, des taux d'encadrement, des taux de qualification, etc.

La répartition et le partage des tâches constituent des enjeux propres au travail collectif. Plusieurs observations peuvent être faites à cet égard, puisque la répartition des tâches se joue à plusieurs niveaux distincts. L'organisation du travail peut ainsi être formelle (référentiels de compétences, fiches de poste) ou informelle (répartition de fait des tâches dans l'équipe).

Il s'agit d'abord de clarifier les périmètres d'intervention des différentes catégories de personnel :

- Des référentiels de compétences sont définis à l'échelle nationale et permettent de déterminer avec précision les tâches que chaque catégorie de professionnel peut assurer. Pour autant, ces prescriptions ne sont que partiellement respectées par les établissements, qui continuent de faire intervenir des professionnels non qualifiés sur des tâches relevant théoriquement d'une qualification *ad hoc*.
- Des fiches de poste peuvent être élaborées par les structures afin de formaliser la nature des tâches confiées à chaque professionnel et les modalités de réalisation de ces tâches. Ce travail de formalisation est néanmoins minoritaire dans les établissements visités.

Il s'agit ensuite de procéder à la répartition des tâches entre les professionnels de même type intervenant au sein d'une équipe. Dans une majorité d'établissements, il apparaît que cette répartition des tâches est informelle et repose sur des éléments à la fois explicites et implicites. D'une part, la communication verbale entre les membres d'équipe est importante, qu'elle intervienne au fil de la journée de travail ou lors de moments dédiés (transmissions, réunions d'équipe) ou spécifiques (pauses). D'autre part, les professionnels soulignent que la répartition des tâches se fait souvent naturellement sans avoir besoin d'être explicitée par le collectif de travail ou par l'encadrement.

« On est suffisamment intelligentes pour que ça se passe bien. » Eva, 31 ans, AS en EHPAD privé à but non lucratif depuis 8 ans.

À l'analyse, les fondements de ce partage semblent reposer sur l'équité dans la prise en charge des tâches pénibles ou gratifiantes (par exemple le partage des toilettes difficiles, réalisées à tour de rôle) et la répartition selon les goûts et appétences des professionnels sous réserve de réciprocité, entraînant un échange de tâches informel entre collègues.

A contrario, certaines structures ont fait le choix de pousser le niveau de formalisation de l'organisation et de la répartition du travail. C'est par exemple le cas en déterminant un listing par professionnel (ou par poste) des toilettes à réaliser dans la matinée. Le questionnement autour du partage informel des tâches est moins important mais reste pertinent, toute organisation générant des zones d'incertitude³⁶.

³⁶ Michel Crozier, Erhard Friedberg, « L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective », Éditions du Seuil, 1981. Première parution en 1977, dans la collection "Sociologie politique".

« Faire équipe » au profit de l'accompagnement du résident

Plus encore que l'équité et la réciprocité, la solidarité est revendiquée par les professionnels comme un fondement essentiel de leur manière de travailler.

À cet égard, les discours des professionnels sont alarmistes : ils observent une diminution des pratiques de solidarité et anticipent une dégradation continue pour les années à venir.

Ce constat est interprété comme le résultat de la dégradation des conditions de travail, les cadences étant trop importantes pour dégager du temps et venir en soutien aux collègues d'une part ; les professionnels eux-mêmes en difficulté ayant tendance à se protéger d'autre part.

Les professionnels sont très attachés à ce dernier point, notamment parce que la qualité du service rendu constitue un déterminant primordial des conditions de travail. L'idée selon laquelle le collectif de travail doit être fort pour se mettre au service du résident est en effet largement répandue parmi les professionnels rencontrés. Le fait d'être constitué en équipe ne garantit pas pour autant un fonctionnement collectif efficient, au sein duquel le collectif de travail dépasserait la somme des individualités qui le composent pour assurer une prise en charge optimisée du résident.

Les problématiques relationnelles entre membres d'une même équipe constituent un premier obstacle à la constitution d'un collectif de travail. Celles-ci trouvent leur origine à un niveau personnel (mésentente individuelle, apparition de clans lorsque d'autres professionnels prennent parti, introduction de conflits personnels depuis l'extérieur de l'établissement, etc.) ou à un niveau institutionnel (conflits de groupes : entre équipes, entre anciennes et nouvelles, entre métiers, etc.).

« Oui il peut y avoir des tensions ! Parce que certains sont là depuis plus longtemps et d'autres moins, parce qu'on n'a pas tous la même conscience professionnelle, ... » Clémentine, AS, 29 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 6 mois.

Au-delà des conflits interpersonnels, la difficulté à « faire équipe » peut être nourrie de facteurs exogènes : évolution de la structure (changement de bâtiment, regroupement d'établissements, agrandissement de la capacité d'accueil, spécialisation d'une unité), évènement de nature traumatique (conflit avec une famille, suicide d'un résident, enquête sur une suspicion de maltraitance) ou dysfonctionnement organisationnel ou managérial (conflit avec la hiérarchie ou absence de celle-ci, absentéisme ayant des impacts sur la planification).

Dans les deux cas, c'est la capacité du groupe à créer une dynamique d'équipe, à « aller dans le même sens », à proposer un accompagnement harmonisé et personnalisé aux résidents qui est mise en cause.

Le rôle de la hiérarchie, et notamment du cadre de proximité, est à cet égard souligné par les professionnels. Il est attendu de sa part qu'il soit garant du professionnalisme des personnels, par exemple en intervenant de manière impartiale pour encadrer les conflits interpersonnels ou en accordant les visions de chacun sur ce que serait une prise en charge personnalisée et de qualité pour les résidents.

De la même manière, les temps collectifs formels comme informels sont présentés comme essentiels à la constitution du collectif de travail. Les temps de transmission ou de réunion, mais aussi de pause, sont appréciés pour les échanges qu'ils permettent de susciter. Ils sont néanmoins plus ou moins valorisés par la structure, lorsque peu de temps formels sont prévus, et l'encadrement, lorsque les pauses font l'objet d'une tolérance fragile.

Être attaché à son établissement et en porter les valeurs

La notion « d'attachement » en EHPAD, telle qu'elle est abordée en sociologie ou en psychologie du travail, est essentiellement traitée sous l'angle des relations entre professionnels et résidents.

La notion d'attachement d'un professionnel à l'EHPAD dans lequel il travaille doit être abordée sous différents angles : celui de la loyauté, de l'engagement, de la fidélisation ou encore de l'implication. Dans ce cadre, Antoine

Véniard indique que « l'implication ne peut être définie que dans le sens d'une symbiose entre les valeurs d'une organisation et celles de ses membres. C'est l'attachement psychologique ressenti par la personne pour l'organisation qui s'effectue parce que cet individu internalise ou adopte les valeurs, buts et normes de l'organisation »³⁷.

La notion d'attachement est donc particulièrement subjective, celle-ci étant liée à un système de valeurs et de normes appartenant à chaque individu. Les discours des soignants quant à l'attachement à leur EHPAD restent hétérogènes et protéiformes. Si certains professionnels indiquent être particulièrement attachés à leur « maison », d'autres indiquent tout à fait le contraire, et ce quel que soit le statut juridique de la structure.

La notion d'attachement à une structure est nécessairement marquée par l'ancienneté du professionnel au sein de l'EHPAD : plus celle-ci sera importante, plus la probabilité que le soignant se dise attaché à sa structure l'est également. L'attachement des soignants à leur établissement est parfois indirect : il se matérialise principalement sous le prisme de l'attachement aux résidents et aux collègues. D'autres facteurs entrent par ailleurs en ligne de compte et impactent cette notion : l'âge du professionnel et son parcours professionnel, la situation géographique dans laquelle se situe l'établissement : la taille de la structure et/ou de l'équipe, la qualité des relations interpersonnelles avec les collègues et la hiérarchie, le climat social, les souhaits individuels et les possibilités de promotion professionnelle, etc.

L'attachement des professionnels à leur structure est davantage prégnant que l'attachement à l'organisme de rattachement (association, fédération, groupe...), considéré comme étant davantage le « gestionnaire » et dont la distance avec le terrain constitue un frein à la construction d'un véritable sentiment d'appartenance. Il peut également se jouer à travers l'attachement à la figure de la direction, certains professionnels rapportant avoir « suivi » leur directeur lorsque celui-ci a changé d'établissement. Ce qui se dit à travers ces situations, c'est également la capacité de la direction à donner du sens au travail réalisé au quotidien par le professionnel.

Au-delà de l'attachement émotionnel ou affectif, les professionnels témoignent également de leur souhait de se reconnaître dans le projet de l'établissement, dans les principes de prise en charge proposés mais également dans les pratiques professionnelles mises en œuvre.

Enfin, l'attachement à l'établissement semble naître autant de l'adhésion à la structure que d'une mise à distance et d'une distinction vis-à-vis des autres établissements. Les autres établissements, y compris locaux, sont systématiquement décrits comme moins accueillants, chaleureux, compétents, etc.

« Je sais que dans d'autres établissements, c'est pas comme ça, qu'ici, c'est bien, on n'a pas à se plaindre. Je connais un EHPAD, c'est un mouroir, il faut imaginer un endroit sombre, avec les portes ouvertes, et puis l'odeur. Il y a aussi des endroits où ça manque de personnel. Ici, non, c'est pas comme ça. » Tiffany, 28 ans, ASH puis AS, en EHPAD public hospitalier depuis 11 ans.

Pour autant, les données recueillies ne permettent pas de déterminer si le fait d'être attachés à l'établissement implique pour les professionnels une tolérance accrue vis-à-vis des conditions de travail, ce qui pourrait impliquer que cet attachement compense des conditions de travail objectivement dégradées ou encore que celui-ci influence la perception par les professionnels de leurs conditions de travail.

L'attachement à la structure se joue aussi dans un mouvement de distinction vis-à-vis de deux figures repoussoir que sont l'hôpital, déjà évoqué plus haut, et le domicile. Cette différence, si elle peut se lire au regard des conditions d'exercice propres à chaque secteur (la solitude au domicile ; l'atomisation à l'hôpital), doit également s'interpréter au regard de la constitution du collectif de travail. L'EHPAD apparaît comme une structure à taille humaine au sein de laquelle des relations interpersonnelles de travail peuvent se développer et se mettre au service d'un projet commun.

³⁷ Véniard Antoine, « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire. », *Management & Avenir* 9/2011 (n° 49), p. 84-101.

L'apport des bénévoles

Des bénévoles sont susceptibles d'intervenir au sein des établissements, principalement dans le cadre d'animations (activités, lecture, jeux, etc.) ou d'échanges interpersonnels (visites, balades, etc.) avec les résidents. Dans le cadre du panel d'établissements rencontrés, seuls cinq d'entre eux, de statut privé à but lucratif ou non lucratif, soulignaient l'intervention régulière de bénévoles, visiteurs individuels ou membres d'associations (Les Petits Frères des Pauvres par exemple).

ENCADRÉ N° 11 : LES RECOMMANDATIONS DE L'ANESM CONCERNANT LE BÉNÉVOLAT EN ÉTABLISSEMENT

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), dans le cadre de ses Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), encourage l'intervention des bénévoles dans les ESSMS, notamment au sein des EHPAD : « Les interventions de bénévoles, complémentaires de celles des professionnels, participent du lien social et de l'exercice concret de la solidarité envers les personnes accueillies. Celles-ci profitent de la présence de ces bénévoles qui concourent à diversifier leurs liens sociaux. Les bénévoles se révèlent aussi des relais de communication vis-à-vis de l'environnement, en contribuant à la reconnaissance de l'établissement »³⁸.

L'ANESM mentionne également la notion de « bénévolat discret », essentiellement assuré par les familles : « Il existe aussi un bénévolat « discret », auquel participent les personnes accueillies elles-mêmes quand elles s'entraident, les familles quand la solidarité les portent au-delà des liens personnels, et parfois les professionnels eux-mêmes, susceptibles de s'investir au-delà de leur contrat de travail ».

Les interventions des bénévoles et des soignants étant croisées et non communes, l'impact de l'appui des bénévoles sur les conditions de travail des professionnels soignants est faible, s'agissant notamment de l'organisation du travail et de la pénibilité physique. En effet, les bénévoles n'interviennent pas pour appuyer les soignants dans la réalisation des tâches qui génèrent une fatigue physique et mentale.

Néanmoins, l'apport des bénévoles est susceptible de s'inscrire dans une logique de forte complémentarité avec le travail réalisé par les soignants, d'une part parce qu'ils leur permettent de se concentrer sur leurs tâches propres, d'autres part parce qu'ils contribuent à faire vivre l'établissement.

En effet, les bénévoles permettent de réduire le sentiment d'isolement des personnes disposant d'un faible tissu familial ou relationnel, leur permettant d'avoir des relations sociales et, dans certains cas, de se substituer aux proches. En outre, l'intervention de bénévoles sur le champ de l'animation permet de renforcer la dimension « lieu de vie » de l'EHPAD et d'apporter une nouvelle dynamique auprès des résidents, ce que les soignants disent apprécier.

L'intervention de bénévoles est donc systématiquement décrite comme une plus-value pour la qualité du service rendu à l'utilisateur, ce qui est susceptible d'avoir un impact indirectement positif sur les conditions de travail des soignants. Les établissements apparaissent ainsi souvent en recherche de bénévoles mais peinent à trouver des volontaires.

Concurrence et complémentarité des métiers

La pluridisciplinarité en question

Les équipes soignantes en EHPAD, au-delà de la diversité des métiers qu'elles recouvrent, s'inscrivent dans un tissu pluridisciplinaire dense (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, médecin, etc.), multipliant les enjeux en termes de relations interpersonnelles et interprofessionnelles.

Malgré les injonctions institutionnelles en faveur d'une plus grande coordination des différentes compétences au service du projet de vie et de soin du résident, les professionnels soignants témoignent d'un faible niveau de travail commun, voire d'interaction avec d'autres types de professionnels. Outre la difficulté à pourvoir certains postes paramédicaux, qui limite la représentation de ces professionnels dans les établissements, et leur faible

³⁸ ANESM, « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », décembre 2008.

temps de travail, les opportunités de rencontres peuvent être réduites ou inexistantes en l'absence de réunions pluridisciplinaires.

Ces constats sont également transposables à l'échelle des relations entre IDE d'une part et équipes AS, AMP et ASH faisant fonction d'autre part. Ainsi, le positionnement de hiérarchie fonctionnelle des IDE vis-à-vis des équipes soignantes apparaît parfois contesté par ces dernières, notamment lorsque des écarts d'âge, d'ancienneté et par conséquent d'expérience sont à l'œuvre. Les jeunes infirmières sont fréquemment bousculées par les « anciennes », certaines disent avoir été « testées » au moment de leur prise de poste.

« C'est difficile de trouver sa place dans une équipe, les soignants testent la nouvelle infirmière qui arrive. Ils m'ont dit que c'était normal que je fasse ça ou ça, alors que j'ai appris après que c'était pas vrai. » Delphine, 38 ans, ASH puis auxiliaire de puériculture puis IDE, en EHPAD public hospitalier depuis 1 an.

Des enjeux de reconnaissance hiérarchique et sociétale

S'agissant du volet professionnel, les représentations des métiers sont inégalement valorisées au sein des établissements. Si les IDE indiquent ne pas rencontrer de problématique de reconnaissance de leur métier à l'échelle sociétale, celle à l'échelle institutionnelle est à géométrie variable. Si les relations avec les AS, AMP, AVS et ASH faisant fonction sont hétérogènes d'une structure à l'autre (mais relèvent le plus souvent de l'autorité fonctionnelle), leur autorité hiérarchique est couramment affirmée. En revanche, les modes de reconnaissance sont parfois plus complexes avec les autres professionnels paramédicaux (psychologues, ergothérapeutes...) ou médicaux (médecins traitants, spécialistes notamment).

« On représente parfois une autorité hiérarchique malgré nous pour les AS, mais les barrières entre IDE et AS sont avant tout liées au caractère de chacun et à la manière qu'ont les infirmiers de faire ressentir cette différence hiérarchique. » Marc, IDE, 36 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 12 ans.

Plus encore, c'est du manque de reconnaissance « sociétale » du travail effectué que les professionnels disent souffrir. Celui-ci se lit au travers de l'inégalité entre l'importance du travail fourni et la faiblesse des moyens mis à disposition pour le réaliser, dans ce qui est perçu comme un « abandon » de la part des autorités de tutelle.

« On a du mal à admettre qu'on nous dise de faire du bon boulot, mais de ne pas donner les moyens de le faire. C'est paradoxal, comment faire bien, avec des personnes qui demandent de plus en plus de temps, de travail. Il faut aussi aller au rythme de la personne. » Annie, 47 ans, ASH devenue AS suite à une formation, qualification ASG, en EHPAD public non hospitalier depuis 24 ans.

Les relations entretenues avec une majorité de familles ou de proches de résidents peuvent contribuer à cette image dégradée des métiers : les professionnels déplorent que les retours des familles soient concentrés sur la mise en évidence des dysfonctionnements plutôt que sur les aspects positifs de l'accompagnement.

« Ce n'est pas reconnu quand c'est bien. Les familles ne voient que les mauvais côtés. » Annie, 47 ans, ASH devenue AS suite à une formation, qualification ASG, en EHPAD public non hospitalier depuis 24 ans.

■ CONCLUSION

Des conditions de travail principalement déterminées par les moyens financiers dont dispose l'établissement, l'impulsion et le soutien apportés par la hiérarchie, la qualité des rapports au sein du collectif de travail

Si l'étude a été conduite auprès de 30 EHPAD représentatifs de la diversité du paysage français au regard de critères objectifs, les constats sur les conditions de travail ne peuvent paradoxalement pas se lire à travers le prisme de ces critères, qu'il s'agisse du statut juridique de l'établissement, du niveau de dépendance moyen, de la localisation ou encore de la taille de l'établissement.

Un GMP-PMP élevé ne signifie pas que les conditions de travail seraient plus difficiles car les résidents plus dépendants. Tout dépendra de l'adéquation entre le niveau du GMP-PMP et les effectifs présents dans l'établissement et donc de la date de réévaluation de ces indicateurs. La taille de l'établissement ne semble pas figurer non plus parmi les critères déterminant les conditions de travail, et la qualité bâtiminaire assez peu : outre le fait qu'il s'agisse très rarement d'éléments spontanément mentionnés par les professionnels, ce sont plutôt les modalités d'organisation du travail et des équipes qui se révéleront favorables ou non aux conditions de travail des soignants.

Parmi les principaux enseignements de l'étude, trois variables apparaissent en définitive majeures dans la détermination de la qualité des conditions de travail des soignants :

- Les moyens financiers dont dispose l'établissement : ils conditionnent les dotations en personnel, et par conséquent le taux d'encadrement et la charge de travail par individu. Si les professionnels semblent exercer dans de meilleures conditions de travail dans les établissements disposant de meilleures marges de manœuvre financières, ils n'en ont pas toujours le ressenti. En effet, il semble que l'évolution récente de la charge de travail soit déterminante dans sa perception par les professionnels. Sans que la charge de travail puisse être véritablement comparée d'un secteur à l'autre de manière objectivée, les professionnels du secteur public, notamment hospitalier, décrivent des conditions de travail moins favorables. À l'inverse, ce secteur bénéficie toujours d'une forte attractivité en raison des niveaux de salaires vus comme plus élevés par les professionnels du privé et des avantages supposés liés au statut de fonctionnaire (sécurité de l'emploi, absence de jour de carence, politique d'établissement, etc.).
- L'impulsion donnée par la direction et l'encadrement : celle-ci est déterminante à plusieurs égards. D'une part, la capacité de la direction à gérer, négocier, piloter et anticiper contribue à optimiser les moyens disponibles dans les établissements. D'autre part, la reconnaissance du travail réalisé, le soutien face aux difficultés ou aux critiques, l'association aux projets transversaux et la responsabilisation des équipes sont des déterminants majeurs de la qualité des conditions de travail aux yeux des professionnels. Ils contribuent à donner du sens à l'action quotidienne, à favoriser l'investissement dans la vie de l'établissement et à se projeter dans le futur, par exemple à travers la promotion professionnelle.
- La qualité des relations de travail : le travail soignant exercé en EHPAD apparaît par nature comme un exercice collectif. La qualité des liens avec les collègues, la solidarité dans le partage des tâches et l'organisation du travail, le sentiment d'aller dans la même direction en prodiguant un accompagnement cohérent et personnalisé aux résidents sont des facteurs de satisfaction et d'investissement dans le travail pour les professionnels soignants.

Peu de distinction par métier ont par ailleurs été repérées au cours de l'étude. On constate d'une part que les AS, les AMP et les ASH faisant fonction dans les EHPAD concernés (qu'elles présentent le diplôme d'AVS ou non) réalisent les mêmes tâches et exercent dans les mêmes conditions au sein de chaque établissement. Si le métier infirmier se distingue par le contenu des tâches à réaliser, les constats et valeurs portés par les personnels apparaissent souvent proches de ceux exprimés par les autres catégories de professionnels. Par exemple, comme le reste des soignants, ils valorisent avec force le relationnel avec les résidents ainsi qu'avec leurs proches. Quelques singularités infirmières peuvent néanmoins être soulignées, dans la mesure où la qualité de leurs conditions de travail sera également déterminée par leurs relations avec le médecin coordinateur, lequel n'est que peu amené à interagir avec les équipes soignantes tandis que ses relations avec l'équipe infirmière sont fréquentes et rapprochées. Par ailleurs, les infirmiers présentent une position particulière et gratifiante dans les EHPAD puisqu'ils se rapprochent du personnel d'encadrement, se voient confier de plus grandes responsabilités et sont amenés à intervenir sur une grande diversité de tâches. Néanmoins, cette position souvent décrite comme « centrale » dans l'organisation de l'EHPAD peut être lourde à occuper, notamment pour de jeunes professionnels. Certains ont ainsi pu être amenés à décrire en entretien leur sentiment de débordement, souffrant d'être amenés à intervenir sur une multitude d'aspects sans savoir où poser la limite de leur rôle et questionnant les retours dont ils bénéficient au regard de leur investissement.

Enfin, si le turn-over du personnel est variable d'un établissement à l'autre et malgré des conditions de travail objectivement difficiles, les rencontres avec les professionnels permettent d'affirmer qu'ils tiennent à leur secteur d'activité, à leur établissement et à leurs missions auprès des personnes âgées. Une grande majorité estime travailler en EHPAD par vocation, intérêt, sentiment d'utilité. Rares sont ceux qui, dans leur discours, estiment que leur parcours en gérontologie n'est lié qu'à la présence d'un emploi, soit à proximité de leur domicile, soit accessible avec un faible niveau de qualification. Pour beaucoup, être soignant en EHPAD n'est pas un métier comme les autres ni un travail alimentaire, et ce malgré des salaires jugés faibles. C'est le sentiment d'importance de la mission accomplie auprès des personnes âgées qui les pousse à poursuivre dans le secteur.

Quel futur pour les soignants en EHPAD ?

Les critères de qualité des conditions de travail évoqués ci-dessus font aujourd'hui l'objet de fortes inquiétudes de la part des personnels. Comment leur travail va-t-il évoluer face à la raréfaction des ressources financières, à la technocratisation de la gestion opérée par les directions et à l'individualisation des pratiques ?

Interrogés sur le futur de leur métier, les professionnels soignants des EHPAD soulignent à la fois la permanence du public et des besoins des personnes âgées dépendantes, ainsi que les facteurs d'évolution de la prise en charge.

En effet, les personnes âgées dépendantes auront toujours besoin de soins et d'accompagnement dans un lieu dédié à cette activité, même si les possibilités de prise en charge à domicile s'accroissent (y compris sous des formats mixtes intégrant un accueil de jour ou de nuit en établissement) et que les aidants naturels, par choix ou sous contrainte financière, font le choix de limiter l'institutionnalisation de leurs aînés.

Les professionnels rappellent les menaces déjà identifiées : croissance de la charge de travail et risque que celle-ci devienne littéralement insupportable, évolution du secteur médico-social vers un modèle plus sanitaire, raréfaction des pratiques d'entraide et de solidarité au sein des équipes, tendance de fond à l'individualisation de la prise en charge – plus conforme aux attentes des « nouvelles générations » de personnes âgées dépendantes, mais difficilement conciliable avec les contraintes de l'organisation en collectivité – ou encore renforcement des exigences des usagers (en matière de présence, de disponibilité, de pratiques d'hygiène, etc.).

Pour autant, des manières de faire « autrement » apparaissent. L'utilisation croissante de la technologie notamment est remarquée, que ce soit au niveau du travail – des machines aujourd'hui, peut-être des robots demain – ou des pratiques des usagers (informatique, téléphone portable, etc.). Mais ces évolutions se heurtent aussi au spectre de la machine, de l'usine, évoqué plus haut : c'est finalement le risque de déshumanisation de la prise en charge que les professionnels souhaitent relayer et prévenir. Pour cela, ils revendiquent – avec autant d'espoir que de découragement – que soit pris en compte le lien organique entre la qualité de leurs conditions de travail et

la qualité de la prise en charge proposée aux résidents. Ils attendent ainsi que la qualité de leur intervention soit reconnue au travers d'un accroissement des moyens dévolus aux EHPAD.

Enfin, la médicalisation croissante des établissements, en réponse à des niveaux de dépendance plus élevés des résidents, constitue une inquiétude forte des professionnels, notamment parce qu'elle se heurte à leur identité professionnelle telle qu'ils aiment à la définir, faisant primer le « care », l'accompagnement global, la relation humaine sur la technicité des soins. C'est une coupure qui semble s'engager entre l'hôpital et l'EHPAD, le médico-social et le sanitaire. Ce sentiment ainsi que les évolutions en cours vont à rebours de ce que les soignants apprécient de leur métier et de ce qui leur permet de continuer à s'investir malgré des conditions de travail difficiles.

Annexe 1. Bibliographie

Alma CG (2013), *5ème baromètre de l'absentéisme*, disponible en ligne : www.ayming.fr

ARBORIO A.M. (2001), *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, éd. Economica, Paris.

ARBORIO A.M. (1995), « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, volume 13, n° 3.

BAILLY F., CHAPPELLE K. et PROUTEAU L. (2013), *Les organisations de l'économie sociale proposent-elles des conditions d'emplois différentes de celles des autres organisations ?*, IRES, juin.

BAUDELLOT C. et SERRE D. (2006), « Les paradoxes d'une satisfaction. Ou comment les femmes jugent leur salaire », *Travail, genre et sociétés*, n° 15, janvier.

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Direction des Risques Professionnels (2015), « Activités de services II : sinistralité des accidents de travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles entre 2010 et 2014 ».

CIDES-Chorum (2012), « La prévention des risques professionnels dans les EHPAD : un état des lieux », *Chorum-CIDES*, novembre.

CHAZAL J. (2011), « Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 22.

CHAZAL J. (2011), La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches, *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n°18.

COLLOMB C., LETTERIER D. et LIENARD S. (2014), *Conditions de travail des salariés en EHPAD, évaluation des facteurs organisationnels et psychosociaux*, Journées d'Automne SMSTS, Centre de Conférence de l'Aar Schiltigheim.

CROZIER M. et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, 1981.

DAÏEFF S. et BABADJIAN Ph. (2008), « Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique », *Gérontologie et société*, n° 126, pp. 105-111.

DETCHESSAHAR M. (dir.) (2009), « Les déterminants organisationnels de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail, étude SORG (santé, organisation et gestion des ressources humaines) » pour l'Agence nationale de la recherche, septembre.

DUGUE B. et PETIT J. (2012), « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2013.

GREVIN A. (2011), *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Université de Nantes, 7 décembre.

GOLLAC M., VOLKOFF S. et WOLFF L. (2014), *Les conditions de travail*, La Découverte, Repères.

GROBON S. (2014), « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 57, décembre.

KPMG (2015), *Observatoire des EHPAD 2014*.

MARQUIER R. (2013), « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 47, octobre.

PERRIN-HAYNES J. (2011), « Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n° 22.

RAMOS-GORAND M. et VOLANT S. (2014), « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 891, septembre.

VENIARD A. (2011), « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire. », *Management & Avenir*, n° 49, septembre.

VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 877, février.

VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n° 899, décembre.

Publications de l'ANESM

Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et médico-sociaux :

- L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes, mars 2015.
- Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement, mai 2014.
- Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, novembre 2012.
- Qualité de vie en Ehpad (volet 3) - La vie sociale des résidents, janvier 2012.
- Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, septembre 2011.
- Qualité de vie en Ehpad (Volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement, février 2011.
- Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, novembre 2009.
- L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social, février 2009.
- Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, décembre 2008.

Publications de l'École des hautes études en santé publique

- DUCOURET L. « La convention tripartite, d'un outil juridique vers un processus de management », Mémoire de l'École nationale de la santé publique, 2006.
- DAUGAN S. « Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel », Mémoire de l'École nationale de la santé publique, 2013.
- LAROQUE G. « L'organisation du travail en EHPAD : un outil managérial pour le Directeur » Mémoire de l'École nationale de la santé publique, 2014.

Annexe 2. Méthodologie de l'étude

Le pilotage de l'étude

Un comité de pilotage s'est chargé d'assurer le bon déroulement de la démarche. Celui-ci s'est réuni à plusieurs reprises :

- 17 juin 2015 : lancement la démarche ;
- 22 juillet 2015 : finalisation et validation des outils (échantillon, trames d'entretien...) ;
- 5 octobre 2015 : présentation des premières conclusions de l'étude ;
- 17 décembre 2015 : présentation et validation du plan détaillé ;
- 21 janvier 2016 : présentation du rapport provisoire ;
- 31 mars 2016 : présentation et validation du rapport définitif.

Élaboration de l'échantillon et présentation du panel final

L'étude a été conduite auprès de 30 EHPAD entre les mois de septembre 2015 et de février 2016. La sélection des EHPAD sollicités répondait à l'objectif d'assurer une représentativité des établissements présents en métropole sur la base des critères suivants :

- Le statut juridique de l'EHPAD :
 - Public hospitalier
 - Public non hospitalier
 - Privé à but non lucratif
 - Privé à but lucratif
- La capacité d'accueil de l'établissement
- La situation géographique
 - Urbain ou rural
 - Département
- Le GMP (GIR moyen pondéré) de l'établissement, par comparaison avec le GMP moyen et médian
- L'adossement à une autre structure et l'existence d'une unité spécifique

Au total, l'échantillon comprenait plus d'une centaine d'EHPAD répondant aux différents critères de représentativité listés ci-dessus.

Principales caractéristiques du panel final

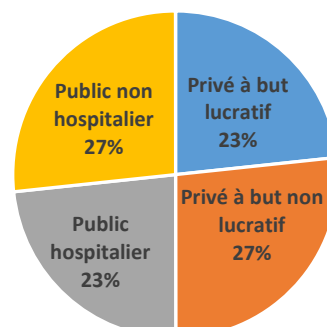
Répartition par statut :

Le panel final est composé de 30 EHPAD, dont la répartition par statut juridique est la suivante :

- 7 EHPAD privés à but lucratif
- 8 EHPAD privés à but non lucratif
- 7 EHPAD publics hospitaliers
- 8 EHPAD publics non hospitaliers

Cette répartition est globalement conforme à celle existante sur le territoire national, d'après les bases de données de la DREES :

Répartition des EHPAD par statut

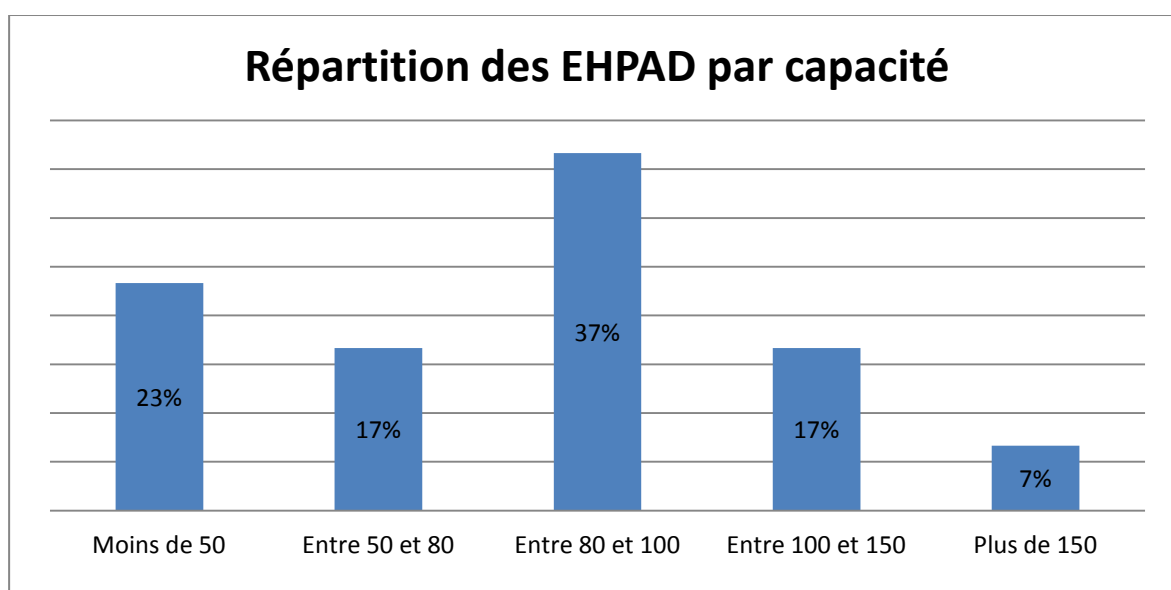


| Statut | Répartition nationale | Répartition de l'échantillon |
|--|-----------------------|------------------------------|
| <i>EHPAD privés à but lucratif</i> | 20 % | 23 % |
| <i>EHPAD privés à but non lucratif</i> | 28 % | 27 % |
| <i>EHPAD publics hospitaliers</i> | 23 % | 23 % |
| <i>EHPAD publics non hospitaliers</i> | 29 % | 27 % |

SOURCE : ENQUÊTE EHPA 2011, CALCULS ENEIS.

Répartition par capacité d'accueil :

Les EHPAD ayant participé à l'étude présentent une grande hétérogénéité en termes de capacités d'accueil, allant de 28 à 346 places. Agglomérée par tranches, la répartition des EHPAD par capacité est la suivante :



L'analyse plus fine de la répartition des EHPAD par GMP et par statut permet de vérifier les critères de représentativité du panel final :

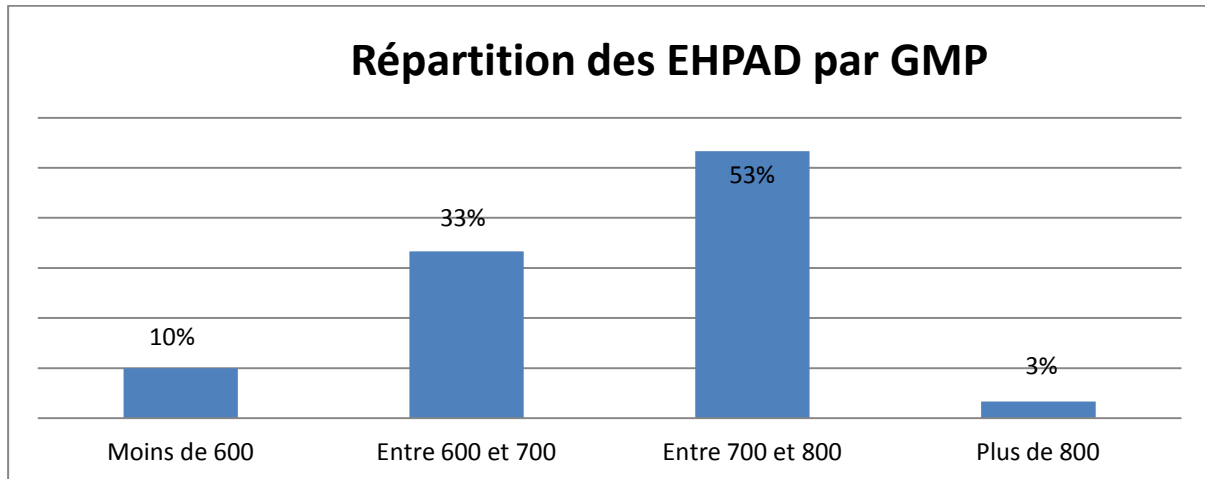
| | Capacité totale moyenne échantillon | Capacité totale moyenne nationale | Capacité totale médiane échantillon | Capacité totale médiane nationale |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <i>Privé à but lucratif</i> | 73 | 72 | 71 | 76 |
| <i>Privé à but non lucratif</i> | 87 | 72 | 86 | 70 |
| <i>Public hospitalier</i> | 131 | 95 | 85 | 80 |
| <i>Public non hospitalier</i> | 78 | 77 | 86 | 72 |

SOURCE : ENQUÊTE EHPA 2011, CALCULS ENEIS.

Répartition par GMP :

La majorité des EHPAD ayant participé à l'étude dispose d'un GMP situé entre 700 et 800. L'étude a également été menée auprès d'établissements dont le GMP était inférieur à 600, ou supérieur à 800.

De même que pour la répartition par capacité totale, l'analyse plus fine de la répartition des EHPAD par GMP et par statut permet de vérifier les critères de représentativité du panel final :



| | GMP Moyen échantillon | GMP moyen national | GMP médian échantillon | GMP médian national |
|---------------------------------|-----------------------|--------------------|------------------------|---------------------|
| <i>Privé à but lucratif</i> | 692 | 718 | 727 | 727 |
| <i>Privé à but non lucratif</i> | 670 | 679 | 695 | 684 |
| <i>Public hospitalier</i> | 757 | 757 | 725 | 758 |
| <i>Public non hospitalier</i> | 727 | 673 | 701 | 688 |

Répartition géographique :

Les 30 EHPAD ayant participé à l'étude sont répartis sur 25 départements différents :

| Départements | Nombre d'établissements |
|-----------------------|-------------------------|
| <i>Cantal</i> | 1 |
| <i>Cher</i> | 1 |
| <i>Doubs</i> | 2 |
| <i>Drôme</i> | 1 |
| <i>Essonne</i> | 1 |
| <i>Gard</i> | 1 |
| <i>Haute-Garonne</i> | 1 |
| <i>Haute-Vienne</i> | 2 |
| <i>Hauts-de-Seine</i> | 1 |
| <i>Hérault</i> | 1 |
| <i>Jura</i> | 1 |

| Départements | Nombre d'établissements |
|-----------------------|-------------------------|
| Loir-et-Cher | 1 |
| Meurthe-et-Moselle | 1 |
| Nord | 3 |
| Oise | 1 |
| Paris | 1 |
| Puy-de-Dôme | 2 |
| Rhône | 1 |
| Saône-et-Loire | 1 |
| Savoie | 1 |
| Somme | 1 |
| Territoire-de-Belfort | 1 |
| Val-de-Marne | 1 |
| Val-d'Oise | 1 |
| Var | 1 |

La répartition par zonage INSEE est la suivante :

- EHPAD situés en zone rurale : 14 établissements, soit 46 % du panel ;
- EHPAD situés en zone urbaine : 16 établissements, soit 54 % du panel.

Cette répartition par zonage est conforme aux répartitions nationales observées (55 % d'EHPAD en zone urbaine contre 45 % en zone rurale). Ces statistiques nationales restent néanmoins à nuancer puisqu'elles masquent de fortes disparités selon les statuts, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

| Répartition nationale des EHPAD par zonage | Rural | Urbain |
|--|-------|--------|
| Privé à but lucratif | 31 % | 69 % |
| Privé à but non lucratif | 41 % | 59 % |
| Public hospitalier | 44 % | 56 % |
| Public non hospitalier | 61 % | 39 % |

Prise de contact avec les EHPAD retenus et organisation des entretiens

Le processus de sollicitation des EHPAD

Suite à l'élaboration de l'échantillon, une phase de prise de contact avec les établissements a été engagée. Le processus retenu était le suivant :

- 1/ Prise de contact par l'équipe d'Enéis Conseil
- 2/ Envoi d'un courrier officiel par la DREES
- 3/ En cas d'accord de participation :
 - Réalisation d'un entretien de cadrage par l'équipe d'Enéis et transmission d'une « fiche d'identité de l'établissement », destinée à recueillir des données clés sur la structure (taille, GMP, travaux menés en interne sur les thématiques des conditions de travail, particularités...).
 - Planification et réalisation de la visite sur site.

Il est à noter qu'au total, 103 EHPAD ont ainsi été sollicités pour 30 accords de participation, soit un taux de refus de 71 %.

De manière plus détaillée, voici les taux de refus par statut :

| | Accords | Refus | Taux de refus |
|--------------------------|---------|-------|---------------|
| Privé à but lucratif | 7 | 21 | 75 % |
| Privé à but non lucratif | 8 | 15 | 65 % |
| Public hospitalier | 7 | 20 | 74 % |
| Public non hospitalier | 8 | 17 | 68 % |

Présentation d'une journée type d'entretiens

En amont de la visite sur site, un entretien de cadrage était organisé avec la direction de l'EHPAD, celui-ci poursuivant l'objectif d'organiser la journée d'entretien et de recueillir des éléments qualitatifs relatifs au contexte de l'établissement, les projets en cours et les sujets présentant une certaine sensibilité.

Si l'organisation-type de la journée d'entretiens était adaptable en fonction de chaque établissement, celle-ci était le plus fréquemment structurée ainsi :

- Entretien avec l'encadrement (1h - 1h30).
- Tables rondes associant AS, AMP, AVS et éventuellement les ASH sur les thématiques suivantes :
 - Organisation du travail (1h-1h30) ;
 - Organisation du temps de travail (1h-1h30) ;
 - Charge émotionnelle (1h-1h30) ;
 - À noter que les thématiques liées à la pénibilité physique et à l'avenir professionnel étaient abordées au cours de chacune des tables rondes.
- Entretiens individuels ou collectifs avec les IDE (45 mn par entretien individuel et 1h30 en cas de table ronde).
- En fonction du temps disponible (ou par téléphone), entretiens individuels avec un professionnel de chaque métier.
- Débriefing avec la direction en fin de journée.

Une enquête de terrain

Présentation détaillée des entretiens réalisés

Au sein de chaque établissement, une série d'entretiens a été organisée, plus ou moins nombreux au regard de la taille de l'établissement et des modalités organisationnelles retenues. Au total, 340 personnes ont été rencontrées au cours de l'étude :

| N° EHPAD | Statut | Equipe de direction | Equipe d'encadrement | IDE | AS | AMP | AVS | ASH | Autres | Détails |
|----------|--------------------------|---------------------|----------------------|-----|----|-----|-----|-----|--------|--|
| EHPAD 1 | Privé à but non lucratif | 1 | - | 2 | 1 | 1 | 1 | - | - | - |
| EHPAD 2 | Public non hospitalier | 1 | 2 | 3 | 10 | 1 | - | 2 | 2 | Psychologue du travail et psychologue des résidents |
| EHPAD 3 | Public hospitalier | 1 | 2 | 2 | 4 | - | - | 2 | 1 | Chargé de prévention du Centre Hospitalier |
| EHPAD 4 | Public non hospitalier | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | - | - | - | - |
| EHPAD 5 | Privé à but non lucratif | - | 1 | 2 | 11 | 3 | - | - | - | - |
| EHPAD 6 | Privé à but non lucratif | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | - | - | - |
| EHPAD 7 | Privé à but non lucratif | 1 | 1 | 2 | 3 | - | - | 3 | 4 | Médecin coordonnateur, ergothérapeute, psychologue, animatrice |
| EHPAD 8 | Privé à but non lucratif | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | - | 4 | 3 | Gouvernante, psychologue et médecin coordonnateur |
| EHPAD 9 | Public non hospitalier | 1 | 1 | 3 | 8 | 3 | - | 1 | - | - |
| EHPAD 10 | Public hospitalier | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | - | - | - | - |
| EHPAD 11 | Public non hospitalier | - | 1 | 1 | 5 | - | 3 | 1 | - | - |
| EHPAD 12 | Privé à but non lucratif | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - | 3 | - | - |
| EHPAD 13 | Privé à but non lucratif | 1 | 2 | - | 3 | - | - | - | - | - |
| EHPAD 14 | Privé à but lucratif | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | - | 4 | - | - |
| EHPAD 15 | Privé à but non lucratif | 1 | 1 | 1 | 2 | - | 1 | 2 | - | - |

| N° EHPAD | Statut | Equipe de direction | Equipe d'encadrement | IDE | AS | AMP | AVS | ASH | Autres | Détails |
|----------|------------------------|---------------------|----------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
| EHPAD 16 | Public hospitalier | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | - | 3 | 1 | Responsable qualité |
| EHPAD 17 | Privé à but lucratif | 2 | 3 | 1 | 6 | - | - | 5 | 1 | Ergothérapeute |
| EHPAD 18 | Privé à but lucratif | 2 | 3 | 4 | 4 | - | 2 | - | 5 | Deux médecins, pharmacienne, agent administratif et animatrice |
| EHPAD 19 | Privé à but lucratif | 1 | 2 | 1 | 4 | - | - | 1 | - | - |
| EHPAD 20 | Public non hospitalier | - | 1 | 3 | 4 | - | - | - | - | - |
| EHPAD 21 | Public hospitalier | 1 | 5 | 5 | 9 | - | - | - | - | - |
| EHPAD 22 | Public non hospitalier | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | - | 2 | - | - |
| EHPAD 23 | Privé à but lucratif | 2 | - | 1 | 2 | - | - | - | 1 | Responsable qualité |
| EHPAD 24 | Public hospitalier | - | 1 | 1 | 4 | 1 | - | 3 | - | - |
| EHPAD 25 | Public non hospitalier | 1 | 1 | 2 | 5 | 1 | - | - | - | - |
| EHPAD 26 | Public hospitalier | 2 | 5 | 3 | 3 | 3 | - | 3 | - | - |
| EHPAD 27 | Privé à but lucratif | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 4 | - | - | - |
| EHPAD 28 | Privé à but lucratif | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | - | - | - | - |
| EHPAD 29 | Public non hospitalier | 1 | - | 1 | 2 | - | 2 | 4 | 1 | Médecin coordonnateur |
| EHPAD 30 | Public hospitalier | 1 | 1 | 2 | 5 | - | - | 8 | 2 | Psychologue et magasinier |
| | | 27 | 42 | 54 | 111 | 27 | 14 | 47 | 18 | |

Les partis-pris méthodologiques

Conformément aux principes déontologiques nécessaires à la réalisation de cette étude, les entretiens ont été réalisés dans le respect de la confidentialité des échanges (notamment vis-à-vis du temps de « débriefing » organisé en fin de journée à la direction) et de l'anonymat des personnes rencontrées.

Dans ce cadre, les verbatims intégrés au sein du rapport sont tous anonymisés : les prénoms ont été modifiés et l'âge des personnes mentionnées a systématiquement fait l'objet d'ajustements.

Dans certains établissements, les professionnels ayant été rencontrés en entretien étaient volontaires, autant au cours des tables rondes que lors d'entretiens individuels. Néanmoins, face aux contraintes organisationnelles rencontrées par les établissements, la plupart des structures ont été contraintes d'associer aux entretiens et tables rondes les personnes en poste ce jour-là, faute de pouvoir mobiliser des professionnels en repos.

Enfin, la rédaction du rapport vise à articuler différents éléments de contenu et niveaux d'analyse :

- Des éléments de contexte : évolutions connues par les EHPAD, réglementation en vigueur, données statistiques... ;
- Des éléments descriptifs et analytiques relatifs aux conditions de travail ;
- Des verbatims extraits des entretiens ;
- Des analyses du discours des professionnels par le cabinet.

Les biais méthodologiques

Les biais méthodiques peuvent être de plusieurs ordres :

- La représentativité de l'échantillon : le nombre de structures étant limité (7 à 8 par statut), les moyennes et médianes calculées restent variables en fonction de l'intégration d'une structure atypique dans l'échantillon. Par exemple, un EHPAD dont la capacité excède les 300 lits va nécessairement faire augmenter la moyenne de l'échantillon concerné. L'élaboration de l'échantillon final et la qualité de son niveau de représentativité restent par ailleurs dépendants de l'accord de participation par les établissements ciblés. Les EHPAD ayant participé à l'étude étant tous volontaires, l'équipe d'Enéis Conseil reste soumise à l'existence de marges d'incertitude quant à la qualité de la valeur représentative de l'échantillon.
- Des constats basés sur la perception des personnes rencontrées : les constats rapportés par les professionnels concernant leurs conditions de travail s'appuient sur une logique déclarative, fondée sur leur ressenti et leur perception. Par définition, il existe un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques décrites, le contexte pouvant par ailleurs influencer sur cette différenciation. Cela s'ajoute au fait que les entretiens se sont déroulés à un « instant T », et que les professionnels rencontrés

représentaient une ou plusieurs unités de leur établissement : ce qui est vrai pour leur service peut ne pas l'être pour un autre, de même que ce qui est vrai pour une personne peut ne pas l'être pour un collègue.

- Des entretiens majoritairement collectifs et pluridisciplinaires : comme l'indique la méthodologie retenue pour le déroulement des entretiens sur site, la majorité se sont déroulés en collectif (entretiens associant conjointement AS, AMP et ASH). Si les tables rondes permettent de nuancer les propos rapportés et de faire émerger des constats collectifs *via* un processus de co-évaluation et d'auto-correction par le groupe, des biais comportementaux dont il convient de tenir compte peuvent apparaître : biais de similarité ou de différence (s'accorder avec le discours des membres appartenant à son propre métier et présenter une posture de contradiction vis-à-vis des personnes appartenant à un autre métier), effet Hawthorne (motivation provoquée par la valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt), biais de confirmation (tendance à confirmer des idées préconçues), effet de soumission au groupe (interlocuteur qui ne souhaite pas contredire le groupe), etc. Afin de pallier ces limites méthodologiques, des entretiens individuels ont également été menés avec les professionnels (par téléphone comme de visu).
- Une posture parfois « revendicative » : la thématique des conditions de travail favorise naturellement la construction et l'émergence de postures « revendicatives » par les personnes interrogées, dans la mesure où certaines d'entre elles vont volontairement tenir un discours d'amplification et d'exagération, de surcroît en EHPAD où les conditions de travail sont objectivement difficiles. Dans ce cadre, il apparaît nécessaire de rappeler que l'équipe en charge de l'étude n'a pas pour mission d'évaluer le niveau de véracité des propos tenus au cours des entretiens, mais bien de rapporter la manière dont les professionnels perçoivent leurs conditions de travail et l'impact de celles-ci sur leurs missions.
- Des tables rondes spécifiques ou des entretiens individuels avec des IDE : initialement, la méthodologie prévoyait l'organisation de tables rondes associant l'ensemble des métiers concernés par l'étude (IDE, AS, AMP, AVS). Néanmoins, il est rapidement apparu que la présence des IDE au sein des entretiens collectifs pouvait, dans certains cas, « figer » les discussions et générer un phénomène d'auto-censure par les AS, AMP et AVS. Celui-ci s'explique en partie par les rapports existants entre ces professionnels, les IDE disposant d'une autorité hiérarchique et/ou fonctionnelle dans les EHPAD. Le choix a donc été fait d'organiser des tables rondes spécifiques aux IDE.

Annexe 3. Les thématiques abordées

L'organisation du travail :

- L'organisation collective du travail :
 - L'organisation collective de la journée de travail ;
 - L'opportunité d'échanger collectivement sur l'organisation du travail avec l'équipe et l'encadrement ;
 - La répartition des tâches entre membres de l'équipe ;
 - L'impact de la gestion de l'absentéisme et conséquences sur l'organisation.

- L'organisation individuelle du travail :
 - Le degré d'autonomie dans la définition des tâches et leur enchaînement / la possibilité de réorganiser les tâches pour répondre à l'imprévu.
 - Le niveau de charge ressenti (comprenant le sentiment de ne pas « avoir le temps de bien faire les choses », de devoir s'interrompre régulièrement, de travailler dans l'urgence...).

L'organisation du temps de travail :

- Les horaires de travail, y compris :
 - Le temps de travail journalier ;
 - Les horaires en cas de roulement ;
 - L'alternance jour / nuit ;
 - Les coupures ;
 - Les pauses et les repas.
- Les heures supplémentaires ;
- La gestion des pics d'activité dans la journée ;
- La gestion des plannings : planification, roulements, prise des congés annuels ;
- Le sentiment d'accéder à un repos suffisant et d'articuler vie professionnelle et vie personnelle.

La charge émotionnelle

- Le sentiment de réaliser un travail de qualité.
- La qualité des rapports avec les usagers et les éventuels enjeux de violence physique et verbale.
- Le sentiment de disponibilité vis-à-vis de l'usager (et le risque de culpabilité), en lien avec la charge de travail (nombre moyen de personnes accompagnées par jour...).
- La qualité du suivi de l'usager, y compris :
 - La continuité de l'équipe intervenant auprès de l'usager (en lien notamment avec les planifications horaires et les roulements au sein de l'établissement) ;
 - L'existence de temps de transmission au moment des changements d'équipe.
- La spécificité des rapports avec les usagers atteints de la maladie d'Alzheimer.
- L'existence de problématiques liées aux relations entre usagers.
- L'existence de situations dégradantes découlant des relations avec la hiérarchie ou les collègues, y compris :
 - Le harcèlement sexuel ou le sexisme ;
 - Le harcèlement professionnel ;

- La non-reconnaissance du travail réalisé.
- L'existence de temps d'échanges collectifs ou pluridisciplinaires.
- L'existence de situations contradictoires avec les valeurs personnelles ou professionnelles, y compris :
 - L'opportunité d'aborder ces situations avec la hiérarchie et les collègues ;
 - L'existence de dispositifs d'échanges de pratiques.

La pénibilité physique et les risques professionnels

- L'accès à du matériel adapté
 - La qualité du matériel disponible (ergonomie, mise à disposition auprès des professionnels, formations à l'utilisation...) ;
 - Le niveau de mobilisation par les professionnels.
- Les caractéristiques des locaux ;
- L'accès à la médecine du travail et la qualité des réponses apportées ;
- La pénibilité liée à la nature des tâches à accomplir (station debout prolongée, ports de charge, mouvements répétitifs...) ;
- L'exposition aux nuisances environnementales (bruits, produits dangereux...) ;
- Le niveau de perception des risques d'inaptitude ;
- L'impact des restrictions d'aptitude dans l'organisation du travail ;
- L'existence d'une politique institutionnelle de prévention des risques professionnels :
 - Connaissance de cette politique et des documents institutionnels (DUERP, plan de prévention...) ;
 - Diffusion d'informations ;
 - Accès à des formations spécifiques.

L'avenir professionnel

- Le degré général de satisfaction par rapport au travail en EHPAD.
- Le souhait de continuer à travailler en EHPAD.
- Le souhait d'évolution professionnelle (y compris *via* la formation).
- Le sentiment d'avoir une hiérarchie à l'écoute des souhaits d'évolution professionnelle.
- Le souhait de mobilité géographique.
- Le souhait de continuer à travailler dans le même EHPAD.
- La perception de l'avenir du métier, y compris :
 - Les changements en cours et à venir ;
 - La dégradation ou amélioration des conditions de travail.

Annexe 4. Fiches métier (sources : Direction générale de la cohésion sociale, Direction générale de l'offre de soins)

Diplôme d'État d'Infirmier

Description du métier

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités.

Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'État. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

L'infirmier ou l'infirmière « donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation ou d'encadrement. » Art. L. 4311-1 du CSP.

« L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles, et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif. » Art. R. 4311-1 du CSP.

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. » Art. R. 4311-2.

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. » Art. R. 4311-3

L'infirmier exerce son métier dans le respect des articles R. 4311-1 à R. 4311-15 et R. 4312-1 à R. 4312-49 du code de la santé publique.

Référentiel fonctions / activités :

- Observation et recueil de données cliniques :
 - Observation de l'état de santé d'une personne ou d'un groupe ;
 - Observation du comportement relationnel et social de la personne ;
 - Mesure des paramètres ;
 - Mesure du degré d'autonomie ou de la dépendance de la personne ;
 - Mesure de la douleur ;
 - Recueil de données portant sur la connaissance de la personne ou du groupe ;
 - Recueil de données épidémiologiques.
- Soins de confort et de bien-être :
 - Réalisation de soins et d'activités liés à l'hygiène personnelle ;
 - Réalisation de soins et d'activités liés à l'alimentation ;
 - Réalisation des soins et d'activités liés à l'élimination ;
 - Réalisation des soins et d'activités liés au repos et au sommeil ;
 - Réalisation de soins et d'activités liés à la mobilisation ;
 - Réalisation de soins et d'activités liés à la conscience et à l'état d'éveil ;
 - Réalisation de soins visant le bien-être et le soulagement de la souffrance physique et psychologique ;
 - Réalisation d'activités occupationnelles et/ou de médiation.
- Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes :
 - Accueil de la personne soignée et de son entourage ;
 - Écoute de la personne et de son entourage ;
 - Information et conseils sur la santé en direction d'une personne ou d'un groupe de personnes ;
 - Information et éducation d'un groupe de personnes.
- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
 - Surveillance de personnes ayant bénéficié de soins d'examen ou d'appareillages ;
 - Surveillance de personnes en situation potentielle de risque pour elles-mêmes ou pour autrui ;
 - Surveillance de personnes au cours de situations spécifiques liées au cycle de la vie.
- Soins et activités à visée préventive, diagnostique, thérapeutique :
 - Réalisation de soins à visée préventive ;
 - Réalisations de soins à visée diagnostique ;
 - Réalisation de soins à visée thérapeutique ;
 - Réalisation de soins visant à la santé psychologique ou mentale ;
 - Réalisation de soins visant au soulagement de la souffrance ;
 - Réalisation de soins en situation spécifique.
- Coordination et organisation des activités et des soins :
 - Organisation de soins et d'activités ;

- Coordination des activités et suivi des parcours de soins ;
- Enregistrement des données sur le dossier du patient et les différents supports de soins ;
- Suivi et traçabilité d'opérations visant à la qualité et la sécurité ;
- Actualisation des documents d'organisation des soins ;
- Transmission d'informations ;
- Interventions en réunion institutionnelle.
- Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits :
 - Préparation et remise en état de matériel ou de locaux ;
 - Réalisation et contrôle des opérations de désinfection et de stérilisation ;
 - Conduite d'opérations de contrôle de la qualité en hygiène ;
 - Conduite d'opération d'élimination des déchets ;
 - Commande de matériel ;
 - Rangement et gestion des stocks ;
 - Contrôle de la fiabilité des matériels et des produits.
- Formation et information des nouveaux personnels et des stagiaires :
 - Accueil de stagiaire ou de nouveau personnel ;
 - Conseil et formation dans l'équipe de travail ;
 - Réalisation de prestation de formation ;
 - Contrôle des prestations des stagiaires de diverses origines.
- Veille professionnelle et recherche :
 - Relation avec des réseaux professionnels ;
 - Rédaction de documents professionnels et de recherche ;
 - Bilan sur les pratiques professionnelles.

Diplôme d'État d'aide-soignant

Description du métier

L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de celui-ci, défini par les articles 3 et 5 du décret n° 2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie.

Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extra hospitalier, l'aide-soignant participe, dans la mesure de ses compétences, et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité.

Référentiel fonctions / activités :

- Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne :
 - Installer et mobiliser la personne ;
 - Dispenser des soins liés à l'hygiène corporelle et au confort de la personne ;
 - Dispenser des soins liés à l'alimentation ;

- Dispenser des soins liés à l'élimination ;
- Dispenser des soins liés au sommeil.
- Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à l'état de santé de la personne :
 - Observer l'état général et les réactions de la personne ;
 - Observer l'état de la peau et des muqueuses ;
 - Observer et mesurer les paramètres vitaux ;
 - Observer le bon fonctionnement des appareillages et dispositifs médicaux.
- Aider l'infirmier à la réalisation de soins :
 - Préparer le patient pour des pansements, des examens invasifs ou une intervention ;
 - Mettre à disposition du matériel ;
 - Servir des compresses, des produits, ...
 - Aider l'infirmière ou le kinésithérapeute au premier lever d'une personne opérée ;
 - Aider à la prise de médicaments sous forme non injectable (faire prendre et vérifier la prise) ;
 - Poser des bas de contention ;
 - Aider aux soins mortuaires au sein d'un service en établissement.
- Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits :
 - Assurer l'entretien de la chambre ;
 - Refaire les lits ;
 - Éliminer les déchets.
- Entretenir des matériels de soin
 - Laver, décontaminer, nettoyer, désinfecter certains matériels de soin
 - Entretenir les chariots propres et sales, les chaises roulantes et brancards
 - Contrôler et conditionner le matériel à stériliser ou à désinfecter
 - Contrôler et ranger le matériel stérilisé
- Recueillir et transmettre des observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins
 - Recueillir les informations concernant les soins et les patients
 - Rechercher dans le dossier de soin les informations nécessaires à l'activité
 - Transmettre les informations sur les soins et activités réalisées
 - Transmettre les informations sur le comportement du malade et son environnement
 - Transmettre les observations et mesures réalisées
 - Renseigner le dossier de soin pour les activités et les observations réalisées
- Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage :
 - Assurer une communication verbale et non verbale contribuant au bien-être du patient ;
 - Accueillir les personnes : écouter et apporter une réponse adaptée et appropriée au malade et à sa famille ;
 - Transmettre des informations accessibles et adaptées au patient en fonction de la réglementation ;
 - Donner des conseils simples aux familles et au patient sur l'hygiène de la vie courante ;
 - Expliquer le fonctionnement du service ;
 - Stimuler les personnes par des activités.
- Accueillir et accompagner des stagiaires en formation :
 - Accueillir les stagiaires, présenter les services et personnels ;
 - Montrer et expliquer les modalités de réalisation des activités ;
 - Expliquer et contrôler le respect des fonctions de chaque professionnel ;
 - Observer la réalisation des activités par le stagiaire ;
 - Apporter son appréciation lors de l'évaluation.

Diplôme d'État d'aide médico-psychologique

Description du métier

L'aide médico-psychologique (A.M.P.) exerce une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne.

À ce titre, il intervient auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes en situation de handicap (que la déficience soit physique, sensorielle, mentale, cognitive, psychique, résulte d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant). Il peut également intervenir auprès de personnes dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social.

Le rôle de l'A.M.P. se situe à la frontière de l'éducatif et du soin. Il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisirs.

A travers l'accompagnement et l'aide concrète qu'il apporte, l'A.M.P. établit une relation attentive et sécurisante pour prévenir et rompre l'isolement des personnes et essayer d'appréhender leurs besoins et leurs attentes afin de leur apporter une réponse adaptée. Il a un rôle d'éveil, d'encouragement et de soutien de la communication et de l'expression verbale ou non.

Par le soutien dans les gestes de la vie quotidienne, l'aide médico-psychologique participe donc au bien-être physique et psychologique de la personne. Il contribue également à la prévention de la rupture et/ou à la réactivation du lien social par la lutte contre l'isolement, le maintien des acquis et la stimulation des potentialités.

L'A.M.P. intervient au sein d'équipes pluri-professionnelles. Selon les situations, il travaille sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical. C'est ainsi qu'il seconde suivant les structures ou au domicile et selon les circonstances, un éducateur, un animateur, un infirmier, un kinésithérapeute,...

La profession d'aide médico-psychologique constitue une première qualification de la filière éducative.

Référentiel fonctions / activités

- **Accompagnement et aide individualisée aux personnes dans les actes de la vie quotidienne :**
 - Associer aux actes essentiels de la vie quotidienne des moments d'échange privilégiés.
 - Veiller au respect du rythme biologique (sommeil, repas,...).
 - Assurer lever, sieste, coucher, installer la personne dans une position en rapport avec son état de santé.
 - Aider aux soins d'hygiène en fonction de l'autonomie ou du handicap, à l'habillage et au déshabillage.
 - Veiller et participer à la prise des repas conformément au régime prescrit, à l'hydratation et à l'élimination.
 - Sous la responsabilité de l'infirmier, effectuer certains soins et aider à la prise de médicaments sous forme non injectable.
 - Observer et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé (Thermorégulation, diurèse, symptômes et effets des traitements...).
 - Intervenir et alerter en cas de situations d'urgence (chutes, étouffements...).
 - Prendre part à la décoration, l'esthétique, l'organisation et l'entretien du cadre de vie.
 - Faire participer la personne aux diverses tâches quotidiennes.
 - Aider aux déplacements.
 - Aider à préserver l'image de soi (esthétique...).
 - Veiller au confort (relaxation, bains...).
- **Accompagnement dans la relation à l'environnement / Maintien de la vie sociale**
 - Assurer un suivi individuel dans les activités suivantes :
 - Proposer des modes relationnels et de communication adaptés à chacun.
 - En lien avec l'équipe pluridisciplinaire, proposer des activités d'éveil et de développement de repères.

- Travailler les apprentissages en lien avec le projet éducatif ou d'accompagnement.
- Favoriser l'autonomie de la personne et le maintien des acquis.
- Aider au maintien et au développement des liens familiaux et sociaux.
- Susciter, stimuler la participation citoyenne et l'inscription dans la vie de la cité.
- Proposer des activités adaptées aux capacités, aux désirs et aux besoins de la personne : actualités, culture, lecture, jeux, divertissements.
- Accompagner les déplacements internes et externes (courses, dentiste, médecin etc.).
- Assurer un suivi collectif dans les activités suivantes :
 - Accompagner le groupe dans les changements de la vie relationnelle et sociale (arrivées, départs, décès...).
 - Faciliter l'intégration des individus dans le groupe.
 - Gérer les situations de conflit.
 - Proposer des activités et assurer l'encadrement du groupe (sorties, loisirs, spectacles, repas, fêtes, séjours, vacances, animation d'unités de vie).
- Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé dans le cadre du projet institutionnel
 - Établir une relation personnalisée avec chaque personne.
 - Observer la personne dans sa vie quotidienne : son état de santé (et ses variations), son comportement (et ses changements), les signes de bien-être et de souffrance, ses capacités, ses difficultés, ses goûts, ses habitudes culturelles et ses repères spatio-temporels.
 - Échanger les informations recueillies au sein de l'équipe pluri-professionnelle et les exploiter.
 - Participer à la mise en place d'un projet individualisé pour la personne, en lien avec l'équipe et dans le respect du projet institutionnel, visant à maintenir ses capacités, accroître son autonomie (dans tel domaine, par ex : les repas...) ou accompagnant la régression voire la fin de vie.
 - Suivre ce projet, l'évaluer et rendre compte au sein de l'équipe.
- Participation à la vie institutionnelle
 - Prendre connaissance du projet institutionnel ce qui permet de situer l'institution dans ses missions et de repérer sa place de professionnel dans le fonctionnement général.
 - Repérer, évaluer et transmettre les attentes des personnes au niveau institutionnel.
 - Transmettre de l'information oralement et par écrit.
 - Participer aux réunions institutionnelles, de synthèse, aux commissions ad hoc, aux groupes de paroles.
 - Participer à des réunions d'expression avec les résidents.
 - Participer à l'élaboration d'outils d'observation et d'évaluation.
 - Mettre en œuvre avec l'équipe le projet de vie.
 - Accueillir, informer et orienter les familles et les visiteurs en référence au projet institutionnel.
 - Entretenir et actualiser sa culture professionnelle (formation continue, lecture, réunions de professionnels...).
 - Accueillir et accompagner les stagiaires.
 - Participer à l'intégration de nouveaux professionnels.
 - Participer à la gestion matérielle en proposant des aménagements.
 - Gérer de petits budgets d'activités.

Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale

Description du métier

L'auxiliaire de vie sociale réalise une intervention sociale visant à compenser un état de fragilité, de dépendance ou de difficultés dû à l'âge, la maladie, le handicap ou les difficultés sociales par une aide dans la vie quotidienne. Il favorise ainsi le maintien de la personne au domicile et évite son isolement. Il veille à la préservation ou à la restauration de l'autonomie de la personne et l'accompagne dans sa vie sociale et relationnelle.

Il intervient auprès des familles, des enfants, des personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale, des personnes âgées, malades ou handicapées. Il réalise cette intervention au domicile, lieu de résidence privative (habituel ou de substitution) de la personne aidée, et l'accompagne dans son environnement proche.

L'auxiliaire de vie sociale repère les potentialités et les incapacités constatées de la personne, ses besoins et ses attentes. Il met en œuvre un accompagnement adapté à la situation de la personne soit en l'aidant à faire, soit en faisant à sa place lorsque la personne est manifestement dans l'incapacité d'agir seule. Il évalue régulièrement et réajuste son intervention en s'assurant du consentement de la personne et de son implication à toutes les phases du projet individualisé et en collaboration avec l'encadrement.

L'auxiliaire de vie sociale, s'il dispose d'une certaine autonomie dans son intervention, inscrit son action dans le cadre d'un projet individualisé contractualisé avec la personne et dans le cadre des missions qui lui sont confiées par l'encadrement. Il contribue à l'amélioration de la qualité du service et travaille en liaison étroite avec les autres intervenants à domicile, les institutions sanitaires, sociales et médico-sociales.

Dans le cadre du projet individualisé, l'auxiliaire de vie sociale accompagne et aide la personne dans les actes essentiels (aide directe à la personne) et dans les activités ordinaires de sa vie quotidienne. Il favorise les activités et les relations familiales et sociales de la personne.

L'auxiliaire de vie sociale adopte un comportement professionnel en cohérence avec l'éthique de l'intervention sociale et veille tout particulièrement au respect des droits et libertés de la personne et de ses choix de vie dans l'espace privé de la personne qui est également son espace de travail.

Référentiel fonctions / activités :

- **Accompagnement et aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne :**
 - Stimuler les activités intellectuelles, sensorielles et motrices par les activités de vie quotidienne.
 - Aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne. Aider à l'habillage et au déshabillage.
 - Aider seule à la toilette lorsque celle-ci est assimilée à un acte de vie quotidienne et n'a pas fait l'objet de prescription médicale.
 - Aider une personne dépendante (par exemple confinée dans un lit ou dans un fauteuil) à la toilette, en complément de l'infirmier ou de l'aide-soignant, selon l'évaluation de la situation par un infirmier, le plus souvent à un moment différent de la journée.
 - Aider, lorsque ces actes peuvent être assimilés à des actes de la vie quotidienne et non à des actes de soins :
 - à l'alimentation ;
 - à la prise de médicaments lorsque cette prise est laissée par le médecin prescripteur à l'initiative d'une personne malade capable d'accomplir seule et lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature du médicament, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage ;
 - aux fonctions d'élimination.
- **Accompagnement et aide aux personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne :**
 - Aider à la réalisation ou réaliser des achats alimentaires.
 - Participer à l'élaboration des menus, aider à la réalisation ou réaliser des repas équilibrés ou conformes aux éventuels régimes prescrits.
 - Aider à la réalisation ou réaliser l'entretien courant du linge et des vêtements, du logement.
 - Aider à la réalisation ou réaliser le nettoyage des surfaces et matériels.
 - Aider ou effectuer l'aménagement de l'espace dans un but de confort et sécurité.
- **Accompagnement et aide aux personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle :**
 - Participer au développement et/ou au rétablissement et et/ou au maintien de l'équilibre psychologique.
 - Stimuler les relations sociales.
 - Accompagner dans les activités de loisirs et de la vie sociale.
 - Aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives.
- **Participation à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet individualisé :**
 - Observer et contribuer à l'analyse de la situation sur le terrain.
 - Faire preuve en permanence de vigilance et signaler à l'encadrant et aux personnels soignants, tout état inhabituel de la personne aidée.

- Organiser et ajuster son intervention, en collaboration avec la personne aidée et l'encadrement, en fonction du projet individualisé initialement déterminé, des souhaits de la personne aidée et des évolutions constatées au quotidien.
- Communication et liaison :
 - Écouter, dialoguer, négocier avec la personne en situation de besoin d'aide et les aidants naturels.
 - Sécuriser la personne en situation de besoin d'aide.
 - Travailler en équipe.
 - Rendre compte de son intervention auprès des responsables du service, faire part de ses observations, questions et difficultés avec la personne aidée.
 - Repérer ses limites de compétences et identifier les autres partenaires intervenants à domicile à solliciter.
 - Intervenir en coordination avec les autres intervenants au domicile, les services sanitaires et sociaux et médico-sociaux.

DOCUMENT DE TRAVAIL

ISSN : 1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
