



Le rôle du management de l'IDEC
sur la qualité de vie au travail des AS
en EHPAD et en SSIAD

FRIAS Kevin
VINSONNEAU Fabienne
CHAPIER Marie-Laure
LARBI Jennifer

DU Infirmier référent(e) coordinateur (trice) en EHPAD et en SSIAD
Année universitaire 2017-2018
Directrice de mémoire : DEFILLON Nadine

REMERCIEMENTS :

Nous tenons à remercier Nadine DEFILLON pour ses conseils et son aide précieuse pour l'élaboration de ce travail collectif.

Nous remercions sincèrement les aides-soignantes et les IDEC qui nous ont donné de leur temps lors de la réalisation de nos entretiens et pour la richesse de nos échanges.

Enfin, nous remercions nos familles et nos amis pour leur soutien et patience tout au long de cette année de formation.

Table des matières

INTRODUCTION :	6
1. QUESTIONNEMENT ET METHODOLOGIE	7
1.1. Nos questionnements :	7
1.2. Notre question de départ :	8
1.3. Méthodologie de recherche :	8
2. RECHERCHE CONCEPTUELLE	9
2.1. LE CONTEXTE	9
2.1.1. La politique française face au vieillissement de la population.	9
2.1.2. SSIAD et EHPAD : des ESMS (établissements et services médico-sociaux)	10
2.1.2.1. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)	10
2.1.2.2. Les EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	11
2.1.2.3. Financement et démarche qualité en SSIAD et EHPAD	11
2.1.3. Le métier d'aide-soignant.	12
2.1.3.1. Définition et histoire de la fonction d'aide-soignant	12
2.1.3.2. Le métier d'aide-soignant en EHPAD et en SSIAD aujourd'hui	13
2.1.3.3. Le salaire :	14
2.1.3.4. Les horaires :	14
2.1.3.5. Choix et attraction du métier :	15
2.1.3.6. La position sociale :	15
2.1.4. Les IDEC en EHPAD et en SSIAD	16
2.1.4.1. Législation concernant les infirmiers coordinateurs en EHPAD et en SSIAD	16
2.1.4.2. Missions des IDEC en EHPAD et en SSIAD	16
2.2. LE MANAGEMENT	17
2.2.1. Les méthodes théoriques de management (ou les différents comportements du manager avec son équipe)	18
2.2.1.1. Le management selon Henry Mintzberg	18
2.2.1.2. Le management selon Rensis Likert	18
2.2.1.3. La Grille « des deux dimensions du management » de Blake et Mouton (Annexes3)	19
2.2.1.4. Être soignant et la relation soignant-soigné	21
2.2.1.5. L'importance des émotions	21
2.2.1.6. L'intelligence émotionnelle	23
2.2.1.7. Valorisation et reconnaissance	24
2.3. BIEN ÊTRE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL	28
2.3.1. Définitions QVT (qualité de vie au travail) et bien-être :	29

2.3.1.1. La qualité de vie au travail :.....	29
2.3.1.2. Le bien-être :	30
2.3.2. Les risques psychosociaux (RPS).....	31
2.3.3. L'absentéisme, point noir des équipes.	34
3. ENQUETE EXPLORATOIRE	35
3.1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE	35
3.2. ANALYSE DE NOS RESULTATS D'ENTRETIENS (Annexe 5).....	35
3.3. COMPARAISON DES RESULTATS DE NOS ENTRETIENS ET DU TEST DE MINNESOTA.....	42
CONCLUSION :	45
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXES :	51

GLOSSAIRE :

AES : Accompagnant éducatif et social

AGGIR/GIR : Autonomie gérontologie groupe iso ressources (grille nationale d'évaluation du niveau de la perte d'autonomie) / Groupe iso ressource : 6 groupes iso ressources

AMP : Aide médico-psychologique

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APEC : Association pour l'emploi des cadres

ARS : Agence régionale de santé

AS : Aide-soignant(e)s

BTP : Bâtiment travaux publics

CAFAS : Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant

CASA : Contribution additionnelle de la Solidarité pour l'Autonomie

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

DARES : Direction de l'animation de la recherche et des statistiques

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DU : Diplôme universitaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : Etablissement Sociaux et Médico-Sociaux

CIG : Centre Interdépartemental de Gestion des ressources humaines

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IDEC : Infirmier(e) diplômé(e) d'état coordinateur (trice)

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'état

IFAS : Institut de formation des aides-soignants

IFCS : Institut de formation des cadres de santé

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEC : Prise en charge

QVT : Qualité de vie au travail

RPS : Risques psychosociaux

SMIC : Salaire minimum de croissance

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TMS : Trouble musculo-squelettique

INTRODUCTION :

Au printemps 2017, ce sont les aides-soignants (AS) d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) privé à Foucherans dans la Jura, qui ont eux-mêmes dénoncé et médiatisé leur souffrance et parlé de la maltraitance qu'ils commettent envers les résidents : une maltraitance dans le soin, liée aux très mauvaises conditions de travail au sein de leur établissement.

Après 4 mois de grève, ils ont pu obtenir gain de cause. Même si la reconnaissance ne s'est pas traduite par une augmentation de salaire (mais une prime), la direction a annoncé la création de deux nouveaux postes et la promesse d'être remplacés en cas d'absence.¹

Depuis janvier 2018, ce sont les EPHAD publics qui se révoltent face à la réforme du financement des établissements, votée sous le précédent quinquennat et mise en œuvre par le nouveau gouvernement. Une réforme qui prévoit d'aligner progressivement jusqu'en 2023, les dotations aux EHPAD publics et privés. Pour les syndicats, « cela consiste à prendre aux moins pauvres, qui ont un ratio d'encadrement de sept pour dix, pour donner aux plus pauvres, qui sont à 5,5 ».² En effet d'après le rapport de Pierre Ricordeau, médiateur engagé par le gouvernement sur cette question, cette réforme n'a pas anticipé l'impact négatif sur 20 à 25 % des EHPAD essentiellement publics, la majorité des gains étant captée par le secteur privé.³

Au-delà de cette réforme financière, les soignants dénoncent également la surcharge de travail et le manque de temps qui engendrent une souffrance et un épuisement physique, éthique et moral. Des causes qui sont en partie responsables d'une diminution de la qualité des soins auprès des personnes âgées.

Lors de la grève nationale du 30 janvier 2018, le personnel soignant des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) a rejoint celui des EHPAD pour exprimer leur épuisement et réclamer des moyens pour la qualité des soins.

¹AUBENAS, Florence. Les aides-soignantes de la maison de retraite des Opalines, à Foucherans, mettent fin à leur grève. *Le Monde*. [En ligne], 27 juillet 2017, [Consulté le 06 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/07/27/les-aides-soignants-de-la-maison-de-retraite-des-opalines-a-foucherans-mettent-fin-a-leur-greve_5165791_1651302.html

² CHABAS Charlotte, DUPONT Gaëlle. Personnels et directeurs d'E.H.P.A.D. unis pour une mobilisation inédite. *Le Monde*. [En ligne], 29 janvier 2018, [consulté le 20 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/01/29/personnels-et-directeurs-d-ehpad-unis-pour-une-mobilisation-inedite_5248690_3224.html

³ RICORDEAU, Pierre. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Rapport n°2018-023-R. [en ligne], Avril 2018. [Consulté le 6 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-023R.pdf>.

1. QUESTIONNEMENT ET METHODOLOGIE

1.1. Nos questionnements :

En tant qu'infirmier(ères) diplômé(e)s d'état coordinateur (trices) (IDEC), nous sommes régulièrement confrontés aux sentiments des AS de ne pas être écoutés, de ne pas être pris en considération et d'être mal encadrés par les infirmiers et les médecins.

Les rythmes et les cadences de travail très soutenus imposés par le système de financement et les établissements, les poussent parfois à « commettre » des actes de maltraitance qui génèrent de la souffrance.

Cela nous renvoie à nos propres expériences, et nous questionne sur notre rôle en tant que manager de ces équipes. D'autant plus, que nous sommes confrontés à des difficultés de recrutement, un taux d'absentéisme élevé, un taux d'accident du travail deux fois supérieur à la moyenne nationale (plus important que dans le secteur du BTP)⁴, mais aussi à des soins parfois de mauvaise qualité, avec un risque de maltraitance latent.

Nous observons aussi parfois un manque de prise d'initiative chez les AS pour aller au-delà des tâches d'hygiène et nous rencontrons des difficultés à instiller et conduire le sentiment d'appartenance et la cohésion d'équipe.

Contrairement aux idées reçues, travailler dans le système de santé n'est pas qu'un sacerdoce mais un métier qui s'apprend. C'est un travail difficile physiquement, moralement et éthiquement. C'est un secteur qui a besoin de professionnels armés et épaulés pour assurer la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des patients. Face aux propos des AS, à ce constat et à nos observations, nous nous interrogeons.

Comment les AS peuvent-ils avoir la reconnaissance qu'ils méritent ? Comment motiver une équipe ? Comment créer de la cohésion au sein d'une équipe ?

A l'époque de la prise de conscience par les entreprises et les instances gouvernementales de l'importance de la qualité de vie au travail (une des lignes directives du troisième Plan santé au travail 2016-2020 est « faire de la qualité de vie au travail un objet stratégique et en favoriser la mise en œuvre »)⁵, qu'en est-il de celles et ceux qui s'occupent au quotidien de la qualité de vie de leurs patients et résidents ?

⁴RESCAN, Manon. Les députés s'alarment des conditions de travail dans les maisons de retraite. Le Monde. [En ligne], 14 septembre 2011, [Consulté le 28 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/09/14/ehpad-les-deputes-s-alarment-des-conditions-de-travail-5185588-3224.html?xtmc=greve_aide_soignante&xtcr=7

⁵ MINISTERE DU TRAVAIL. Plan santé au travail 2016-2020, *Travail-emploi.gouv*, [en ligne], 20 novembre 2015, [Consulté le 17 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

Si nous considérons que le bien-être des soignants améliore la qualité du soin (pour ne pas dire que le mal-être des soignants induit la maltraitance)⁶, quel est notre rôle en tant qu'IDEC par rapport à la qualité de vie au travail de notre équipe ? Comment favoriser son bien-être au travail ?

Nous souhaitons trouver des pistes pour améliorer par notre management, la qualité de vie au travail de nos équipes soignantes et avoir un impact positif sur la qualité des soins. Notre question de départ et notre méthodologie souhaitent répondre à cet objectif.

1.2. Notre question de départ :

Comment améliorer le bien-être au travail de l'équipe aide-soignant(e)s par le management avec pour objectif leur valorisation, leur reconnaissance et donc la qualité des soins pour la personne âgée ?

1.3. Méthodologie de recherche :

Afin de démarrer l'élaboration de notre mémoire, chacun d'entre nous a effectué des recherches concernant les notions qui pouvaient ressortir de nos questionnements.

Nous débuterons par une présentation du contexte actuel avec un point sur la politique nationale du vieillissement, l'organisation des SSIAD et EHPAD, les métiers d'AS et d'IDEC, le financement et la démarche qualité concernant le soin dans ces structures médico-sociales. Puis nous définirons et analyserons les concepts de la qualité de vie et du bien-être au travail en lien avec la profession aide-soignante, le travail en EHPAD et en SSIAD. Nous aborderons par la suite différents types de managements et leur application dans l'organisation du soin par l'IDEC.

Dans une deuxième partie, dite enquête exploratoire, nous interrogerons les AS et les IDEC en SSIAD et en EHPAD sur leur idéal et leur vécu du métier, sur les actions menées, en cours de réalisation ou envisagées pour leur bien-être et leur qualité de vie au travail.

Nous avons élaboré un questionnaire semi-directif pour, dans un premier temps laisser libre cours aux réponses, puis, éventuellement orienter les entretiens si les réponses ne sont pas spontanées. L'entretien des AS se terminera par le « questionnaire Minnesota de satisfaction au travail », la version courte d'une vingtaine de questions, nous permettant de compléter et préciser nos entretiens semi-directifs et faire une comparaison entre ces deux outils choisis.

Nous avons aussi choisi de poser des questions « miroirs » aux AS et aux IDEC pour comparer le vécu du responsable et de son équipe.

⁶ GALLET. Anne-Marie, Anact, GHADI. Véronique, HAS, LIAROUTZOS. Olivier, Anact. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. *has-sante*. [en ligne], septembre. 2017. [Consulté le 17 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf

Enfin, après analyse des réponses et en nous référant à nos recherches, nous espérons conclure et pouvoir faire quelques propositions pour nous aider en tant qu'IDEC à mieux comprendre et répondre aux attentes des équipes AS, à améliorer leur qualité de vie au travail et à influencer positivement sur la qualité des soins.

2. RECHERCHE CONCEPTUELLE

2.1. LE CONTEXTE

2.1.1. *La politique française face au vieillissement de la population.*

- « La révolution de la longévité ».⁷

Grâce aux progrès sociaux, sanitaires et technologiques de notre société, l'espérance de vie des Français est en augmentation continue. Ce vieillissement de la population entraîne une augmentation des pathologies chroniques et est l'un des facteurs de l'apparition de la dépendance.

La dépendance qui interviendrait vers 80 ans en moyenne est définie comme « l'incapacité pour une personne à effectuer seule les gestes de la vie quotidienne »⁸. En 2012, les 1,17 millions de personnes âgées dépendantes représentaient 7,8% des plus de 60 ans (bénéficiaires de l'APA). D'aujourd'hui à 2060, les plus de 60 ans passeront d'environ ¼ à 1/3 de la population.

Ce phénomène de vieillissement s'accompagne d'une diminution du nombre d'aidants naturels. D'après les projections démographiques de l'Insee, le nombre de personnes de 50 à 79 ans, qui aujourd'hui constituent la majorité des aidants, devrait augmenter de 10 % environ entre 2000 et 2040 alors que le nombre de personnes âgées dépendantes devrait progresser de 53 %.⁹

Dès 1905, des politiques publiques et sociales envers les personnes âgées ont été mises en place. Depuis la loi rénovant l'action sociale de 2002 visant à protéger les personnes âgées au sein d'une institution en garantissant leurs droits fondamentaux, en associant l'utilisateur à sa prise en charge, les mesures politiques se précisent.

En 2006, apparaît le plan « Solidarité grand-âge » (2007/2012) qui a pour but de développer les services d'aides et de soins à domicile, d'augmenter le nombre de places en EHPAD mais aussi « un effort accru d'encadrement : augmentation des effectifs de personnels soignants, amélioration des taux

⁷FORETTE, Françoise. *La révolution de la longévité*. Paris : Bernard Grasset, 1997. ISBN : 9782246534518

⁸Comité éditorial. Politique et vieillissement. *Politix*. [en ligne], Avril 2005, n° 72, p. 3-7, [Consulté le 9 juillet 2018]. DOI : 10.3917/pox.072.0003. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-3.htm>

⁹ INSEE Références. Tableau de l'économie Française, Personnes âgées dépendantes. *Insee*. [en ligne]. 19 février 2014. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

d'encadrement [...] et l'organisation de la formation au diplôme d'AS pour les salariés des établissements d'hébergement. »

La loi n ° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, financée par la Contribution additionnelle de la Solidarité pour l'Autonomie (CASA), tend à favoriser le maintien à domicile et à améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Ces principales lois mettent l'accent sur la nécessité de bien prendre en charge la population âgée et cette révolution de la longévité.

« Après une mobilisation inédite [...] des EHPAD et des services de soin à domicile cet hiver, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, a annoncé à la fin de mai des mesures pour « mieux prendre en charge la dépendance », répondant dans un premier temps « à l'urgence » de la qualité de vie des personnes âgées. Concernant l'anticipation de la perte d'autonomie et son financement public, elle a lancé une concertation nationale devant « aboutir à des propositions début 2019 »¹⁰.

2.1.2. SSIAD et EHPAD : des ESMS (établissements et services médico-sociaux)

2.1.2.1. Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)

Les SSIAD apportent des prestations de soins aux personnes âgées de plus de 60 ans et aux adultes de moins de 60 ans présentant un handicap. Ces structures peuvent être publiques ou privées. Les équipes sont composées au minimum d'un IDEC et d'AS, d'aides médico-psychologiques (AMP) ou d'accompagnants éducatifs et sociaux (AES). Ils emploient et/ou travaillent aussi en partenariat avec les psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens et infirmiers.

Les SSIAD « constituent un maillon essentiel » du maintien à domicile, grâce à une présence quotidienne : ils assurent une « coordination gérontologique de premier plan », « contribuent à un meilleur recours aux soins hospitaliers en prévenant ou en différant les hospitalisations et en facilitant un retour précoce au domicile ». « Ils préviennent et retardent la perte d'autonomie » et « l'entrée en établissement. »¹¹. Ils permettent aussi de soutenir les aidants, les familles et d'accompagner les personnes en fin de vie désireuses de rester à leur domicile.

Néanmoins, le maintien à domicile a ses limites : la solitude (célibat ou veuvage), la peur,

¹⁰Le Monde et l'Agence France-Presse. Protection sociale : Macron plaide pour des solutions plus efficaces que de l'argent mis sur la table. *Le Monde*. [en ligne] 14 juin 2018. [Consulté le 8 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/06/13/protection-sociale-macron-plaide-pour-des-solutions-plus-efficaces-que-de-l-argent-mis-sur-la-table_5314310_3224.html

¹¹CHEVREUL, Karine. *Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction Générale de l'Action Sociale. Les patients en service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*. [en ligne], Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Edition DICOM/09 051 2 - Septembre 2009. [Consulté le 5 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

l'angoisse, le manque d'aidants ou l'épuisement de ces derniers, l'habitat inadapté, la forte augmentation de la dépendance et/ou des troubles cognitifs nécessitant une présence permanente, le coût etc. Le déménagement dans un EHPAD peut alors être nécessaire pour la sécurité et la bonne prise en charge de la personne dépendante. En septembre 2011, 84 % des personnes percevant l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) et évaluées en GIR 1 (Groupe iso ressource) par le biais de la grille AGGIR résidaient dans un établissement, contre 21 % des personnes évaluées en GIR 4. Fin 2011, les EHPAD représentaient 74 % des établissements accueillant des personnes âgées.¹²

2.1.2.2. Les EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Aujourd'hui, l'âge moyen des résidents en EHPAD est de 85 ans, et leur taux de dépendance est très élevé. « La durée moyenne de la dépendance, lorsqu'elle survient, est de 4,4 ans. »¹³

Les EHPAD peuvent être publics (44%), privés associatifs à but non lucratif (31%) ou privés commerciaux (25%)¹⁴. Ils hébergent des personnes âgées de plus de 60 ans et handicapées de manière permanente ou temporaire, et disposent parfois d'un accueil de jour. Ils proposent et dispensent des actes médicaux et paramédicaux, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apportent une aide à la vie quotidienne adaptée (équipe pluridisciplinaire). Ils disposent aussi d'un pôle animation.

L'EHPAD est un lieu de vie où chacun peut emménager et en partir comme on quitte une habitation classique, et y « circuler librement ».¹⁵ Chaque résident dispose d'un logement privatif qu'il peut meubler à son goût. Ils sont composés d'un directeur d'établissement, d'une équipe hôtelière, d'une équipe de soignants dirigée par un IDEC, d'un médecin coordonnateur et d'une équipe d'animation.

2.1.2.3. Financement et démarche qualité en SSIAD et EHPAD

Ces structures médico-sociales sont financées par l'assurance maladie par le biais de l'ARS, autorité décisionnelle et de contrôle pour la partie soins (SSIAD comme EHPAD) et par le département pour la partie dépendance dans les EHPAD. SSIAD et EHPAD doivent obligatoirement décliner objectifs et missions pour répondre aux demandes de ces instances de financement. Ce système financier nécessite des engagements mutuels et le respect de certains principes fondamentaux, formalisés dans un

¹² INSEE Références. Tableau de l'économie française, Personnes âgées dépendantes. *Insee*. [en ligne]. 19 février 2014. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

¹³ DUÉE, Michel. REBILLARD, Cyril. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *Insee*. [en ligne] 1er mai 2006 [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>

¹⁴ DAMGE, Mathilde. EHPAD : état des lieux de l'accueil des personnes âgées sur le territoire. *Le Monde*, [en ligne] 30 janvier 2018, date de dernière mise à jour : 9 mai 2018. [Consulté le 11 juin 2018] Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/30/ehpad-etat-des-lieux-de-l-accueil-des-personnes-agees-sur-le-territoire_5249304_4355770.html

¹⁵ Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Article 8 Droit à l'autonomie. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles. [en ligne]. [Consulté le 25 septembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.le-pelican.org/wp-content/uploads/2014/07/charte-droits-personne.pdf>

CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens), budget signé pour une durée de 5 ans.¹⁶ Tout cela est au service de l'amélioration de la qualité de prise en charge des personnes accueillies : il s'agit de la démarche qualité. Ce processus est apparu progressivement dans les ESMS avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, avec l'obligation de réaliser une évaluation interne et une évaluation externe et de remplir différents indicateurs.

En pratique, cette démarche qualité demande beaucoup de travail, d'investissement du médecin coordinateur, de l'IDEC et de l'équipe soignante car elle engendre des changements et la mise en œuvre de nouveaux protocoles. Cela peut mettre en difficulté l'équipe du fait du décalage entre la demande d'investissement et le temps qui peut lui être accordé. Jacky Merklings, cadre de santé supérieur et formateur, l'exprime ainsi dans un article : « le fondement relationnel du métier de soignant semble alors perdre de plus en plus de terrain face aux exigences de bonnes pratiques. Ces exigences de forme doublées par une organisation à flux tendu entraînent les soignants dans une course sans fin dans laquelle le sentiment de bien faire disparaît irrémédiablement »¹⁷.

Néanmoins, lorsque l'on peut prendre le temps de se pencher sur le système de financement, on découvre aussi que certains fonds peuvent être ajoutés pour améliorer la qualité de prise en charge et avec cela, la qualité de travail. C'est le cas de certains appels à projets de l'ARS et des crédits non reconductibles qui cependant, tendent à disparaître.

2.1.3. Le métier d'aide-soignant

2.1.3.1. Définition et histoire de la fonction d'aide-soignant

Le métier d'AS apparaît dans la fonction publique en 1949, « pour répondre aux besoins d'hygiène au sein des hôpitaux et à l'incapacité pour les patients d'assumer seuls ses besoins élémentaires (se laver, se nourrir, se changer, se déplacer...) » mais surtout, « pour les besoins de l'administration hospitalière dans le cadre de la division au travail »¹⁸, notamment lié au processus de professionnalisation des infirmières et l'apparition de son diplôme d'état en 1946.

La sociologue, Anne-Marie Arborio, indique simplement dans sa thèse « Un personnel invisible: Les aides-soignantes à l'hôpital », que : « le rôle de l'aide-soignante est explicité en une seule phrase : seconder les infirmiers et les infirmières notamment en ce qui concerne les soins à donner aux hospitalisés. »¹⁹

¹⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. *Légifrance*. [en ligne], 10 mars 2017, [consulté 8 juin 2018], disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrrete/2017/3/3/AFSA1619718A/jo/texte>

¹⁷ MERKLINGS, Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, Septembre 2015, n°238, p.19-22.

¹⁸ Historique de la profession d'aide-soignant, In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [en ligne], 9 novembre 2009, Date de dernière mise à jour : 17 janvier 2013. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.aide-soignant.com/article/profession/as/historique>.

¹⁹ ARBORIO, Anne-Marie. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, 2e édition augmentée d'une préface de l'auteur. Paris : Economica. Anthropos, 2012. ISBN : 978-2-7178-6533-2

Le référentiel de la profession AS nous décrit précisément leur place et leurs différentes missions : « L'aide-soignante exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle dévolu à celui-ci, conformément aux articles R.4311-3 à R. 4311-5 du code de la santé publique. Elle 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. Elle accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, elle 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'AS 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 »²⁰. Le rôle de l'AS se définit au travers de la fonction de l'infirmière par délégation de son rôle propre et sous sa responsabilité.

Professionnalisé en 1956, avec le CAFAS (Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant)²¹, ce métier ne cesse d'évoluer. (Annexe 1 : évolution de la profession AS). On remarque une augmentation du temps de formation, une adaptation du contenu à la pratique quotidienne et des appellations diplômantes qui évoluent, afin de redéfinir ses fonctions et son statut. On comprend d'ores et déjà, à travers cette définition et l'historique de la profession, les difficultés pour ce groupe de professionnels de se sentir reconnu et valorisé.

Il sera important pour nous d'avoir connaissance de ces facteurs. En effet, par notre management nous devons chercher comment stimuler et valoriser les AS pour qu'ils se sentent d'avantage reconnus. Ils sont, au sein de nos équipes, un maillon essentiel de la chaîne du soin.

2.1.3.2. Le métier d'aide-soignant en EHPAD et en SSIAD aujourd'hui

Travailler en tant qu'AS en gériatrie nécessite des compétences et des qualités professionnelles :

- Des qualités humaines, soit le sens du contact, de l'écoute, la capacité d'empathie, le respect et l'estime de l'autre, la patience, la compréhension des situations difficiles, l'absence de jugement, et aussi un bon relationnel avec les familles, les aidants.
- Une bonne condition physique (mobilisations des patients, horaires variables et travail de nuit).

²⁰ Profession aide-soignant. Recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'état. Berger-Levrault, 2011.

²¹ ARBORIO, Anne-Marie. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, 2e édition augmentée d'une préface de l'auteur. Paris : Economica. Anthropos, 2012. ISBN : 978-2-7178-6533-2

- Une résistance mentale face à la maladie, à la détérioration physique, à la douleur de l'autre, à la mort, à l'agressivité et à la violence physique et morale, à la tristesse et au deuil.
- Des qualités techniques : la connaissance et le respect des règles et des procédures (hygiène, ergonomie) mais aussi des obligations professionnelles telles que le secret et la discrétion.
- Des qualités organisationnelles : priorisation, adaptation aux changements quotidiens et gestion des situations d'urgence.
- Un travail en équipe : s'intégrer, se positionner, partager le travail et l'information, éviter les conflits, avoir un bon état d'esprit.

Au-delà des soins du quotidien, la gériatrie demande de comprendre la maladie, la vieillesse, les troubles cognitifs et toutes leurs conséquences sur le comportement humain. Savoir faire preuve d'empathie. Connaître ses limites en termes de compétence et de patience et savoir gérer ses émotions. Il s'agit également d'établir une relation soignant-soigné professionnelle et respectueuse. C'est peut-être par la reconnaissance de ces compétences que l'on peut valoriser le métier d'AS.

2.1.3.3. Le salaire :

1717€, c'est le salaire brut moyen mensuel d'un AS français. Ce chiffre, publié dans le 5ème baromètre des salaires de la santé 2016 de l'Appel Médical, est en hausse (+5,2 %)²². Pour comparaison le SMIC en janvier 2018 a été fixé à 1 498,47 € brut mensuel.

2.1.3.4. Les horaires :

Les AS travaillent en général 35 heures. Mais leurs horaires et les jours travaillés sont variables d'une semaine à l'autre et ils doivent en général travailler le week-end. Les horaires sont très irréguliers, travail le matin ou l'après-midi d'une durée d'environ 7h, travail en coupure d'une durée d'environ 9h-10h sur une amplitude de 11h à 12h et travail en 12h. Ces horaires coupés ou de 12h, qui réduisent le coût des soignants en diminuant leur besoin en nombre, peuvent être éprouvants et affectent le temps de transmissions inter-équipes.

Mais en région parisienne, ils sont souvent acceptés par les soignants, car ils raccourcissent leur temps de transport et leur permettent de faire des vacances dans d'autres établissements de santé pour augmenter leurs revenus. Ces cadences ne sont cependant pas sans conséquence sur leur santé, leur épuisement professionnel et la qualité de leur travail.

²² PLANTIER, Aurélie, VOLLEAU Stéphane. *Cahier spécial métiers du soin et de l'assistance. 5ème baromètre des salaires de la santé.* [en ligne], 2016. [Consulté le 6 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.appelmedical.com/wp-content/uploads/sites/2/2016/06/AM_Barometre_2016_SoinAssistance.pdf

2.1.3.5. Choix et attraction du métier :

« Le métier d'aide-soignant, réputé contraignant, pénible et mal payé, attire de moins en moins. Depuis deux ans, le nombre de candidats aux concours des instituts de formation d'aides-soignants (IFAS) baisse de près de 30% dans plusieurs régions. »²³

Aujourd'hui, même si l'accès à la formation d'AS et d'AES se fait par concours, il est difficile de savoir si les motivations initiales sont liées à l'attrait du métier. Dans un contexte de chômage, ces formations accessibles sans exigence de niveau d'étude et offrant une garantie d'emploi sont très souvent proposées aux demandeurs d'emploi peu qualifiés, par les conseillers de Pôle emploi, les missions locales, l'Ecole de la deuxième chance (E2C) etc.

2.1.3.6. La position sociale :

La profession de soignant est un métier hautement féminisé (90 % des AS sont des femmes).²⁴ La psychologue, Pascale Molinier, parle, dans l'introduction de son livre « Le travail du care »²⁵, de « néo-domesticité » et pointe la position basse des AS et autres « travailleurs du care » dans l'échelle sociale comme dans la hiérarchie professionnelle. Le travail d'aide et de soin qu'ils effectuent au quotidien inclue ce qu'elle qualifie de « sale boulot », « celui que personne n'a envie de faire, pas tout le temps, pas tous les jours. ». Lise Causse, sociologue au Centre d'études et de recherches sur les qualifications (Céreq), parle aussi du « dirty-work », rejeté par les infirmières, dans son étude sur les aides-soignants en EHPAD²⁶.

Les métiers d'AS, qui sont des métiers certes indispensables mais peu lucratifs, n'ont malheureusement pas la reconnaissance sociale qu'ils méritent. Ceci est peut-être lié à un manque de connaissance de ce métier.

Néanmoins, d'après un article de Serge Cannasse, rédacteur en chef du groupe Izéos (spécialiste des médias et services digitaux dédiés au secteur paramédical), près de 9 AS sur 10 sont « fiers » ou « plutôt fiers » de leur métier.²⁷ On retrouve ce sentiment de fierté de leur métier dans le recueil d'interviews « Si c'était à refaire. Les aides-soignantes » de Lidy Arslan²⁸. En désaccord avec la dévalorisation du métier d'AS qu'elle ressentait dans la thèse d'Anne-Marie Arborio, et dans laquelle,

²³ BÉGUIN, François. Le-nombre-de-candidats-aux-écoles-d-aides-soignants-en-baisse. *Le Monde* [en ligne], 11 mai 2018. [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://abonnes.lemonde.fr/sante/article/2018/05/11/le-nombre-de-candidats-aux-ecoles-d-aides-soignants-en-baisse_5297453_1651302.html.

²⁴ CANNASSE, Serge. Un état des lieux de la profession aide-soignante. In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [en ligne], 26 janvier 2011, [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible sur <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/un-etat-des-lieux-de-la-profession-aide-soignante>

²⁵ MOLINIER, Pascale. *Le travail du Care*. Paris : La Dispute, 2013. Le genre du monde. ISBN : 978-2-84303-240-0.

²⁶ CAUSSE, Lise. L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté. In : *Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes*. Toulouse : Eres, 2006, p. 67-79. ISBN : 9782749205526

²⁷ CANNASSE, Serge. Un état des lieux de la profession aide-soignante. In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [en ligne], 26 janvier 2011, [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible sur <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/un-etat-des-lieux-de-la-profession-aide-soignante>

²⁸ ARSLAN, Lidy. *Si c'était à refaire. Les aides-soignantes*. Paris, Seli Arslan, 2003. Si c'était à refaire. ISBN : 2842760891

elle ne reconnaissait pas les AS qu'elle avait côtoyés, elle a rencontré et écouté parler librement de leur métier un large panel d'aides-soignants et d'aides-soignantes de tous âges, sur toute la France et dans divers services. A la question finale « Si c'était à refaire » de chaque entretien, ils n'hésitent pas et la réponse est « oui ».

2.1.4. Les IDEC en EHPAD et en SSIAD

L'infirmier coordinateur en EHPAD et SSIAD est un Infirmier Diplômé d'État qui devient responsable de l'équipe de soin. Cette fonction ne nécessite pas de formation obligatoire mais il existe des Masters de management et depuis peu des DU de management dont le Diplôme Universitaire d'Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur (trice) d'EHPAD et de SSIAD, qui témoignent de la nécessité et de l'envie des IDEC d'être formés et reconnus.

2.1.4.1. Législation concernant les infirmiers coordinateurs en EHPAD et en SSIAD

Pour les EHPAD, on retrouve la fonction d'IDEC sous le nom d'« infirmier référent » pour la première fois dans l'arrêté du 26 avril 1999, « fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle²⁹ ». Il « pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure un bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gérontologiques de qualité [...] ».

Concernant les SSIAD, la législation est plus claire. Le rôle de l'IDEC est défini dans la circulaire DGAS/2 C no 2005-111 du 28 février 2005³⁰, relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile : l'évaluation, la coordination et l'organisation des soins, ainsi que la gestion du SSIAD, la participation du service aux activités du centre local d'information et de coordination (clic), la coordination du service avec les partenaires et des soins aux usagers du service si besoin.

2.1.4.2. Missions des IDEC en EHPAD et en SSIAD

L'IDEC en EHPAD ou en SSIAD a pour mission d'assurer continuité et qualité de la prise en charge des patients et résidents à travers la gestion d'une équipe et la coordination entre les différents

²⁹ LE BOEUF, Dominique. L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français. *Soins*, juin 2016, n°806, p.26- 28.

³⁰ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉ ET DE LA SANTÉ. Circulaire DGAS/2 C n° 2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile. SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-3: Annonce N°36. [Consulté le 10 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm>.

acteurs de cette prise en charge. La coordination est l'une des premières fonctions de l'IDE définie depuis 2002 comme suit : « participe [...] à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes. »³¹

Aucun référentiel n'existe concernant le poste d'IDEC et les fiches de poste varient d'un établissement à l'autre. Après plusieurs recherches et selon nos expériences, nous avons établi une liste énumérative et non exhaustive des différentes tâches de l'IDEC (annexe n°2 : Mission des IDEC en EHPAD et en SSIAD). De cette liste quantitative, nous résumons de manière plus qualitative le rôle de l'IDEC en tirant trois axes majeurs :

Le management du personnel prend une grande partie du temps de l'IDEC : réalisation du planning, des recrutements, gestion des remplacements, prise en compte et amélioration des conditions de travail du personnel, réalisation des entretiens annuels individuels et gestion des formations, accueil et suivi des nouveaux salariés et stagiaires etc.

Il assume la responsabilité de la qualité des soins : connaissance et suivi des dossiers, être garant de la qualité et de la bonne utilisation des documents du service, des protocoles en lien avec la législation en vigueur et respect de la politique de l'établissement. Il est le garant de la gestion du matériel et de sa bonne utilisation, du suivi des transmissions, l'organisation des staffs, des réunions pluridisciplinaires, des groupes de travail, des formation continues internes et externes.

S'ajoutent la coordination de tous les acteurs, la communication et le relationnel en créant, entretenant le lien entre/avec les différents intervenants internes et externes (médicaux, paramédicaux, hôpitaux, cliniques, HAD (Hôpital à domicile), SSIAD, réseaux de soin, et avec les fournisseurs). L'IDEC favorise le lien avec les patients/résidents et leurs familles avec un accompagnement dès la visite de préadmission jusqu'au départ de la structure et la fin de vie.

De cette description, émergent la charge de travail, les compétences relationnelles, de manager mais aussi de soignant, qui sont requises pour les IDEC. Le management et la relation aux équipes soignantes étant une part importante du travail d'IDEC, nous poursuivons notre analyse par le concept de management.

2.2. LE MANAGEMENT

³¹ LE BOEUF, Dominique. L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français. *Soins*, juin 2016, n°806, p.26- 28.

L'origine du mot « manager » viendrait de l'italien « maneggiare » qui veut dire contrôler, avoir en main. A l'origine, manager était plutôt synonyme d'ordonner une chose par un chef, correspondant plus à une notion de management directif de nos jours.

Les psychologues, sociologues ou économistes, qui ont réfléchi au management, l'ont souvent défini comme un système, une méthode, une mise en œuvre de moyens humains et matériels pour atteindre des objectifs mis en place par une personne ou un groupe prédéfini. Avec le temps, de nombreuses recherches ont été effectuées afin de proposer d'autres méthodes de management pour le bien-être des équipes et pour une organisation optimale.

2.2.1. Les méthodes théoriques de management (ou les différents comportements du manager avec son équipe)

2.2.1.1. Le management selon Henry Mintzberg

Henry Mintzberg, sociologue et économiste, auteur de nombreux ouvrages sur le management, le définit comme « la présence d'un système d'autorité et d'administration, personnifié par un ou plusieurs managers dans une hiérarchie plus ou moins structurée et dont la tâche est d'unir les efforts de tous dans un but donné... ». Ainsi le manager est le pilier d'une organisation avec la responsabilité et le soutien d'une équipe pour obtenir un résultat avec des objectifs fixés.

Selon lui, les différents rôles du manager sont : un rôle interpersonnel, un rôle lié à l'information et un rôle décisionnel. En tant que leader et surtout en tant qu'agent de liaison, il doit être observateur et porte-parole tout en prenant des décisions à travers des négociations et des discussions. Il doit être capable d'écouter, d'entendre et de se positionner avec objectivité.

2.2.1.2. Le management selon Rensis Likert

Rensis Likert (1903-1981), psychologue américain, a centré ses études sur la « relation intégrée » en préconisant le travail d'équipe pour créer de meilleurs liens entre chacun. Il considérait que pour travailler efficacement, il fallait que la personne se sente utile. De ses observations, il a classé les styles de management en quatre catégories :

- **Le style directif**, qu'on peut définir comme autoritaire avec des consignes strictes et ne laissant aucune place à l'autonomie. Il repose sur des sanctions et la peur. Il prône des résultats rapides et efficaces mais génère une démotivation de la part des employés, un mal-être au travail, voire un sentiment « d'être des machines ». On pense au Taylorisme, et à son découpage du travail à la chaîne. Dans le soin, dans des

situations d'urgence par nécessité d'efficacité et de rapidité, une personne, le médecin en général, prend les commandes et dirige les interventions de chacun.

- **Le style persuasif** (paternaliste) situe le manager comme modèle du groupe. Il garde un côté autoritaire tout en cherchant la confiance de son équipe. Il cherche à promouvoir l'esprit d'équipe et « utilise récompenses et sanctions comme moyen de motivation ». Le bien-être de l'équipe est pris en compte, mais c'est le manager qui décide ce qui est bon pour son équipe.

- **Le style consultatif** fait appel à l'équipe dans la prise des décisions. Le manager est entièrement décisionnaire mais il met en place une proximité basée sur la confiance avec chacun des membres de l'équipe. Il fait appel à leurs avis mais c'est lui qui prend la décision finale. Il favorise le travail d'équipe. On l'observe dans le soin lors des réunions pluridisciplinaires, pendant lesquelles l'avis de chacun est écouté, mais les décisions sont prises par l'IDEC et le médecin coordinateur si les avis divergent.

- **Le style participatif**, décentralise la prise de décisions. L'équipe participe activement à l'organisation de l'établissement et à sa gestion. Le management est basé sur un rapport de confiance beaucoup plus prononcé que dans un style consultatif. Ce style sous-entend une motivation du personnel afin de le rendre efficace et optimale. Par exemple, dans le soin, la mise en place de soignants référents dans certains domaines comme les soins palliatifs, la douleur, l'hygiène, la bienveillance etc. Ce style participe à l'autonomisation et à la valorisation des soignants.

2.2.1.3. La Grille « des deux dimensions du management » de Blake et Mouton³² (Annexes3)

Les Américains Robert Rogers Blake (1918-2004), professeur universitaire, et Jane Mouton (1930-1987) théoricienne du management, ont identifié deux facteurs fondamentaux de comportement managérial : l'intérêt porté au personnel d'un point de vue relationnel et l'intérêt porté aux résultats du travail accompli. Ils ont créé une grille représentant le management avec ces deux dimensions, (et non plus seulement de manière linéaire).

Deux managements inspirés de Rensis Likert y apparaissent :

³² BERTRANDE, Alain. La grille de Blake et Mouton. In : Keyros Management. Keyros. [En ligne]. 31 janvier 2006. [Consulté le 30 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.keyros.net/article-1743577.html>

- Le management « participatif » (1-9) dit « social », il repose sur l'importance de l'équipe, l'écoute et la mise en confiance. Il consiste à favoriser une ambiance positive sur le lieu de travail avec prise en compte des besoins matériels et vise à chercher une efficacité optimale dans le travail effectué.
- Le management « autoritaire », (9-1) centré sur la tâche ou le travail et ses résultats.

Trois autres styles de management sont proposés pour compléter la grille :

- Le « **laisser faire** » (1-1), un management laxiste. Le manager ne prend pas position. Un moindre effectif pour un moindre résultat, ce qui entraîne un dysfonctionnement et des contestations de l'équipe.
- Le **management « Intermédiaire »** (5-5) : théoriquement, l'équilibre entre la prise en compte de l'équipe et le résultat apporté semblerait être le mariage parfait. Sur le terrain, ils ont observé que le résultat final ne semblait pas optimal. Le manager est bienveillant, il cherche un équilibre entre les besoins physiologiques, psychologiques de son équipe et le résultat. Il cherche des compromis mais sur le terrain il est difficile pour lui de tout concilier. En effet, l'équipe est composée de personnes différentes, ses décisions peuvent plaire à l'un mais pas forcément à l'autre.
- Le **management « Intégrateur »** (9-9), qui répond le plus aux besoins psychologiques de l'équipe. C'est un style qui favorise l'esprit d'équipe avec une optimisation des ressources humaines. Ce modèle est comparable au management délégatif³³. Un modèle qui demande motivation et performance : un système valorisant l'équipe concernée. Les décisions sont prises en collectif. Le manager délègue, avec un arbitrage bienveillant pour limiter la désorganisation, certaines missions à ses coéquipiers, entraînant une pression d'un point de vue responsabilité.

A travers ces données, nous pouvons dire que le management, qui s'articule autour d'un manager et d'une équipe, a pour objectif d'obtenir un résultat final le plus optimisé possible, tout en tenant compte des attentes et besoins de l'équipe produisant ces résultats.

Il semble donc important que le manager soit conciliant, c'est à dire bienveillant face à son équipe. Qu'il prenne en compte son bien-être, tout en ayant pour objectif principal d'offrir un service et une prise en charge de qualité aux résidents/patients. Il faut qu'il sache puiser dans ces divers styles pour adapter son management en fonction de la situation et des salariés auxquels il s'adresse.

En effet, l'émotion diffère selon chacun et sa prise en compte est importante. Elle permet d'établir une meilleure compréhension et adaptation de chaque situation et de mener au bien-être de chacun. Ces différentes théories et descriptions du management mettent en évidence la partie humaine de ce rôle et nous montrent l'importance des émotions, omniprésentes dans le métier du soin.

³³ WIKICREA. Les styles de management : autoritaire, paternaliste, délégatif, participatif...In : Wikicrea, creerentreprise. [en ligne]. 4 avril 2018. [Consulté le 3 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.creerentreprise.fr/styles-de-management/>.

Nous orientons nos recherches en ce sens, en nous intéressant à la relation soignant-soigné, l'importance des émotions et enfin l'intelligence émotionnelle.

2.2.1.4. Être soignant et la relation soignant-soigné

Être soignant, c'est prodiguer des soins auprès d'une personne. Pour Alexandre Manoukian, psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier, le soignant « entre en relation avec les malades de façon intime et souvent prolongée »³⁴. Cette notion est d'autant plus vraie chez les aides-soignants(e)s qui passent entre 20 à 50 minutes en moyenne avec les patients lors de leurs soins.

On parle alors de la relation soignant-soigné qu'Alexandre Manoukian définit comme « une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ». Elle met en jeu divers facteurs propres à l'individu. On y retrouve les facteurs psychologiques tels que, les valeurs personnelles, les représentations, les préjugés, les désirs, les émotions et les facteurs sociaux représentés par l'appartenance à une catégorie professionnelle, à une classe d'âge ou à une culture.

La notion d'émotion apparaît dans ce concept. Que cela soit auprès du patient ou face à une autre personne, l'individu ressent des émotions. Celles-ci sont souvent plus sollicitées chez un soignant du fait de la mise en relation régulière face à un individu souvent diminué par son âge et son état de santé.

En effet, les soignants en général et les AS en particulier travaillant en EHPAD et en SSIAD sont confrontés quotidiennement à la maladie, à la dégradation physique, intellectuelle et cognitive, à la perte d'autonomie, au handicap, au grand-âge, à la douleur physique, psychique et morale, à la fin de vie, à la mort, à la tristesse des patients, à la tristesse de l'entourage, qui peuvent se manifester aussi par leur colère et agressivité. Ils vivent avec les patients ou résidents une relation au quotidien avec des moments de plaisirs, de reconnaissance, de valorisation et des moments de tensions, de conflits, de reproches.

Dans le soin et l'accompagnement, de nombreux événements quotidiens sont sources d'émotions. Pour nous, il est important en tant qu'IDEC de les comprendre et de les prendre en compte.

2.2.1.5. L'importance des émotions

Dans l'ouvrage « La force des émotions. Amour, colère, joie » de Christophe André et François Lelord, l'émotion est définie comme « une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des

³⁴ MANOUKIAN, Alexandre., MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, 3e édition. Soigner et accompagner. 3e édition. ISBN : 978-2-7573-0200-2.

composantes psychologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions) ».³⁵

Laurence Saunder, vice-présidente de Consult'in France et dirigeante associée de Uside, un « cabinet de conseil spécialiste des mutations culturelles et des comportements », complète cette définition : « Le terme émotion provient du latin « emovere » : mettre en mouvement. Une perturbation quelle qu'elle soit, provoque une réaction physiologique et en conséquence, le corps réagit. L'émotion est brève, fugace, ce qui la différencie de l'humeur, qui reste stable dans le temps. L'émotion est subjective, nous ne ressentons pas les mêmes choses face aux mêmes événements. Elles sont visibles par autrui dès lors qu'elles se manifestent sur le visage, dans la voix et à travers des comportements spécifiques »³⁶. Stéphane Rusinek, professeur de psychologie clinique à l'université Lille Nord-de-France, ajoute « qu'elles peuvent être en fonction de certaines expériences vécues ».³⁷ Pour Laurence Saunder, elles ont aussi un rôle fondamental, vital « un rôle de moteur ou de frein au service de notre survie ».³⁸

Pour Charles Darwin comme pour Paul Ekman, psychologue américain connu pour son travail sur l'étude des émotions et leurs expressions faciales, les émotions sont universelles. Il en existe 6 à 7 fondamentales : la joie, la colère, la tristesse, la surprise, la peur, le dégoût et le mépris ou l'ironie.³⁹

Nous sommes tous conscients de ressentir des émotions, mais aussi qu'elles nous sont propres et qu'elles diffèrent des gens qui nous entourent. Chaque soignant est différent par son passé, son vécu, son histoire et peut ressentir différentes émotions lors de certaines situations.

Arnaud Gautier, cadre de santé paramédical à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), explique très bien que « le soignant est avant tout un sujet qui n'est pas réductible à une fonction. Cette personne est porteuse d'une histoire de vie influencée par les rencontres humaines. Difficile donc de séparer en deux sphères distinctes la vie professionnelle et la vie personnelle d'une personne. »⁴⁰

Pour Alexandre Manoukian, psychologue clinicien en milieu hospitalier, le soignant possède un vécu psychologique « d'une richesse et d'une variété qui font l'intérêt de son travail mais aussi sa difficulté au quotidien »⁴¹

³⁵ LELORD, François., ANDRE Christophe. *La Force des émotions. Amour, colère, joie*. Paris : Odile Jacob, 2003, POCH ODIL JACOB. ISBN-10 : 2738112676

³⁶ SAUNDER, Laurence. *L'énergie des émotions. Comprendre les émotions pour mieux les utiliser en entreprise*. Groupe Eyrolles, 2010. ISBN : 978-2-212-55669-8

³⁷ RUSINEK Stéphane. *Les émotions - Du normal au pathologique*. Paris : Dunod, 2014. Les Topos. ISBN-10: 2100717006

³⁸ SAUNDER, Laurence. *L'énergie des émotions. Comprendre les émotions pour mieux les utiliser en entreprise*. Groupe Eyrolles, 2010. ISBN : 978-2-212-55669-8

³⁹ SAUNDER, Laurence. *L'énergie des émotions. Comprendre les émotions pour mieux les utiliser en entreprise*. Groupe Eyrolles, 2010. ISBN : 978-2-212-55669-8

⁴⁰ GAUTIER, Arnaud. Compétence émotionnelle et implication des soignants. *Objectif SOINS & MANAGEMENT, septembre 2016*, n°248, p.27- 31.

⁴¹ MANOUKIAN, Alexandre., MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, 3e édition. Soigner et accompagner. 3e édition. ISBN : 978-2-7573-0200-2.

Prendre conscience de ses émotions, c'est aussi repérer que « c'est un précieux indicateur permettant de détecter les situations qui nous impactent au quotidien ou qui nous perturbent, bien que nous n'en ayons pas conscience la plupart du temps »⁴², selon Laurence Saunder.

2.2.1.6. L'intelligence émotionnelle

C'est en s'interrogeant sur la conscience de ses émotions que l'on découvre une notion plus approfondie appelée « intelligence émotionnelle ».

L'intelligence émotionnelle est un concept proposé en 1990 par les psychologues Peter Salovey et John Mayer. Dominique Szeliga, cadre de santé au CHU de Bordeaux, reprend leur définition. L'intelligence émotionnelle est « une habilité à percevoir et à exprimer les émotions, à les intégrer pour faciliter la pensée, à comprendre et à raisonner avec les émotions, ainsi qu'à réguler les émotions chez soi et chez les autres »⁴³. Elle ajoute que Salovey répartit l'intelligence émotionnelle en cinq domaines : la connaissance de soi, la maîtrise de ses émotions, l'auto-motivation, la perception des émotions et la maîtrise des relations humaines.

Enfin, elle nous informe que Daniel Goleman, psychologue et journaliste scientifique américain, est le premier à vulgariser ce concept dans son livre intitulé « L'intelligence émotionnelle ». Il distingue alors quatre domaines dans cette intelligence qu'il nous semble important de décrire⁴⁴.

- 1- La conscience de soi, soit la capacité à comprendre ses émotions, à reconnaître leur influence, à les utiliser pour guider nos décisions.
- 2- La maîtrise de soi, qui consiste à maîtriser ses émotions, à reconnaître leur influence, à les utiliser pour guider nos décisions.
- 3- La conscience sociale, qui englobe la capacité à détecter et à comprendre les émotions d'autrui et y réagir.
- 4- La gestion des relations, qui correspond à la capacité à inspirer et à influencer les autres tout en favorisant leur développement et à gérer les conflits.

L'une des spécificités d'un manager au sein d'une structure médico-sociale est de faire face à l'expression d'émotions fortes. Celles d'un patient ou d'un résident en colère, d'un membre de l'équipe. Savoir accompagner un autre soignant en pleurs face à une situation difficile nécessite de se questionner sur ses propres émotions et d'être à l'écoute des émotions de « l'Autre ».

⁴² SAUNDER, Laurence. *L'énergie des émotions. Comprendre les émotions pour mieux les utiliser en entreprise*. Groupe Eyrolles, 2010. ISBN : 978-2-212-55669-8

⁴³ SZELIGA, Dominique. Intelligence émotionnelle et management. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, novembre 2013, n°220, p.22-25

⁴⁴ SZELIGA, Dominique. Intelligence émotionnelle et management. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, novembre 2013, n°220, p.22-25

Laurence Zambello, cadre de santé, définit l'intelligence émotionnelle comme « l'aptitude à ressentir, comprendre, et utiliser les émotions en tant que source d'information, d'énergie et d'influence. Elle donne une compréhension approfondie des autres et de soi. »⁴⁵

Mais comment utiliser ses émotions et celles de nos équipes en tant que source d'énergie ? Daniel Goleman, Richard Boyatzis (professeur en psychologie) et Annie McKee (auteur experte en intelligence émotionnelle du leadership) définissent le concept de « leadership de résonance qui consiste à diriger et motiver par l'intelligence émotionnelle, en suscitant des émotions positives.

L'expression des émotions de fierté, de gratitude et de reconnaissance favorise la satisfaction professionnelle et permet de formuler une critique constructive faisant sentir la réalité des exigences du travail sans surenchère excessive, ce qui donne aux individus le sentiment qu'ils sont compris et que l'on se soucie d'eux. »⁴⁶

2.2.1.7. Valorisation et reconnaissance

L'expression d'émotions positives ou de sentiments négatifs par les AS nous a dirigés vers l'exploration des deux concepts que sont la valorisation et la reconnaissance.

D'après le dictionnaire le Larousse, la valorisation est l'« action de donner de la valeur, plus de valeur à quelque chose ou à quelqu'un, fait d'être valorisé. »⁴⁷

Aussi, comment en tant que manager pouvons-nous valoriser les AS dans leur pratique au quotidien ? Quels sont les éléments qui entraînent un sentiment de dévalorisation ?

L'AS a un rôle essentiel souvent mal connu et mal reconnu du grand public. Il est pourtant en première ligne dans l'accompagnement des résidents et des patients. Dans un premier temps, du fait de sa position de collaborateur au sein d'une équipe qui travaille en interdisciplinarité et qui ne peut agir sans que les tâches des uns et des autres aient été réalisées. Mais aussi par sa proximité au quotidien lui permettant d'établir une relation de confiance et nécessitant des compétences relationnelles.

« Ce n'est pas qu'une toilette, ce n'est pas qu'un change, c'est tout un travail de relation à l'autre, d'accompagnement physique et psychoaffectif. »⁴⁸, appuie Lise Causse.

⁴⁵ZAMBELLO, Laurence. L'intelligence émotionnelle au travail : une piste de réflexion pour le cadre de santé. *SOINS CADRES*, novembre 2014, n°92, p. 41-44.

⁴⁶ZAMBELLO, Laurence. L'intelligence émotionnelle au travail : une piste de réflexion pour le cadre de santé. *SOINS CADRES*, novembre 2014, n°92, p. 41-44.

⁴⁷ Dictionnaire de Français. Valorisation. Dictionnaire de Français, Larousse. [en ligne], [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valorisation/81001>

⁴⁸ CAUSSE, Lise. Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. In : *Nouvelle revue de psychosociologie*. [en ligne], Toulouse : Eres, 2008/2, n° 6, p. 85-105. ISBN : 9782749209463. [Consulté le 6 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-2-page-85.htm>

Les nombreuses compétences, que demande ce métier et ce rôle essentiel de collaboration et de proximité de la personne soignée méritent d'être mis en avant et valorisés. Ils permettent un recueil d'informations précieuses pour une meilleure connaissance du résident ou du patient.

Malheureusement, la réalité du terrain avec souvent une surcharge de travail et des cadences éprouvantes vont mettre à mal ces temps nécessaires à l'accomplissement de ces « soins » relationnels qui, lorsqu'ils sont réalisés de façon satisfaisante contribuent pleinement à un sentiment de valorisation. Le manager doit alors être conscient de l'importance du temps nécessaire pour permettre à son équipe d'exercer ses compétences relationnelles qui donneront du sens à leur pratique.

Cette relation de proximité au quotidien, qui crée du lien et donne du sens, peut aussi, du fait du contact intime avec les corps des résidents et des patients, présenter des aspects pouvant dévaloriser leur travail.

En effet, les soins directs aux malades peuvent être considérés comme les plus « ingrats » : contact avec les sécrétions corporelles, travail difficile physiquement avec la manipulation de corps lourds des patients qui se mobilisent peu etc.

Cette proximité avec les corps malades, abîmés, douloureux peut entraîner une souffrance au travail. Pour la psychologue Eve Rigoulot, « ces aides-soignants sont véritablement au plus près des patients, au contact direct des corps malades et en souffrance. Nous pouvons alors supposer que cette image nous renvoie inconsciemment à notre propre angoisse de la maladie et de la mort. Et c'est cette image qui nous pousse à une mise à distance et donc à une dévalorisation du travail de l'aide-soignant(e). »⁴⁹

Le Larousse définit la reconnaissance comme : « L'action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose »⁵⁰. Pour approfondir cette notion, l'approche qui nous a semblé la plus complète est : la reconnaissance « constitue d'abord une rétroaction constructive et authentique. [...] Elle s'exprime dans les rapports humains. Elle est fondée sur la reconnaissance de la personne comme un être unique, libre, égal, qui mérite respect, qui connaît des besoins, mais qui possède également une expérience utile. »⁵¹

Une conférence du professeur Florence Stinglhamber en mai 2016 (Professeur en psychologie des organisations et des ressources humaines à l'Université Catholique de Louvain-La-Neuve)

⁴⁹ RIGOULOT, Eve. Qu'en est-il de la reconnaissance du travail aide-soignant ? In : Aide-soignant. Aide-soignant. [En ligne], 6 juin 2018. Date de dernière mise à jour : 15 juillet 2013 [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/reconnaissance-du-travail-aide-soignant>

⁵⁰ Dictionnaire de Français. Reconnaissance. Dictionnaire de Français, Larousse. [En ligne], [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reconnaissance/67116>

⁵¹ BRUN, Jean-Pierre, DUGAS, Ninon. La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens. [En ligne], Québec : Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations Université Laval, Octobre 2002. [Consulté le 10 juillet 2018]. ISBN : 2-9807808-4-7. Disponible à l'adresse : <http://cgsst.com/wp-content/uploads/2016/07/Une-pratique-riche-de-sens-Coffret-sur-la-reconnaissance-au-travail.pdf>

s'intitulait : « Être reconnu et valorisé au travail : pourquoi et comment ? ».⁵² L'oratrice y explique que « le besoin de reconnaissance et de valorisation est clairement un besoin humain fondamental. Au-delà des besoins plus concrets comme les besoins physiologiques ou liés à la sécurité [...] il y a dans la hiérarchie des besoins un peu plus élevés, d'ordre socio-émotionnel en l'occurrence, dont fait partie le besoin de reconnaissance. En ayant ce sentiment de reconnaissance au travail, on comble ce besoin socio-émotionnel de base. »

Au travers de notre expérience et de nos lectures nous avons retenu trois sources de reconnaissance :

- La reconnaissance par ses pairs. Elle permet de se sentir intégré dans une équipe, valorisé. Elle entretient le plaisir à venir travailler à partir du moment où l'on retrouve dans ce groupe les mêmes valeurs, la même idée du travail « bien fait ». S'organise alors des actions positives comme de l'entraide, de la solidarité et le sentiment d'appartenance à un groupe.
- La reconnaissance par la hiérarchie. Cette partie concerne directement les IDEC : « le manager de proximité a un rôle pivot en matière de reconnaissance et doit en outre être un vecteur et un facilitateur de celle de la direction et des médecins »⁵³
Cette reconnaissance nécessite la connaissance de chaque soignant dans son individualité. Les aspects personnels pourront nous aider à mieux comprendre les soignants et également à analyser certains comportements professionnels dans un constant souci d'équité (et ne donner lieu à aucun privilège). Et celle des réalités du terrain : la pénibilité, les contraintes, les particularités du travail en EHPAD et en SSIAD. Ces informations nous permettront de mieux déterminer les outils, les moyens, les leviers sur lesquels agir pour mener à la reconnaissance afin de savoir encourager, valoriser, donner du sens en mettant en avant la tâche accomplie.
- La reconnaissance reçue des patients et de leurs proches qui est primordiale pour le bien-être des soignants.

⁵²DARDENNE, Laurence. Pourquoi ce besoin d'être reconnu et valorisé ? LaLibre.be. [en ligne] 1^{er} mai 2016. [Consulté le 10 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.lalibre.be/lifestyle/psycho/pourquoi-ce-besoin-d-etre-reconnu-et-valorise-5722045635708ea2d4f8a5cf>

⁵³ FENDER, Rachel. MANGEMATIN, Yahn. HUSSON, Julien. GEORGE, Damien. ALBRECHT, Alain. Essai de modélisation de la reconnaissance au travail. Soins Cadres, novembre 2011, n°80, p.29-34.

En définitive, « quelle que soit la source de la reconnaissance, celle-ci est recherchée car elle donne du sens aux efforts fournis dans le travail et permet de conforter l'identité professionnelle »⁵⁴, estime Marc Loriol, sociologue spécialiste de l'hôpital.

La reconnaissance et la valorisation sont, pour l'ensemble de l'encadrement, de plus en plus l'objet d'intérêt, de recherche, de publications qui nous permettent d'identifier les actions et les moyens pour y parvenir.

D'après Florence Stinglhamber, «il existe quatre grandes catégories de variables qui jouent comme levier sur ce sentiment de reconnaissance et de valorisation.

- 1- « Les conditions de travail » comme le salaire et la sécurité de l'emploi qui jouent un rôle important mais restent secondaires par rapport à la nature de la tâche. En effet, « le fait d'avoir de l'autonomie, de la variété » dans son travail a un impact plus fort sur le sentiment de valorisation et de reconnaissance.
- 2- « Les pratiques ressources humaines » comme la formation, la possibilité d'évolution professionnelle et la participation aux décisions.
- 3- « La qualité de la relation employé/employeur » et la juste répartition du travail.
- 4- « Le rôle du supérieur hiérarchique » : c'est-à-dire la qualité de son leadership, de sa relation à l'équipe. « C'est lui qui peut avoir les petits gestes ou les paroles qui, au quotidien vont faire la différence en matière de reconnaissance. » A cela s'ajoute le soutien des collègues de travail grâce à la cohésion d'équipe.

Florence Stinglhamber ajoute que « le levier le plus important sur lequel il convient d'agir si nous voulons que les gens se sentent reconnus et valorisés, [...] est le fait d'être traité avec justice par l'entreprise [...]. Vient ensuite, en deuxième position, le rôle du supérieur hiérarchique. Arrivent, seulement en troisième position, les récompenses (dont la rémunération) et, enfin, les conditions de travail au sens large. »⁵⁵

Enfin, un grand vecteur de motivation se trouve également dans les échanges au sein même de l'équipe soignante. En effet, travailler dans un établissement où il y a de bons échanges, une solidarité,

⁵⁴ LORIOLO, Marc. Sens et reconnaissance dans le travail. Traduction d'un texte de Marc Loriol. [en ligne]. 2011, publié (en grec) dans le *Traité de sociologie du trav.* 2011, pp.43-67 [Consulté le 20 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00650279/document>

⁵⁵ DARDENNE, Laurence. Pourquoi ce besoin d'être reconnu et valorisé ? *LaLibre.be*. [en ligne] 1^{er} mai 2016. [Consulté le 10 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.lalibre.be/lifestyle/psycho/pourquoi-ce-besoin-d-etre-reconnu-et-valorise-5722045635708ea2d4f8a5cf>

une cohésion est agréable pour tout salarié. Cette cohésion permet d'effectuer un travail en collaboration de qualité qui entrainera un sentiment de valorisation. L'IDEC doit être attentif à ce qui se passe au sein de son équipe car un climat difficile et des tensions au sein de celle-ci peuvent à l'inverse être complètement délétères.

Nous devons réfléchir ensemble aux outils et aux moyens dont nous disposons pour exprimer, faire exister cette reconnaissance dans les établissements où nous serons amenés à travailler.

L'IDEC doit prendre en compte tous ces facteurs pour favoriser le bien-être de son équipe. Et réfléchir aux outils et aux moyens dont elle dispose pour exprimer, faire exister cette reconnaissance au sein des établissements.

2.3. BIEN ÊTRE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

En 2015, la psychologue Anne Jacquemin lors d'un colloque à l'IFCS de Laxou intitulé « le bien-être : un concept conciliable avec le travail », affirmait que « le soignant, pour prendre soin d'autrui, doit déjà prendre soin de lui-même⁵⁶». En décembre 2016, dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé 2017-2022, Marisol Touraine, alors Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a annoncé une « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent », ⁵⁷qui doit s'articuler sur trois axes :

- « Donner une impulsion nationale » avec l'intégration de la qualité de vie au travail et de la détection des risques psychosociaux aux formations initiales des professionnels médicaux et paramédicaux, avec la création de médiateurs nationaux et régionaux et des actions sur la médecine du travail.
- Amélioration des conditions de travail au quotidien : notion qui doit être inscrite dans le projet d'établissement et dans chaque commission médicale d'établissement, sécurité des professionnels renforcée, écoute individuelle et d'équipe améliorée, rapport vie privée / vie professionnelle favorisé.
- Accompagnement des professionnels pour détecter les risques psycho-sociaux et accompagnement des cadres dans leur management (généralisation des méthodes d'encadrement, outil de gestion, mais aussi mise en place d'un dispositif d'écoute offrant un soutien psychologique et des groupes d'expression...).

⁵⁶ MERKLING, Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, Septembre 2015, n°238, p.19-22.

⁵⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soins de ceux qui nous soignent. *ANACT*, [en ligne], 5 décembre 2016, [Consulté le 7 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.anact.fr/strategie-nationale-damelioration-de-la-qualite-de-vie-au-travail-prendre-soin-de-ceux-qui-nous>

Le 1er décembre 2017, à la demande d'Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé et de Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, s'est tenu le premier groupe de réflexion nationale sur la qualité de vie au travail, piloté par la Direction Générale de la Cohésion sociale (DGCS). Pour la ministre, « Cette démarche prend acte de l'importance de cette question évidemment pour le personnel lui-même mais également pour la qualité des soins qu'ils apportent aux personnes qu'ils accompagnent. »⁵⁸.

Dernièrement, le 3 avril 2018, le Sénat a débattu en séance publique sur la situation des EHPAD.⁵⁹Le vieillissement de la population est un problème majeur de notre société. Les autorités en ont pris conscience et elles soulèvent la question du financement de la dépendance et du coût de sa qualité, dont l'outil principal est l'humain.

2.3.1. Définitions QVT (qualité de vie au travail) et bien-être :

Tous ces échanges politiques autour du salarié au travail concernant son bien-être et sa qualité de vie, nous conduisent à définir ces deux concepts :

2.3.1.1. La qualité de vie au travail :

Elle est définie par la DARES (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques) dans son étude de mars 2018 concernant le «Travail et bien-être psychologique »⁶⁰comme « un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué ».

Pour l'Anact (Agence Nationale de l'Amélioration des Conditions de Travail), la QVT est déterminée par six facteurs⁶¹ :

- « Les relations sociales et de travail » : c'est-à-dire la qualité des relations humaines.
- « Le contenu du travail » : qui englobe sa pénibilité et l'intérêt que le salarié peut lui porter.

⁵⁸ MINISTERE DES SOLIDARITE ET DE LA SANTE : Qualité de vie au travail : Agnès Buzyn et Sophie Cluzel annoncent le lancement d'une réflexion dans les établissements prenant en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Communiqué de presse. [En ligne] 4 décembre 2017. [Consulté le 20 juin 2018] Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/qualite-de-vie-au-travail-agnes-buzyn-et-sophie-cluzel-annoncent-le-lancement-d>

⁵⁹ Présidence de M. DELAHAYE, Vincent. Situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [en ligne]. Séance du 3 avril 2018. Compte-rendu intégral. *SÉNAT*. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=s20180403_3&idtable=s20180403_3|s20171117_20|s20180201_5|s20171116_13|s20180131_3|s20180619_5|s20171113_8|s20171124_10&c=situation+dans+les+ehpad&rch=gs&de=20171002&au=20181002&dp=1+an&radio=dp&aff=sep&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn&isFirst=true

⁶⁰ COUTROT, Thomas. Travail et bien-être psychologique L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. [en ligne]. Document d'étude : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. *DARES*. Mars 2017, n°217. [Consulté le 25 juin 2018]. Disponible à l'adresse : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/travail_et_bien-etre_tc_vd_2.pdf

⁶¹ Hoeffel, Olivier. Le concept de la qualité de vie au travail. In : laqvt. [en ligne] 5juin 2011. [Consulté le 19 mai 2018]. Disponible à l'adresse <https://laqvt.fr/le-concept-de-qualite-de-vie-au-travail>

- « L'environnement physique de travail » : soit l'ensemble des éléments matériels et humains, des conditions de sécurité et d'hygiène des locaux, l'esthétique des lieux, la luminosité, le lieu de pause, l'accès à l'extérieur.
- « L'organisation du travail » : le planning, « la répartition et la coordination des tâches, les relations d'autorité et de pouvoir avec le rôle de la hiérarchie, le système de décision »⁶²
- « La réalisation et le développement professionnel » : soit le « développement du potentiel de la personne dans l'exercice de ses fonctions en cohérence avec ses aspirations personnelles et professionnelles⁶³ » telles que la formation, la reconnaissance et l'évolution professionnelle.
- « La conciliation entre vie professionnelle et vie privée. » : les temps de transport, les horaires, l'impact émotionnel etc.

L'Anact et l'HAS, « convaincues qu'améliorer la qualité de vie au travail [...] c'est contribuer efficacement à la qualité des soins », ont publié en 2015 un guide de « mise en œuvre d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé »⁶⁴. Les mêmes thèmes y sont repris mais reposant sur trois critères :

- 1- « La capacité à s'exprimer et à agir » : le travail participatif, le soutien managérial, les soutiens des collectifs, et le travail avec le partenariat social...
- 2- « Le contenu du travail » : autonomie, valeur, apprenant (mobilisation des différentes compétences).
- 3- « L'objectif d'une démarche de qualité de vie au travail est de « penser le contenu du travail » lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des projets techniques ou organisationnel ».

La qualité de vie au travail peut être envisagée à titre individuel (modèle anglo-saxon) se basant sur le poste de travail et la santé au travail, ou à titre collectif avec la participation aux décisions en tant que groupe, en tant qu'équipe.⁶⁵

2.3.1.2. Le bien-être :

Le bien-être de l'individu en général est défini, par Ryff et Keyes, sociaux-psychologues de l'Université du Wisconsin, dans le « Journal of Personality and social psychology », comme « avoir une

⁶²Equipe de Manager GO. Comment organiser le travail avec efficacité ? *MANAGERGO!* [en ligne]. Mis à jour le 09/05/2018 [Consulté le 12 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.manager-go.com/organisation-entreprise/organisation-du-travail.htm>

⁶³ GOSSELIN, Marilène. VIAU-GUAY, Anabelle. BOURASSA, Bruno. Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. *PISTE*. [en ligne]. 16 mars 2014. [Consulté le 22 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/pistes/4009>

⁶⁴ ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. ARACT : Agence régionale amélioration conditions travail. 10 QUESTIONS SUR...la qualité de vie au travail. *ANACT*. [en ligne]. 2016. [Consulté le 18 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail>

⁶⁵ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Brève histoire d'un concept. ANACT. [en ligne] 25 novembre 2013. [Consulté le 18 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

bonne estime de soi, une évaluation positive de sa vie. Elles se basent sur de bonnes relations avec les autres, une sensation de maîtrise de sa vie et de son environnement, la sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et parler d'autonomie, donner un sens à sa vie et se sentir dans la continuité de son développement personnel. »⁶⁶

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le bien-être au travail est défini comme « un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre d'un côté les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur et de l'autre les contraintes et les possibilités du milieu de travail »⁶⁷.

Ces différentes définitions ont comme point commun la prise en compte multidimensionnelle de l'Humain. Il s'agit à la fois d'un ressenti et d'un sentiment d'harmonie dans son travail, individuellement et collectivement.

2.3.2. Les risques psychosociaux (RPS)

Parler de la qualité de vie au travail, c'est aussi parler des risques psychosociaux. La DARES (Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques) définit ce concept comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »⁶⁸.

Il existe six familles de facteurs de risques : ⁶⁹

- 1- Les exigences du travail : intensité et complexité du travail, contraintes de rythmes et horaires difficilement conciliables avec la vie de famille.
- 2- Les exigences émotionnelles : le contact avec le public (ici les patients ou résidents et leur entourage) nécessitant de maîtriser ses émotions.
- 3- L'autonomie et les marges de manœuvre qui désignent la possibilité d'être acteur dans son travail, de participer aux décisions, d'utiliser ses compétences et de s'épanouir dans son travail.
- 4- Les rapports sociaux et les relations de travail : qui couvrent les relations avec les collègues et la hiérarchie. Ce qui joue à ce niveau, c'est la reconnaissance qu'elle soit intersubjective, statutaire ou financière.
- 5- Les conflits de valeurs qui mettent en tension valeurs personnelles et impératifs liés aux attentes et fonctionnement de l'Etablissement.

⁶⁶Inserm (dir.). *Activité physique : contextes et effets sur la santé. Rapport*. [en ligne]. Paris : Les éditions Inserm, 2008, XII. [Consulté le 12 mai 2018]. ISBN : 978-2-85598-862-4. Disponible à l'adresse : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?sequence=1

⁶⁷Eléas. Qualité de vie au travail et de la prévention des risques psychosociaux. Glossaire : quelques mots pour mieux appréhender la qualité de vie au travail et les risques psychosociaux. *ELEAS*. [en ligne]. [Consulté le 15 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.eleas.fr/glossaire/>

⁶⁸MERKLING, Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, Septembre 2015, n°238, p.19-22.

⁶⁹MINISTERE DU TRAVAIL. Risques psychosociaux. In : *Travail-emploi.gouv*. [en ligne]. Le 15 septembre 2010. Date de mise à jour : 8 mars 2018. [Consulté le 10 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>.

6- L'insécurité économique qui inclut le risque de perdre son emploi et les changements non maîtrisés de la tâche ou des conditions de travail.

Pour Anne Jacquemin, psychologue, « le stress au travail apparaît quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre ».⁷⁰

Le manager semble un acteur indispensable pour la réduction des risques psychosociaux et la recherche du bien-être de son équipe.

Jacky Merklings, cadre supérieur de santé et formateur, indique dans son article « Management, bien-être au travail et qualité des soins » que même s'il est difficile d'intervenir sur la dégradation des conditions de travail liée aux pressions financières, « en ce qui concerne l'individu, à travers ses réactions émotionnelles, ses rapports aux autres et le respect de ses valeurs, des possibilités d'actions peuvent être envisagées. » Notamment par le biais du manager par « l'identification et l'exploitation de valeurs et ressources individuelles » de son équipe en laissant place à une « certaine liberté et créativité, même minime, ainsi qu'à l'autonomie et la singularité de chaque salarié ». Tout simplement en impulsant et soutenant les équipes dans différents projets.

L'IDEC est donc le pivot dans la prévention des risques psychosociaux et doit travailler avec sa direction pour évaluer les RPS et mettre en place des actions correctives. L'INRS a créé un outil spécifique à cet usage.⁷¹

Ces facteurs de risques ont une répercussion sur la santé. Dans une plaquette sur les facteurs et troubles psychosociaux réalisée par le CIG « Petite couronne » (Centre Interdépartemental de Gestion des ressources humaines) sont répertoriés les types de troubles suivants⁷² :

- Des troubles physiques : Troubles cardiaques, digestifs etc. les plus fréquents étant les troubles musculo-squelettiques (TMS).

Dans la population, les troubles musculo-squelettiques représentent plus de 85 % des maladies professionnelles. 15% des femmes sont atteintes de TMS aux membres supérieurs et 17% aux rachis lombaires⁷³. Chez les soignants, les TMS sont la première cause d'arrêts de travail et d'inaptitude en

⁷⁰JACQUEMIN, Anne. Colloque : le bien-être : un concept conciliable avec le travail. IFCSde Laxou. 12 mars 2015. Laxou.

⁷¹INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité). Faire le point sur les risques psychosociaux pour le secteur sanitaire et social. In : INRS. [en ligne], mars 2013. [Consulté le 24 mai 2018]. Disponible à l'adresse :<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil42>

⁷²Les familles de facteurs RPS. In : CIG petite Couronne. [En ligne]. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse:https://www.cig929394.fr/sites/default/files/rps_synthetique_20avril2017.pdf

⁷³Troubles musculo-squelettiques. Qu'est-ce que les TMS ? In : Santé Publique France. [En ligne]. 28 septembre 2006 - Dernière date de mise à jour 9 juin 2017. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse:<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques/Qu-est-ce-que-les-TMS>

EHPAD et l'indice de fréquence des accidents de travail en EHPAD est deux fois supérieur à celui de l'indice national.⁷⁴

Les AS sont les professionnels de santé se plaignant le plus de leurs conditions physiques de travail (trois sur cinq). Malheureusement 50% des AS ne font pas de sport ou très peu régulièrement⁷⁵, alors qu'il est préconisé, pour prévenir les TMS, en complément de la réduction des contraintes physiques de l'activité de travail.⁷⁶

Ainsi, un autre rôle de l'IDEC est de veiller à la formation et à l'application des règles d'ergonomie, de fournir du matériel adéquat (lève-malades, draps de glisse, lits médicalisés fonctionnels, adaptables à hauteurs variables) et de veiller à sa bonne utilisation. Mais aussi de favoriser le travail en binôme pour les personnes difficiles à mobiliser.

- Des troubles émotionnels : Irritabilité, angoisse, insomnie pouvant aller jusqu'au burnout et la dépression.

Le burnout est un syndrome touchant les personnes impliquées auprès d'autrui et tout particulièrement dans une relation de soin. Il comprend : « un épuisement émotionnel qui se traduit par une démotivation, une baisse d'énergie au travail, et un sentiment d'accablement ; une tendance à dépersonnaliser ses patients considérés comme des objets et une réduction de l'accomplissement personnel : le soignant se dévalue, se juge incompetent et inutile. »⁷⁷

La population AS est la plus touchée par le burnout dans les métiers de la santé. 66% des AS sont insatisfaits du soutien psychologique dont ils bénéficient au travail et sur les 50% qui sont en demande, seuls 12 % déclarent bénéficier d'une écoute psychologique régulière par des professionnels.⁷⁸

« Dans les établissements de long séjour et en maisons de retraite, près de 30 % des A.S. signalent des troubles de santé mentale (dépression, anxiété, insomnie, burnout). »⁷⁹ Mais aussi des troubles du comportement (addiction, agressivité, repli etc...) et des troubles intellectuels (oublis, difficultés de décision, d'initiative...)

⁷⁴CALMES, Alexandre. SAULO, Guillaume. PINEAU Clément. Préventions des troubles musculo-squelettiques en EHPAD. In : Aide-Soignant. [en ligne] 31 mai 2016. Date de la dernière mise à jour : 16 juin 2016. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse: <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/prevention-troubles-musculo-squelettiques-aides-soignants-ehpad>

⁷⁵CANNASSE, Serge. Un état des lieux de la profession aide-soignante. In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [en ligne], 26 janvier 2011, [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible sur <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/un-etat-des-lieux-de-la-profession-aide-soignante>

⁷⁶Santé et sécurité au travail. Troubles musculo-squelettiques. Prévention.. In : INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité), [en ligne]. Date de dernière mise à jour le 4 février 2015. [Consulté le 26 mai 2018]. Disponible à l'adresse: <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/prevention.html>

⁷⁷La souffrance du soignant. Définition et chiffres clés. Groupe Pasteur Mutualité. [en ligne] juin 2017. [Consulté le 24 mai 2018]. Disponible à l'adresse: <https://www.souffrancedusoignant.fr/definitions-et-chiffres-cles.html>

⁷⁸CANNASSE, Serge. Un état des lieux de la profession aide-soignante. In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [en ligne], 26 janvier 2011, [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible sur <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/un-etat-des-lieux-de-la-profession-aide-soignante>

⁷⁹CANNASSE, Serge. Un état des lieux de la profession aide-soignante. In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [en ligne], 26 janvier 2011, [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible sur <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/un-etat-des-lieux-de-la-profession-aide-soignante>

2.3.3. *L'absentéisme, point noir des équipes.*

Turn-over et absentéisme sont le quotidien des équipes de soin, notamment en région parisienne, ce qui a des conséquences sur le bien-être des équipes et la qualité du soin. Cet absentéisme ne peut pas être lié qu'à des facteurs extérieurs. Il faut le prendre en compte comme le signe d'un mal-être au travail et en chercher les causes pour essayer de l'endiguer.

Le site internet Ayming, un groupe de conseil en business performance, a publié une enquête sur l'absentéisme des salariés européens. Il en ressort que 55% de cet absentéisme est dû aux conditions de travail.

Les femmes sont en moyenne plus absentes au travail que les hommes et ils mettent le doigt sur le fait que « les mères de famille supportent encore la charge familiale davantage que leurs conjoints et sont physiologiquement plus sensibles aux affections professionnelles telles que les troubles musculo-squelettiques. »⁸⁰

Dans l'article « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie... »⁸¹, les auteurs soulignent que l'absentéisme est à la fois « un baromètre très fidèle des dysfonctionnements d'une institution et de la qualité des conditions de travail » et « un indicateur de non performance » avec un « triple coût » financier (remplacement du salarié absent et coûts indirects) organisationnel et culturel (en ayant un effet sur la valeur travail).

Les absences de leurs collègues ont un impact moral et physique sur les équipes et entraînent un effet « boule de neige » que l'IDEC doit repérer, anticiper et auquel il doit pallier dans la mesure du possible.

Dans ce même article, sont retenues quatre catégories de facteurs à prendre en compte pour déterminer et comprendre les causes de l'absentéisme dans les équipes :

- « L'approche personnelle » : la grossesse, la dépression, l'ancienneté et les responsabilités familiales, les revenus du ménage.
- « L'approche attitudinale » : satisfaction, engagement au travail, stress et burnout.
- « L'approche organisationnelle » : horaire de travail, latitude de décision, manque de récompense, environnement de travail, harcèlement moral.
- « L'approche médicale » : charge de travail, postures inadaptées.

⁸⁰8ème Baromètre de l'Absentéisme®. In : Ayming Business performance consulting. [en ligne]. 4 septembre 2016. [Consulté le 24 mai 2018]. Disponible à l'adresse:<http://presse.ayming.com/communiquel121301/8eme-Barometre-de-l-Absenteisme-Ayming-ex-Alma-Consulting-Group#&panel1-1>

⁸¹RANDON, Sophie.BARET, Christophe.PRIOUL,Christine. La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. Revue management &avenir, novembre 2011, vol. 49, no. 9, p. 133-149.

Nous avons essayé de trouver dans ces recherches des éléments nécessaires pour le bien-être au travail des AS. Nous allons voir sur le terrain ce qu'il en est, et recouper toutes nos informations dans notre analyse.

3. ENQUETE EXPLORATOIRE

3.1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Nous avons effectué des entretiens dans 8 établissements médicaux sociaux : 3 SSIAD et 5 EHPAD. Dans chaque établissement, nous avons choisi d'interroger l'IDEC et 4 des AS de son équipe pour pouvoir mettre en lien leur vécu et leur ressenti. Notre panel est composé de personnes de tous âges, à différents moments de leur carrière.

Nous avons élaboré des entretiens semi-directifs et utilisé en complément un test de Minnesota, analysant la satisfaction au travail, pour effectuer cette enquête. Nous avons choisi de questionner ces professionnels autour de trois axes qui sont leur représentation du métier, leur bien-être et leur vision du management. Notre objectif est de comprendre quelles actions peuvent être mises en place pour améliorer le bien-être des équipes AS grâce à l'avis et l'expérience des AS et des IDEC.

Les questionnaires d'entretien pour les AS et IDEC sont disponibles en Annexe 4.

3.2. ANALYSE DE NOS RESULTATS D'ENTRETIENS (Annexe 5)

Nous avons décidé d'analyser les résultats en lien avec notre recherche de première partie en suivant les trois axes de notre questionnaire et en y mêlant les réponses des IDEC et des AS pour les mettre en miroir sur chaque thème.

- *La représentation du métier*

De l'analyse des entretiens, nous remarquons que quel que soit les raisons qui les ont poussés à faire ce métier, les AS ont tous un désir d'aider l'autre, de bien faire leur métier, de prendre soin de la personne-âgée. Leur représentation du métier est altérée à cause des difficultés de ce travail liées aux conditions organisationnelles et à la charge de travail soumise aux contraintes budgétaires. L'augmentation de la dépendance dont nous avons parlé précédemment joue un rôle important.

Leur ressenti nous renvoie aux manifestations de cette année et la prise de conscience collective et politique de la nécessité d'une meilleure prise en charge des personnes âgées.

En ce qui concerne les IDEC, le choix vient souvent d'opportunités, et répond à un désir de manager une équipe et d'améliorer l'organisation des services et la qualité des soins.

Nous constatons à travers nos entretiens que certains IDEC n'avaient pas une vision globale du métier, ni de définitions types avant leur prise de poste. Seul un quart des IDEC avait conscience des difficultés du métier.

Leur représentation du métier a été modifiée après la prise de poste. Pour certains en raison d'un manque de soutien de la direction, pour d'autres à cause de la multitude des tâches à réaliser.

- *Le bien-être au travail*

Le résultat de nos entretiens nous renvoie directement aux recommandations de l'Anact en ce qui concerne la qualité de vie au travail :

- Concernant « les relations sociales et de travail », nous retrouvons l'importance de l'ambiance de travail et la cohésion d'équipe, les difficultés des relations intergénérationnelles.
En ce sens, les IDEC interrogés incitent l'entraide mais aussi la bonne ambiance et la convivialité.
- Sur « le contenu du travail » au sujet de la « pénibilité », qui est un des facteurs des risques psychosociaux, nous notons la lourdeur de la charge de travail liée à la dépendance, à la démence et aux contraintes budgétaires. Pour « l'intérêt du contenu du travail », il semble important pour les AS interrogés de participer aux décisions, d'être inclus dans des groupes de travail ou d'être nommés référents.

Selon les IDEC interrogés, ils désignent des référents, favorisent la formation interne et essaient de donner du sens, de faire participer les AS aux décisions en leur demandant le plus possible leur avis.

- Pour « l'environnement physique de travail », les AS interviewés expriment l'importance de la bonne gestion du matériel et d'un environnement de travail agréable (lieu de pause, salle de repos aménagée, luminosité...), ce que confirment les IDEC. Certains AS pointent l'existence d'un écart entre la qualité du travail de chacun. Les AS interrogés se plaignent de fatigue en lien avec la pénibilité du travail due à la surcharge de travail et à l'augmentation de la dépendance. Ceci entraîne des troubles musculo-squelettiques, sources de souffrance physique

et d'arrêts maladie. Ainsi les arrêts de travail peuvent se répéter, ce qui accentue le problème de gestion de l'absentéisme.

- Concernant « l'organisation du travail », les AS soulèvent l'importance de la bonne organisation du planning par l'IDEC, de l'équité dans la répartition des tâches et de l'organisation de réunions. Nous constatons dans nos entretiens que les IDEC en ont conscience.
- A propos de « la réalisation et du développement professionnel », chaque AS est conscient de l'importance de la formation ainsi que de l'entretien annuel pour l'évolution de leur carrière. Pour eux, cet entretien sert aussi à évaluer leur bien-être, même si cela est insuffisant pour certains. Ils expriment aussi un fort besoin de reconnaissance de la part de la hiérarchie. De leur côté, les IDEC parlent d'une difficulté à évaluer le bien-être de leur équipe, mais pensent faire de leur mieux pour les valoriser. Ainsi, ils se réfèrent au taux d'absentéisme, à l'ambiance de l'équipe et à sa stabilité, à l'attitude de chacun, au taux de mécontentement, aux plaintes et enfin aux entretiens annuels pour l'évaluer. Ils utilisent pour cela l'écoute active.
- Enfin, pour « la conciliation entre vie professionnelle et vie privée », deux profils se distinguent : les AS qui arrivent à se détacher et ceux qui en revanche ont du mal à prendre de la distance avec une répercussion sur leur vie de famille (engendrant irritabilité, fatigabilité et incompréhension par l'entourage). A l'inverse, les problèmes personnels peuvent jouer sur l'investissement professionnel. De plus, les aides-soignants soulignent l'importance de la valorisation par les résidents/patients et leurs familles, ce qui étaye notre partie théorique sur la valorisation et la reconnaissance, éléments primordiaux pour le bien-être au travail. En définitive, la majorité des AS interrogés se sentent bien et sont fières de leur travail, ce qui est intimement lié à la qualité de leur lieu de travail.

- *Le management*

Dans les propos des AS au sujet du management, leurs attentes peuvent-être comparées principalement à un mélange entre le style persuasif et le style consultatif de Rensis Linkert.

Ainsi, certains AS parlent en même temps d'un besoin d'être écoutés, entendus et attendent exemplarité et autorité de la part de l'IDEC, qui doit « savoir cadrer » l'équipe. Ils attendent de l'IDEC de promouvoir l'entraide et de gérer les conflits, d'être équitable dans la répartition de la charge de travail. Ils n'expriment pas le besoin d'autonomie, de gérer seuls la répartition des tâches, mais désirent

un tiers représentant l'autorité (l'IDEC) pour trancher. Soit un besoin d'une présence « paternaliste », qui correspond plus au style persuasif.

On remarque que les AS qui expriment le plus un besoin d'autorité ou d'organisation font partie des équipes dont les IDEC expriment des difficultés de gestion d'équipe.

Les AS parlent tous de l'importance de discuter ensemble pour comparer leurs observations et exprimer leur ressenti. Ils souhaitent pouvoir émettre un avis et décider en équipe des conduites à tenir et des projets à mettre en place.

Le style consultatif répond à ce besoin et les IDEC le pratiquent à travers les réunions qu'ils organisent, du staff quotidien aux réunions pluridisciplinaires. Ils expriment la difficulté de gérer en groupe les différentes personnalités et réactions de chacun.

Même si le management participatif peut être l'idéal à atteindre pour certains IDEC en responsabilisant les AS et qu'il tend à être mis en pratique avec les référents et les groupes de travail, on ressent chez les AS un fort besoin de la présence de l'IDEC au quotidien. Ils ont besoin de cette proximité pour résoudre les problèmes journaliers (matériels, médicaux ou conflictuels) et valider leurs actions.

Les AS expriment leur désir de reconnaissance de la qualité de leur travail et de leurs compétences professionnelles en étant écoutés et entendus.

Certains IDEC parlent de leurs difficultés face à la réticence des équipes au changement.

Le travail dans le médico-social est source de changement permanent avec l'état de santé des patients/résidents variable au quotidien, la nécessité de réévaluation et de réajustement des pratiques, le planning décalé des soignants, la gestion des absences, l'évolution de l'organisation du service, les contraintes financières et les obligations législatives qui évoluent etc.

De l'analyse des entretiens et de nos recherches préparatoires ressortent pour nous quatre facettes du métier d'IDEC.

- L'IDEC est avant tout le « manager de la qualité »

Dans la première partie du mémoire, nous avons parlé de la démarche qualité des ESMS. L'IDEC est garant de la qualité des soins et de la prise en charge de la dépendance par son équipe et doit donc adapter son management à cet objectif.

Nous nous référons à l'Organisation internationale de normalisation (ISO) pour présenter cinq des sept principes de base du management de la qualité⁸².

⁸²ISO, Organisation internationale de normalisation. Principes de management de la qualité. In : iso.org. [en ligne] 2016 [Consulté le 2 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/fr/pub100080.pdf>.

– Le « leadership », soit l'influence de l'IDEC sur l'équipe. Ceci nous renvoie au « leadership de résonance » abordé dans la première partie.

Certains IDEC que nous avons interviewés font part de leurs difficultés pour être entendus par leurs équipes. L'attitude de leadership n'est pas forcément naturelle et elle peut se travailler, s'apprendre à travers des formations appropriées.

– « L'implication du personnel » qui passe par la communication, l'encouragement à la collaboration, à la prise d'initiative, la reconnaissance de l'amélioration, l'autoévaluation du personnel, l'évaluation de la satisfaction du personnel et les actions nécessaires qui en découlent. Les IDEC que nous avons consultés utilisent chiffres d'absentéismes, ambiance dans l'équipe, mais aussi les entretiens annuels pour évaluer motivation et bien-être de leurs équipes. Cependant, ils avouent ne pas toujours avoir une vision claire de la situation. Ils n'utilisent pas d'outil d'enquête pour faire des évaluations régulières.

– « L'approche processus » en équipe : c'est analyser et comprendre puis mettre en place et répartir les actions nécessaires pour améliorer la prise en charge (PEC). Ceci est mis en place dans les équipes que nous avons rencontrées à travers staffs, réunions et groupes de travail.

– « L'amélioration » : la nécessité d'une volonté constante d'amélioration permettant une meilleure PEC et favorisant la motivation de l'équipe. Ceci passe aussi par la montée en compétence de l'équipe à travers la formation.

– « La prise de décision fondée sur des preuves », soit une méthode de travail rationnelle utilisant différents outils d'évaluation, notamment par la qualité des transmissions orales et écrites.

Pour arriver à mener à bien sa mission de manager de qualité, il ressort de nos entretiens et de nos recherches que l'IDEC doit être aussi un manager de proximité, un manager du changement et un manager bienveillant.

- L'IDEC « manager de proximité ».

Dans la fiche du métier de manager de proximité rédigée par l'Observatoire des métiers et des qualifications, nous reconnaissons le métier d'IDEC ne serait-ce que par le terme « proximité ».⁸³

Dans le secteur de la santé, on parle de management de proximité car il s'agit d'une position charnière entre la direction et l'équipe de soin avec une présence et un accompagnement quotidien de cette dernière. Dans la publication de l'Apec sur les référentiels des métiers de cadre du sanitaire, social et médico-social⁸⁴, le cadre et l'IDEC en EHPAD et en SSIAD sont des postes similaires et définis comme des cadres de proximité. Il s'agit :

⁸³ Répertoire des METIERS. *Observatoire des métiers et des qualifications*. [en ligne]. 2017. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://obsmetiers.rcp-pro.fr/fileadmin/observatoire_metiers/documents/fiches_metiers/Repertoire_des_metiers_Cartographie_2017.pdf

⁸⁴ APEC, Association pour l'emploi des cadres. Les métiers du sanitaire, social et médico-social. *Référentiel des métiers cadres*. [en ligne] Edition 2016. [Consulté le 25 mai 2018]. ISBN : 978-2-7336-0962-0. Disponible à l'adresse :

- « D'organiser l'activité » de l'équipe avec le planning des soignants et l'organisation du soin 24h/24, dont les difficultés liées à l'absentéisme et à la nécessité d'équité sont soulignées par les AS et les IDEC que nous avons interrogés. De plus, ce planning est chronophage et empiète sur les autres missions des IDEC, notamment l'accompagnement de l'équipe.
- « D'animer, de motiver et d'impulser une dynamique d'équipe » (en utilisant techniques et outils de management). Ceci est pratiqué dans les établissements que nous avons visités grâce à une présence de l'IDEC au quotidien, à l'utilisation des managements participatif et consultatif avec les réunions, les soignants référents et groupes de travail.
- « De gérer les conflits pouvant éclater au sein d'une équipe avec des personnalités variées » et d'apporter un « appui technique ou psychologique » à l'équipe. Les AS que nous avons rencontrés ont en grand nombre exprimé leurs attentes envers les IDEC au sujet de ces compétences. Certains IDEC ont évoqué leurs difficultés de gestions des conflits notamment lors des réunions. L'IDEC doit avoir des qualités relationnelles qui nécessitent des compétences en communication et des compétences émotionnelles.
- De « maintenir et développer les compétences de l'équipe ». L'IDEC doit veiller à la formation continue interne et externe, à la création de groupes de travail, la mise en place de soignants référents. L'IDEC doit identifier « les besoins d'information, d'accompagnement et de formation des soignants » notamment lors des entretiens professionnels. Les AS interrogés sont satisfaits de la prise en compte de leur besoin en formation par leur IDEC.

Nous constatons dans nos entretiens que les AS ont besoin d'une forte présence physique de leur IDEC pour être à leur côté et les aider, les soutenir concrètement face à leurs difficultés. Si les AS expriment ce besoin de réassurance à travers sa présence physique, on peut alors imaginer que lorsque l'équipe a atteint un certain degré de confiance en elle et d'autonomie en ayant accru ses compétences, l'IDEC peut diminuer cette présence tout en restant un soutien dans l'esprit des soignants.

- **L'IDEC « manager du changement »**

Pour l'ANFH (Association nationale de formation hospitalière), le changement désigne la démarche qui accompagne la vie de toute entreprise face à l'instabilité et au développement de son environnement. Le conduire c'est anticiper, définir et mettre en place cette démarche.⁸⁵

[https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20m%C3%A9tiers%20du%20sanitaire%20social%20et%20m%C3%A9dico-social%20\(web\).pdf](https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20m%C3%A9tiers%20du%20sanitaire%20social%20et%20m%C3%A9dico-social%20(web).pdf)

⁸⁵CHOQUE Stella. *Le management par la bienveillance*. Paris : Editions Lamarre, 2017. *Fonction* cadre de santé. ISBN : 978-2-7573-0980-3

Quatre des huit IDEC que nous avons interrogés parlent de leurs difficultés face à la résistance au changement et en termes de communication.

La réaction classique au changement est l'opposition liée à la peur de l'inconnu, mais aussi au sentiment de subir quelque chose qui est imposé et sur lequel l'individu n'a pas son mot à dire. Ceci entraîne l'opposition et le rejet du changement, et peut accroître les risques psychosociaux.

Pour Marisol Touraine, un des axes de l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants est d' « accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psychosociaux : le changement sera expliqué et accompagné pour faciliter son appropriation. »⁸⁶

L'IDEC doit, non pas imposer, mais accompagner son équipe dans le changement. Il doit travailler sur la compréhension du changement, son intérêt pour chacun, et emmener son équipe à se l'approprier en prenant part aux réflexions et aux actions qui lui sont nécessaires.

Stella Choque, cadre de santé et enseignante en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), parle du « diagnostic partagé » comme point de départ d'un accompagnement au changement. Il s'agit d'un « processus de travail participatif » qui permet de réfléchir en équipe sur les problématiques et leurs solutions entraînant des changements. Ainsi les changements sont ressentis comme moins imposés et plus facilement acceptés.

Stella Choque parle aussi du « choc de l'annonce » et de l'importance de son anticipation et de la qualité de la communication pour permettre l'acceptation et donc l'efficacité du changement.⁸⁷

- **L'IDEC « manager bien traitant »**

Pour Stéphane Echavidre, ancien cadre dirigeant devenu consultant et coach professionnel, « le manager est responsable du bien-être au travail de ses collaborateurs », et il « doit délivrer du soutien, tant sur le plan instrumental que sur le plan émotionnel. »⁸⁸

Nous partageons l'opinion de Stéphane Echavidre sur le fait qu'« au risque de disparaître, le manager ne peut pas se borner à un simple rôle de transmission des consignes de la direction et de contrôle des résultats, il doit développer son leadership et s'impliquer dans le bien-être au travail de ses collaborateurs, condition de la réussite ». Cette réussite pour nous IDEC est la qualité des soins et de l'accompagnement de nos patients et résidents.

⁸⁶MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. [En ligne]. 5 décembre 2016. [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf

⁸⁷CHOQUE Stella. *Le management par la bientraitance*. Paris : Editions Lamarre, 2017. *Fonction* cadre de santé. ISBN : 978-2-7573-0980-3

⁸⁸ECHAVIDRE Stéphane. Le manager est responsable du bien-être au travail de ses collaborateurs. In : JDN.[en ligne] 15 octobre 2013 [Consulté le 10 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.journaldunet.com/management/expert/55500/le-manager-est-responsable-du-bien-etre-au-travail-de-ses-collaborateurs.shtml#88>

Bien-être des soignants et des résidents étant intimement liés, l'IDEC en tant que manager de proximité en est le premier acteur. Le manager doit être bien-traitant avec l'équipe comme il souhaite que l'équipe le soit avec les patients/résidents.

Mais quand est-il du bien-être du manager ?

Les résultats d'une enquête qualitative de l'Association pour l'emploi des cadres (Apec)⁸⁹ menée sur le ressenti des cadres et des « encadrés » du management de proximité, montrent que cette fonction demande beaucoup d'implication et que « les difficultés sont accrues par des manques de moyens et de marges de manœuvre, par un soutien jugé défaillant ou des injonctions contradictoires qui les conduisent à mener de multiples arrangements avec les objectifs et les procédures ».

Nous retrouvons ces constats dans la santé, et ils sont étayés par les résultats de nos entretiens, notamment en ce qui concerne les contraintes budgétaires auxquelles les équipes sont soumises et le décalage entre les exigences qualité et les moyens alloués pour y parvenir, en particulier en temps de présence et quantité de soignants sur le terrain.

Cette enquête de l'Apec traite du sujet de la souffrance au travail. Il en ressort ce paradoxe : le manager de proximité doit être vigilant « à détecter et gérer la souffrance » de son équipe, sachant « qu'il est aussi vecteur de souffrance » et qu'il peut parfois lui-même « être en situation de souffrance ».

Elle fait aussi état de l'isolement des managers de proximité dans l'entreprise. En effet, les IDEC d'EHPAD et de SSIAD, peuvent ressentir ce sentiment de solitude lié à la distance qu'ils doivent garder envers l'équipe qu'ils encadrent, mais aussi souvent lié au manque d'appartenance à un groupe social, malgré les échanges possibles avec leurs pairs.

3.3. COMPARAISON DES RESULTATS DE NOS ENTRETIENS ET DU TEST DE MINNESOTA

Ce questionnaire est centré sur la satisfaction des employés au travail. Nous l'avons introduit dans notre enquête afin d'évaluer la satisfaction des AS et de la mettre en lien avec les réponses de nos entretiens et leur sentiment de valorisation. Il a été distribué à la fin des entretiens mais aussi proposé à d'autres soignants de différentes structures. Nous avons donc récolté au total quarante questionnaires permettant l'élaboration d'un tableau de données statistiques. (Annexe 6)

Majoritairement, les AS interrogés présentent une satisfaction générale dans leur lieu de travail.

⁸⁹ APEC, Association pour l'emploi des cadres. Management de proximité : regards croisés. *Les études de l'emploi cadre*. [en ligne], avril 2013, n° 2013-12. [Consulté le 25 mai 2018]. ISBN 978-2-7336-06704. Disponible à l'adresse : https://recruteurs.apec.fr/files/mounts/media/medias_delia/documents_a_telecharger/etudes_apec/management_de_proximite_regards_croises/f9d9ea681faa4e59779b98d8b408c11b.pdf

A travers ces données, nous retenons la satisfaction des employés par rapport à leur IDEC. Trois items montrent une satisfaction des AS : soit la compétence du supérieur (IDEC) dans la prise de décision, la manière dont les règles et procédures internes sont mises en place et la manière dont le supérieur (l'IDEC) dirige (les AS). 82,5 % des AS sont satisfaits des compétences de leur supérieur, 62,5% de sa manière de diriger et 72,5% satisfaits de la mise en place des procédures. A travers nos entretiens, les AS ne montrent pas une insatisfaction ou une critique sur leur IDEC. Bien au contraire, ils reconnaissent les difficultés, le manque de temps, les différentes tâches qui peuvent réduire son temps de présence auprès de son équipe.

En ce qui concerne, la charge de travail, 72,5% sont satisfaits d'être occupés tous leur temps et 52,5% sont satisfaits de leurs conditions de travail, des données en contradiction avec les résultats de nos entretiens. En effet, les AS interrogés souhaitent plus de temps de pause, une diminution de la charge de travail, un aménagement des locaux, etc.

Au cours de nos entretiens, certains AS souhaitent plus de responsabilités, d'autonomie pour leur bien-être. 45% sont satisfaits des possibilités d'essayer leur propre méthode pour réaliser le travail, 32,5% sont satisfaits de prendre des décisions de leur propre initiative. En faisant le lien avec nos recherches sur le management, leur IDEC a-t'il mis en place un management participatif ou délégué pour entraîner cette satisfaction ? Les tests étant anonymes, il s'agit d'une donnée que nous n'avons pas mais elle reste tout du moins intéressante.

En ce qui concerne l'esprit d'équipe, 65% sont satisfaits des possibilités d'aider les gens de l'entreprise contre 22,5% d'insatisfaits, un avis qui ressort aussi de nos entretiens. Il y a une contradiction avec nos entretiens car les AS nous ont souvent parlé des conflits entre collègues alors que le test montre que 62,5% sont satisfaits de l'entente entre eux contre 17,5% d'insatisfaits.

Deux critères engendrent une insatisfaction particulière : le salaire (62,5% d'insatisfaits contre 10%) et les compliments reçus par les supérieurs hiérarchiques (45% d'insatisfaits contre 42,5%). On retrouve ces données dans certains de nos entretiens : de nombreuses AS se plaignent du salaire par rapport à la charge de travail, et beaucoup d'un manque de reconnaissance et de valorisation de la part de leur supérieur.

Ce questionnaire témoigne de la satisfaction de la majorité des AS interrogés sauf pour un item particulier : « compliment reçu par votre hiérarchie. »

Cette insatisfaction est un point essentiel qui se confirme et qui rejoint nos choix de recherche en ce qui concerne leur ressenti, leur valorisation, leur reconnaissance et le rôle de l'IDEC.

Le bien-être, comme vu précédemment dans nos recherches, a plusieurs facettes. Ce test nous a permis d'évaluer la satisfaction personnelle des AS qui varie selon leur lieu de travail et leur IDEC. Ce modèle de questionnaire peut nous aider en tant qu'IDEC, à nous améliorer et approfondir notre management à travers l'expression de chacun pour tendre à l'optimiser.

De ces recherches et de nos entretiens, nous relevons trois éléments majeurs pour que l'IDEC puisse assurer le bien-être de son équipe et la qualité du soin.

Tout d'abord, il lui faut du temps. L'IDEC doit savoir le gérer pour être sur le terrain à la proximité des équipes, pouvoir les accompagner et les rassurer. Ce temps est aussi indispensable pour organiser le service et anticiper les aléas, prévoir les réunions et les formations nécessaires à la qualité du soin. La gestion des plannings étant chronophage, l'IDEC a tendance à diminuer son temps de soutien aux équipes, ce qui peut être délétère sur le bien-être des soignants, accroître les absences et créer un cercle vicieux en lui prenant du temps supplémentaire pour gérer les remplacements au quotidien.

L'équipe a aussi besoin de temps, pour prendre soin des résidents et ne pas sombrer dans le travail « à la chaîne », participer à la réflexion sur l'amélioration des soins et du service, bénéficier de formation continue, mais aussi se retrouver et créer de bonnes relations d'équipe, sans empiéter sur le temps réservé au soin.

Des budgets alloués adaptés aux besoins sont nécessaires pour que ce temps de « bien-faire » soit compris dans le temps de travail de l'équipe.

La qualité de la collaboration de l'IDEC avec la direction et le soutien de cette dernière sont primordiaux pour favoriser les améliorations nécessaires au bien-être des soignants et des personnes accompagnées.

Enfin, la formation de l'IDEC en termes de management et de communication est importante pour accompagner l'équipe avec bienveillance, en prenant en compte les émotions de chacun et en sachant gérer les conflits. L'IDEC doit savoir faire part de ses difficultés à sa hiérarchie et pouvoir s'inscrire dans un processus d'amélioration grâce à la formation continue, la sienne et celle de son équipe, pour gagner en compétence et en valorisation.

CONCLUSION :

En bénéficiant de tous ces éléments, l'IDEC n'est plus seulement vecteur des changements imposés mais devient initiateur du changement vers l'amélioration en observant, écoutant ses équipes, en leur faisant prendre part aux décisions pour améliorer la qualité de vie au travail et la qualité de l'accompagnement des résidents et patients.

Nous proposons aux IDEC, au-delà de l'entretien annuel (qui semble insuffisant pour certains AS interrogés), l'utilisation d'outils tels que le test Minnesota pour leur permettre d'avoir une vision objective du ressenti de leurs équipes, mieux les comprendre et pouvoir adapter et optimiser leur management à travers l'expression de chacun.

Ce genre de test peut être analysé simultanément avec les questionnaires de satisfaction des patients/résidents proposés dans le cadre de la démarche qualité.

La suite de notre travail pourrait consister à élaborer un test adapté aux besoins et attentes des soignants en EHPAD et en SSIAD afin d'évaluer leur bien-être sur différents critères (aménagement, travail en équipe, sentiment de valorisation, de reconnaissance, de responsabilité etc.)

Travailler pour élaborer ce mémoire a été très enrichissant tant du point de vue des connaissances que du fait de partager un travail à quatre, et de composer avec nos différences en termes d'expériences, de personnalités, de modes d'expression et de méthodes de travail.

Ce vaste sujet nous a passionnés, mais nous avons dû faire des choix. Cependant, il nous laisse la possibilité d'aller plus loin et de continuer à prolonger notre réflexion tout au long de notre parcours professionnel, pour être les acteurs de l'amélioration de la qualité de vie de nos équipes et de celle des patient/résidents.

BIBLIOGRAPHIE

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. Brève histoire d'un concept. *ANACT*. [En ligne] 25 novembre 2013. [Consulté le 18 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. ARACT : Agence régionale amélioration conditions travail. 10 QUESTIONS SUR...la qualité de vie au travail. *ANACT*. [En ligne]. 2016. [Consulté le 18 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://fr.calameo.com/read/0000881558ed197fb1336?authid=>

APEC, Association pour l'emploi des cadres. Management de proximité : regards croisés. *Les études de l'emploi cadre*. [En ligne], avril 2013, n° 2013-12. [Consulté le 25 mai 2018]. ISBN 978-2-7336-06704. Disponible à l'adresse : https://recruteurs.apec.fr/files/live/mounts/media/medias_delia/documents_a_telecharger/etudes_apec/management_de_proximite_regards_croises/f9d9ea681faa4c59779b98d8b408c11b.pdf

APEC, Association pour l'emploi des cadres. Les métiers du sanitaire, social et médico-social. *Référentiel des métiers cadres*. [En ligne] Edition 2016. [Consulté le 25 mai 2018]. ISBN : 978-2-7336-0962-0. Disponible à l'adresse : [https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20m%C3%A9tiers%20du%20sanitaire%20social%20et%20m%C3%A9dico-social%20\(web\).pdf](https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20m%C3%A9tiers%20du%20sanitaire%20social%20et%20m%C3%A9dico-social%20(web).pdf)

ARBORIO, Anne-Marie. *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, 2e édition augmentée d'une préface de l'auteur. Paris : Economica. Anthropos, 2012. ISBN : 978-2-7178-6533-2

ARSLAN, Lidy. *Si c'était à refaire. Les aides-soignantes*. Paris, Seli Arslan, 2003. Si c'était à refaire. ISBN : 2842760891

AUBENAS, Florence. Les aides-soignantes de la maison de retraite des Opalines, à Foucherans, mettent fin à leur grève. *Le Monde*. [En ligne], 27 juillet 2017, [Consulté le 06 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/sante/article/2017/07/27/les-aides-soignants-de-la-maison-de-retraite-des-opalines-a-foucherans-mettent-fin-a-leur-greve_5165791_1651302.html

BÉGUIN, François. Le-nombre-de-candidats-aux-écoles-d-aides-soignants-en-baisse. *Le Monde* [en ligne], 11 mai 2018. [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://abonnes.lemonde.fr/sante/article/2018/05/11/le-nombre-de-candidats-aux-ecoles-d-aides-soignants-en-baisse_5297453_1651302.html.

BERTRANDE, Alain. *La grille de Blake et Mouton*. In : Keyros Management. Keyros. [En ligne]. 31 janvier 2006. [Consulté le 30 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.keyros.net/article-1743577.html>

BRUN, Jean-Pierre, DUGAS, Ninon. La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens. [En ligne], Québec : Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations Université Laval, Octobre 2002. [Consulté le 10 juillet 2018]. ISBN : 2-9807808-4-7. Disponible à l'adresse : <http://cgsst.com/wp-content/uploads/2016/07/Une-pratique-riche-de-sens-Coffret-sur-la-reconnaissance-au-travail.pdf>

CALMES, Alexandre. SAULO, Guillaume. PINEAU Clément. Préventions des troubles musculo-squelettiques en EHPAD. In : Aide-Soignant. [En ligne] 31 mai 2016. Date de la dernière mise à jour : 16 juin 2016. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/prevention-troubles-musculo-squelettiques-aides-soignants-ehpad>

CANNASSE, Serge. Un état des lieux de la profession aide-soignante. In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [En ligne], 26 janvier 2011, [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible sur <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/un-etat-des-lieux-de-la-profession-aide-soignante>

CAUSSE, Lise. Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles. In : *Nouvelle revue de psychosociologie*. [En ligne], Toulouse : Eres, 2008/2, n° 6, p. 85-105. ISBN : 9782749209463. [Consulté le 6 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2008-2-page-85.htm>

CAUSSE, Lise. L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté. In : *Le bas de l'échelle. La construction sociale des situations subalternes*. Toulouse : Eres, 2006, p. 67-79. ISBN : 9782749205526

CHABAS Charlotte, DUPONT Gaëlle. Personnels et directeurs d'E.H.P.A.D. unis pour une mobilisation inédite. *Le Monde*. [En ligne], 29 janvier 2018, [consulté le 20 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/01/29/personnels-et-directeurs-d-ehpad-unis-pour-une-mobilisation-inedite_5248690_3224.html

Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Article 8 Droit à l'autonomie. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles. [En ligne]. [Consulté le 25 septembre 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.le-pelican.org/wp-content/uploads/2014/07/charte-droits-personne.pdf>

CHEVREUL, Karine. *Unité de recherche en économie de la santé d'Île-de-France, Direction Générale de l'Action Sociale. Les patients en service de soins infirmiers à domicile (S.S.I.A.D.). Le coût de leur prise en charge et ses déterminants.* [En ligne], Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Edition DICOM/09 051 2 - Septembre 2009. [Consulté le 5 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/SSIAD.pdf>

CHOQUE Stella. *Le management par la bienveillance.* Paris : Editions Lamarre, 2017. *Fonction* cadre de santé. ISBN : 978-2-7573-0980-3

Comité éditorial. Politique et vieillissement. *Politix*. [En ligne], Avril 2005, n° 72, p. 3-7, [Consulté le 9 juillet 2018]. DOI : 10.3917/pox.072.0003. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-3.htm>

COUTROT, Thomas. Travail et bien-être psychologique L'apport de l'enquête CT-RPS 2016. [En ligne]. Document d'étude : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. *DARES*. Mars 2017, n°217. [Consulté le 25 juin 2018]. Disponible à l'adresse : http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/travail_et_bien-etre_te_vd_2.pdf

DAMGE, Mathilde. EHPAD : état des lieux de l'accueil des personnes âgées sur le territoire. *Le Monde*, [en ligne] 30 janvier 2018, date de dernière mise à jour : 9 mai 2018. [Consulté le 11 juin 2018] Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/30/ehpad-etat-des-lieux-de-l-accueil-des-personnes-agees-sur-le-territoire_5249304_4355770.html

DARDENNE, Laurence. Pourquoi ce besoin d'être reconnu et valorisé ? *LaLibre.be*. [En ligne] 1^{er} mai 2016. [Consulté le 10 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.lalibre.be/lifestyle/psycho/pourquoi-ce-besoin-d-etre-reconnu-et-valorise-5722045635708ea2d4f8a5cf>

Dictionnaire de Français. Valorisation. Dictionnaire de Français, Larousse. [En ligne], [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valorisation/81001>

Dictionnaire de Français. Reconnaissance. Dictionnaire de Français, Larousse. [En ligne], [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reconnaissance/67116>

DUÉE, Michel. REBILLARD, Cyril. La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *Insee*. [En ligne] 1er mai 2006 [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>

ECHAVIDRE Stéphane. Le manager est responsable du bien-être au travail de ses collaborateurs. In : JDN.[en ligne] 15 octobre 2013 [Consulté le 10 juin 2018].Disponible à l'adresse : <https://www.journaldunet.com/management/expert/55500/le-manager-est-responsable-du-bien-etre-au-travail-de-ses-collaborateurs.shtml>

Eléas. Qualité de vie au travail et de la prévention des risques psychosociaux. Glossaire : quelques mots pour mieux appréhender la qualité de vie au travail et les risques psychosociaux. *ELEAS*. [En ligne]. [Consulté le 15 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.eleas.fr/glossaire/>

Equipe de Manager GO. Comment organiser le travail avec efficacité ? *MANAGERGO !* [En ligne]. Mis à jour le 09/05/2018 [Consulté le 12 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.manager-go.com/organisation-entreprise/organisation-du-travail.htm>

FENDER, Rachel. MANGEMATIN, Yahn. HUSSON, Julien. GEORGE, Damien. ALBRECHT, Alain. Essai de modélisation de la reconnaissance au travail. *Soins Cadres*, novembre 2011, n°80, p.29-34.

FORETTE, Françoise. *La révolution de la longévité.* Paris: Bernard Grasset, 1997. ISBN: 9782246534518

GALLET. Anne-Marie, Anact, GHADI. Véronique, HAS, LIAROUTZOS. Olivier, Anact. La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux. *Has-sante*. [En ligne], septembre. 2017. [Consulté le 17 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf

GALMICHE, Cindy. Infirmier coordinateur de SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile. In : Infirmier.com. *Infirmier.com*. [En ligne]. 19 mars 2009. Date de dernière mise à jour : 30 juin 2015. [Consulté le 7 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/infirmier-coordonateur-de-ssiad-service-de-soins-infirmiers-a-domicile.html>

GAUTIER, Arnaud. Compétence émotionnelle et implication des soignants. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, septembre 2016, n°248, p.27- 31.

GOSSELIN, Marilène. VIAU-GUAY, Anabelle. BOURASSA, Bruno. Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. *PISTE*. [En ligne]. 16 mars 2014. [Consulté le 22 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <https://journals.openedition.org/pistes/4009>

Historique de la profession d'aide-soignant, In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [En ligne], 9 novembre 2009, Date de dernière mise à jour : 17 janvier 2013. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.aide-soignant.com/article/profession/as/historique>.

HOEFFEL, Olivier. Le concept de la qualité de vie au travail. In : laqvt. [En ligne] 5 juin 2011. [Consulté le 19 mai 2018]. Disponible à l'adresse <https://laqvt.fr/le-concept-de-qualite-de-vie-au-travail>

INSEE Références. Tableau de l'économie Française, Personnes âgées dépendantes. *Insee*. [En ligne]. 19 février 2014. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>

Inserm (dir.). *Activité physique : contextes et effets sur la santé. Rapport*. [En ligne]. Paris : Les éditions Inserm, 2008, XII. [Consulté le 12 mai 2018]. ISBN : 978-2-85598-862-4. Disponible à l'adresse : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?sequence=1

INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité). Faire le point sur les risques psychosociaux pour le secteur sanitaire et social. In : INRS. [En ligne], mars 2013. [Consulté le 24 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil42>

JACQUEMIN, Anne. Colloque : le bien-être : un concept conciliable avec le travail. IFCS de Laxou. 12 mars 2015. Laxou.

La souffrance du soignant. Définition et chiffres clés. Groupe Pasteur Mutualité. [En ligne] juin 2017. [Consulté le 24 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.souffrancedusoignant.fr/definitions-et-chiffres-cles.html>

LE BOEUF, Dominique. L'infirmier coordonnateur dans le système de soins français. *Soins*, juin 2016, n°806, p.26- 28.

Le Monde et l'Agence France-Presse. Protection sociale : Macron plaide pour des solutions plus efficaces que de l'argent mis sur la table. *Le Monde*. [En ligne] 14 juin 2018. [Consulté le 8 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/06/13/protection-sociale-macron-plaide-pour-des-solutions-plus-efficaces-que-de-l-argent-mis-sur-la-table_5314310_3224.html

LELORD, François., ANDRE Christophe. *La Force des émotions. Amour, colère, joie*. Paris : Odile Jacob, 2003, POCH ODIL JACOB. ISBN-10 : 2738112676

Les familles de facteurs RPS. In : CIG petite Couronne. [En ligne]. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.cig929394.fr/sites/default/files/rps_synthetique_20avril2017.pdf

LORIOU, Marc. Sens et reconnaissance dans le travail. Traduction d'un texte de Marc Loriou. [En ligne]. 2011, publié (en grec) dans le *Traité de sociologie du trav.* 2011, pp.43-67 [Consulté le 20 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00650279/document>

MANOUKIAN, Alexandre., MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, 3e édition. Soigner et accompagner. 3e édition. ISBN : 978-2-7573-0200-2.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. *Légifrance*. [En ligne], 10 mars 2017, [consulté 8 juin 2018], disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/3/3/AFSA1619718A/jo/texte>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soins de ceux qui nous soignent. *ANACT*, [en ligne], 5 décembre 2016, [Consulté le 7 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.anact.fr/strategie-nationale-damelioration-de-la-qualite-de-vie-au-travail-prendre-soin-de-ceux-qui-nous>

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉ ET DE LA SANTÉ. Circulaire DGAS/2 C n° 2005-111 du 28 février 2005 relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile. SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-3 : Annonce N°36. [Consulté le 10 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030036.htm>.

MINISTERE DES SOLIDARITE ET DE LA SANTE : Qualité de vie au travail : Agnès Buzyn et Sophie Cluzel annoncent le

lancement d'une réflexion dans les établissements prenant en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Communiqué de presse. [En ligne] 4 décembre 2017. [Consulté le 20 juin 2018] Disponible à l'adresse : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/qualite-de-vie-au-travail-agnes-buzyn-et-sophie-cluzel-annoncent-le-lancement-d>

MINISTERE DU TRAVAIL. Plan santé au travail 2016-2020, In : *Travail-emploi.gouv*, [en ligne], 20 novembre 2015, [Consulté le 17 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

MINISTERE DU TRAVAIL. Risques psychosociaux. In : *Travail-emploi.gouv*. [en ligne]. Le 15 septembre 2010. Date de mise à jour : 8 mars 2018. [Consulté le 10 avril 2018]. Disponible à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>.

MERKLING, Jacky. Management, bien-être au travail et qualité des soins. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, Septembre 2015, n°238, p.19-22.

METIER, historique. [En ligne]. [Consulté le 1er mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://eifs.fr/eifs/Pages/IFAS/Metiers.aspx>

MOLINIER, Pascale. *Le travail du Care*. Paris : La Dispute, 2013. Le genre du monde. ISBN : 978-2-84303-240-0.

PLANTIER, Aurélie, VOLLEAU Stéphane. *Cahier spécial métiers du soin et de l'assistance. 5ème baromètre des salaires de la santé*. [En ligne], 2016. [Consulté le 6 juin 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.appelmedical.com/wp-content/uploads/sites/2/2016/06/AM_Barometre_2016_SoinAssistance.pdf

Présidence de M. DELAHAYE, Vincent. Situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. [En ligne]. Séance du 3 avril 2018. Compte-rendu intégral. *SÉNAT*. [Consulté le 10 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=s20180403_3&idtable=s20180403_3|s20171117_20|s20180201_5|s20171116_13|s20180131_3|s20180619_5|s20171113_8|s20171124_10&c=situation+dans+les+ehpad&rch=gs&de=20171002&au=20181002&dp=1+an&radio=dp&aff=sep&tri=p&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn&isFirst=true

Profession aide-soignant. Recueil des principaux textes relatifs au diplôme d'état. Berger-Levrault, 2011.

RANDON, Sophie. BARET, Christophe. PRIOUL, Christine. La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. *Revue management & avenir*, novembre 2011, vol. 49, no. 9, p. 133-149.

Répertoire des METIERS. *Observatoire des métiers et des qualifications*. [En ligne]. 2017. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse : http://obsmetiers.rcp-pro.fr/fileadmin/observatoire_metiers/documents/fiches_metiers/Repertoire_des_metiers_Cartographie_2017.pdf

RESCAN, Manon. Les députés s'alarment des conditions de travail dans les maisons de retraite. *Le Monde*. [En ligne], 14 septembre 2011, [Consulté le 28 mai 2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2017/09/14/ehpad-les-deputes-s-alarment-des-conditions-de-travail_5185588_3224.html?xtmc=greve_aide_soignante&xtcr=7

RICORDEAU, Pierre. INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Rapport n°2018-023-R. [en ligne], Avril 2018. [Consulté le 6 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2018-023R.pdf>.

RIGOULOT, Eve. Qu'en est-il de la reconnaissance du travail aide-soignant ? In : Aide-soignant. *Aide-soignant*. [En ligne], 6 juin 2018. Date de dernière mise à jour : 15 juillet 2013 [Consulté le 4 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/reconnaissance-du-travail-aide-soignant>

RUSINEK Stéphane. *Les émotions - Du normal au pathologique*. Paris : Dunod, 2014. Les Topos. ISBN-10 : 2100717006

SAUNDER, Laurence. *L'énergie des émotions. Comprendre les émotions pour mieux les utiliser en entreprise*. Groupe Eyrolles, 2010. ISBN : 978-2-212-55669-8

Santé et sécurité au travail. Troubles musculo-squelettiques. Prévention. In : INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité), [en ligne]. Date de dernière mise à jour le 4 février 2015. [Consulté le 26 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/prevention.html>

SO, Organisation internationale de normalisation. Principes de management de la qualité. In : iso.org. [En ligne] 2016 [Consulté le 2 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/archive/pdf/fr/pub100080.pdf>.

Syndicat national des professionnels Infirmiers. Idec Infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD. In : SNPI. SNPI. [en ligne]. 11 avril 2016. [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.syndicat-infirmier.com/IDEC-infirmiere->

[coordinatrice-ou-referente-en-EHPAD.html](#)

SZELIGA, Dominique. Intelligence émotionnelle et management. *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, novembre 2013, n°220, p.22-25

Troubles musculo-squelettiques. Qu'est-ce que les TMS ? In : Santé Publique France. [en ligne]. 28 septembre 2006 - Dernière date de mise à jour 9 juin 2017. [Consulté le 25 mai 2018]. Disponible à l'adresse:<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques/Qu-est-ce-que-les-TMS>

WIKICREA. Les styles de management : autoritaire, paternaliste, délégatif, participatif...In : Wikicrea, creerentreprise. [En ligne]. 4 avril 2018. [Consulté le 3 octobre 2018]. Disponible sur : <http://www.creerentreprise.fr/styles-de-management/>,

ZAMBELLO, Laurence. L'intelligence émotionnelle au travail : une piste de réflexion pour le cadre de santé. *SOINS CADRES*, novembre 2014, n°92, p. 41-44.

8ème Baromètre de l'Absentéisme®. In : AymingBusiness performance consulting. [En ligne]. 4 septembre 2016. [Consulté le 24 mai 2018]. Disponible à l'adresse : <http://presse.ayming.com/communiquel121301/8eme-Barometre-de-l-Absenteisme-Ayming-ex-Alma-Consulting-Group#&panel1-1>

GALMICHE, Cindy. Infirmier coordinateur de SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile. In : Infirmier.com. *Infirmier.com*. [En ligne]. 19 mars 2009. Date de dernière mise à jour : 30 juin 2015. [Consulté le 7 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/infirmier-coordonateur-de-ssiad-service-de-soins-infirmiers-a-domicile.html>.

ANNEXES :

Annexe 1 : L'évolution de la profession AS

- 1971 : Instauration de conditions d'admissions et d'un programme en 10 mois de formation,
- 1982 : Programme de 350 heures de formation et 24 semaines de stage,
- 1994 : Programme de 630 heures et 28 semaines de stage
- 1996 : Le CAFAS est remplacé par le DPAS (Diplôme Professionnel d'aide-soignant),
- 2004 : Programme instituant des stages de 140 heures,
- 2005 : Arrêté du 22 Octobre 2005, relatif à la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant et Arrêté du 25 Janvier 2005, relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'AS : Référentiel de formation mis en œuvre actuellement.
- 2007 : Le DPAS est remplacé par le DEAS (Diplôme d'Etat d'AS). »⁹⁰
- 2017 : Remplacement du Diplôme d'AMP : Aides Médico-psychologiques par le diplôme A.E.S Accompagnants Éducatifs et sociaux.

⁹⁰METIER, historique. [en ligne]. [Consulté le 1er mai 2018]. Disponible à l'adresse :<http://eifs.fr/eifs/Pages/IFAS/Metiers.aspx>

Annexe 2 : Missions des IDEC en EHPAD et en SSIAD⁹¹

Activités administratives

- L'infirmier coordinateur doit connaître les textes législatifs et les fiches de poste des professions infirmières et aide soignantes. Il est garant de la mise en place des outils réglementaires issus de la loi 2002-2 et de ses actualisations.
- Il participe au rapport d'activité, au registre médical et tout autre document réglementaire.
- Il participe à l'élaboration des axes stratégiques de la structure (projet d'établissement, budget...) en lien avec les priorités définies au niveau départemental et régional.
- Il participe au processus « démarche qualité » tant dans son évaluation interne que dans son évaluation externe, la gestion des risques, les déclarations, en collaboration avec toute l'équipe. Il répond aux appels à projet de l'ARS en collaboration avec le directeur. Et enfin, il assiste le médecin coordonnateur pour les évaluations PATHOS et GMP en EHPAD.
- Il connaît, réalise et fait vivre l'ensemble des documents internes du service en collaboration avec le personnel concerné. (Fiches techniques, protocoles,)
- Il participe à l'embauche et assure l'intégration de tout nouveau salarié.
- Il participe à la gestion logistique et définit les besoins en ce qui concerne le matériel et les produits d'incontinence. Il se met en relation avec les prestataires de santé et fournisseurs.
- En EHPAD, il participe à la gestion logistique qui concerne les repas, le linge, l'entretien des locaux.
- Avec l'outil informatique il répond aux obligations de fonctionnement (registre médical, indicateurs, bilan, planning, etc...) Une délégation de signature peut être négociée avec le directeur pour certains documents, selon le fonctionnement du service.
- Plus spécifiquement en SSIAD, l'IDEC signe les contrats (ou documents) individuels de prise en charge. Ainsi il envoie le certificat médical et la grille de dépendance à la caisse de prise en charge de l'utilisateur.
- Il doit aussi, dans ces structures, assurer le suivi des soins infirmiers, réalisés par les infirmières libérales.

⁹¹ Syndicat national des professionnels Infirmiers. IDEC Infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD. In : SNPI. SNPI. [en ligne]. 11 avril 2016. [Consulté le 8 juin 2018]. Disponible à l'adresse : <http://www.syndicat-infirmier.com/IDEC-infirmiere-coordinatrice-ou-referente-en-EHPAD.html>
GALMICHE, Cindy. Infirmier coordinateur de SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile). In : Infirmier.com. *Infirmier.com*. [En ligne]. 19 mars 2009. Date de dernière mise à jour : 30 juin 2015. [Consulté le 7 juillet 2018]. Disponible à l'adresse : <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/infirmier-coordonateur-de-ssiad-service-de-soins-infirmiers-a-domicile.html>.

Activités de management de l'équipe

- En général l'infirmier coordinateur est chargé d'établir le planning du personnel (et des étudiants), en tenant compte de l'organisation de sa structure. Il se charge de la gestion de l'absentéisme.
- Plus spécifiquement, en SSIAD, les plannings sont établis en fonction des besoins des usagers, des possibilités du SSIAD et des autres intervenants au domicile de l'utilisateur.
- Il participe au recrutement et veille au bon accueil des nouveaux salariés
- Il veille à l'accueil et à l'encadrement des étudiants pendant leur stage et participe aux évaluations.
- Il réalise et anime les différentes réunions du service avec les salariés
- Il est chargé de maintenir l'esprit d'équipe et la convivialité à l'intérieur de son établissement, en impulsant une dynamique d'action. Il s'occupe de la prévention et de la gestion des conflits.
- Il respecte et fait respecter le secret professionnel et la confidentialité par les salariés.
- Il participe à l'évaluation annuelle du personnel
- Il repère les besoins en formation du personnel et établit le programme annuel
- Il prend toute décision concernant le management de l'équipe
- Il informe l'équipe de la politique d'établissement.

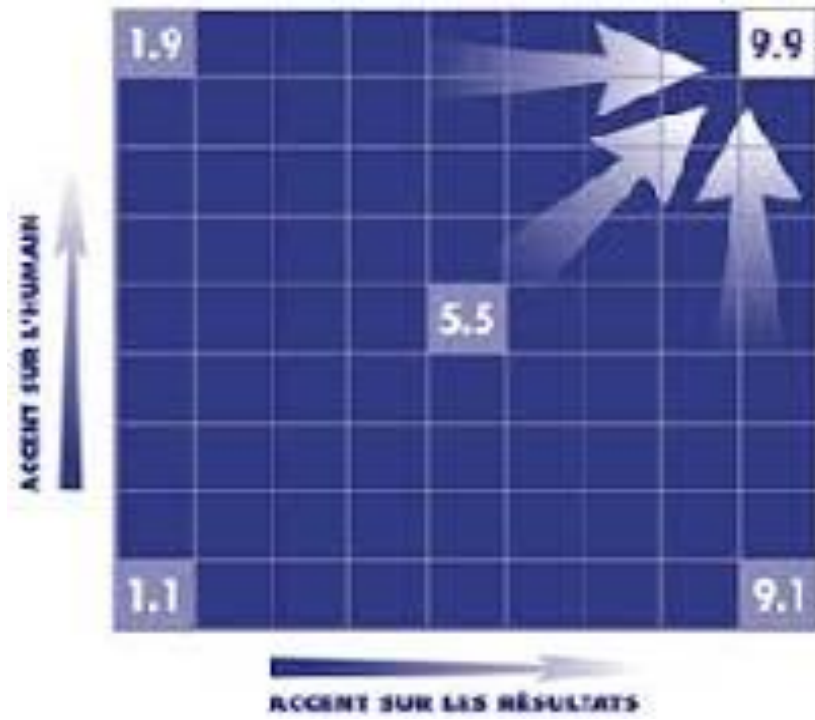
Activités relationnelles et coordination

- L'infirmier coordinateur informe les usagers et les familles de l'organisation du service et de ses limites.
- Il accompagne les résidents et leurs familles : pré-admissions, admissions, élaborations des projets de soins et de vie individualisé, la gestion de fin de vie, la participation au conseil de vie social en EHPAD, la gestion des urgences, l'évaluation des capacités de la personne-âgée pour la mise en place de matériel nécessaire ou l'aménagement de son logement en SSIAD notamment avec la collaboration de l'ergothérapeute.
- Il participe aux réunions avec les autres acteurs du maintien à domicile et plus particulièrement le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) et les établissements de santé : HAD, services de soins de suites et réadaptation, ESA et EAAR au domicile, réseaux de soins palliatifs, médecins traitants, infirmières libérales, kinésithérapeutes, bénévoles, aides à domicile.
- Ils se concertent avec le directeur pour toute décision concernant l'organisation fonctionnelle de la structure pouvant avoir une incidence budgétaire

- Il participe aux réunions départementales et régionales des infirmiers coordinateurs
- Il collabore avec les instituts de formation (stagiaires, conseils)
- Il participe à la recherche en soins infirmiers, qualité de soins, protocoles de soins.
- Il contribue à l'évaluation et à la reconnaissance de la profession. (Adhésion à la Fédération française des infirmières d'état coordinatrices).

Annexe 3 : Tableau en lien avec la partie Management

- En lien avec la grille de Blake et Mouton



- Les différents styles de management



Annexe 4 : Questionnaire AS, IDEC et Test Minnesota

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN AIDE-SOIGNANTE

Date d'entretien :

Objectifs :

- Découvrir les raisons concernant le choix du métier « aide-soignant(e) » et leur ressenti actuel.
- Savoir si la vie professionnelle a un impact sur la vie personnelle.
- Connaître leur vision du management, de la gestion d'équipe de leur IDEC et les points à améliorer ou les demandes particulières.

EHPAD Homme

SSIAD Femme

Âge :

Sexe :

Année de Diplôme :

Nombre d'années dans cette profession :

Nombre d'années de présence dans la structure :

Questions :

Thème représentation :

1. Pour quelles raisons êtes-vous devenu(e) aide-soignant(e) ? (*Choix ? Évolution de carrière ?*)
2. Pourquoi avoir choisi la gériatrie ?
3. Quelle était votre représentation du métier ? (*Avant la première prise de poste*)
4. A ce jour, votre représentation du métier a-t-elle été modifiée ?

Thème bien-être :

1. Comment vous sentez-vous actuellement dans votre travail ? Rencontrez-vous des difficultés ?
Si oui lesquelles ?
Ces difficultés, ont-elles un impact sur votre motivation ou votre implication ? Ont-elles un

impact sur la qualité de vie des patients et résidents ?

2. Quels sont les facteurs qui vous permettent de vous sentir bien au travail ?
(*Qu'est-ce qui vous motive à venir travailler ?*)
3. Votre travail a-t-il des répercussions (positives/négatives) sur votre vie personnelle ? Et inversement ?
4. Comment votre IDEC évalue-t-il (elle) votre bien-être au travail ?
5. Vous sentez-vous valorisé(e) au travail ?
6. Quels sont les moyens/actions mis en œuvre par votre IDEC pour votre bien-être au travail ?

Thème management :

1. Qu'est-ce qu'un bon management, une bonne gestion d'équipe selon vous ?
2. Qu'est-ce que l'IDEC attend de vous ?
3. Qu'est-ce qui met l'IDEC en difficulté dans la gestion de votre équipe d'après vous ?

Pour conclure, notre questionnement de départ :

Comment améliorer le bien-être au travail de l'équipe aide-soignant(e)s par le management avec pour objectif leur valorisation, leur reconnaissance et donc la qualité des soins pour la personne âgée ?

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN INFIRMIER(ERE) COORDINATEUR(TRICE)

Date d'entretien :

Objectifs :

- Connaître les raisons concernant le choix du métier « IDEC »
- Connaître leur vision du management, de la gestion d'équipe, leurs difficultés, les points positifs ou à améliorer, les moyens mis en place et l'évaluation du bien-être.

EHPAD Homme

SSIAD Femme

Âge :

Année de Diplôme :

Nombre d'années dans cette profession :

Nombre d'années de présence dans la structure :

Questions :

Thème représentation :

1. Pour quelles raisons êtes-vous devenu IDEC ?
2. Pourquoi avez-vous choisi la gériatrie ?
3. Quelle était votre représentation du métier (avant la première prise de poste) ?
4. A ce jour, votre représentation du métier a-t-elle été modifiée ?

Thème bien-être :

1. Comment vous sentez-vous actuellement dans votre travail ? *Rencontrez-vous des difficultés ? Si oui lesquelles ?*
2. Pensez-vous que votre équipe se sente valorisée au travail ?
3. Comment évaluez-vous le bien-être des aides-soignants au travail ?

4. Comment participez-vous à la qualité de vie au travail des équipes aide-soignante ? (Moyens, actions). Pensez-vous que votre équipe est motivée ? Qu'est ce qui pourrait la motiver davantage ?

Thème management :

1. Qu'est-ce qu'un bon management, une bonne gestion d'équipe selon vous ?
2. Qu'attendez-vous de votre équipe ?
3. Qu'est-ce qui vous met en difficulté dans la gestion d'une équipe soignante au quotidien ?

Pour conclure, notre questionnaire de départ :

Comment améliorer le bien-être au travail de l'équipe aide-soignant(e)s par le management avec pour objectif leur valorisation, leur reconnaissance et donc la qualité des soins pour la personne âgée ?

Avez-vous un outil pratique d'évaluation ?

Questionnaire de Satisfaction au Travail (Minnesota Satisfaction Questionnaire)

Entourez le chiffre correspondant à votre degré de satisfaction sur les différentes facettes du travail suivantes, avec :

- 1 = Très insatisfait(e)
- 2 = Insatisfait(e)
- 3 = Ni satisfait(e), ni insatisfait(e)
- 4 = Satisfait(e)
- 5 = Très satisfait(e)

Dans votre emploi actuel, êtes-vous satisfait(e) ?

	Très insatisfait(e) ∩					Très satisfait(e) ∩	
	1	2	3	4	5		
01 – De vos possibilités d'avancement	1	2	3	4	5		
02 – Des conditions de travail	1	2	3	4	5		
03 – Des possibilités de faire des choses différentes de temps en temps	1	2	3	4	5		
04 – De votre importance aux yeux des autres	1	2	3	4	5		
05 – De la manière dont votre supérieur dirige ses employés (rapports humains)	1	2	3	4	5		
06 – De la compétence de votre supérieur dans les prises de décision (compétences techniques)	1	2	3	4	5		
07 – Des possibilités de faire des choses qui ne sont pas contraires à votre conscience	1	2	3	4	5		
08 – De la stabilité de votre emploi	1	2	3	4	5		
09 – Des possibilités d'aider les gens dans l'entreprise	1	2	3	4	5		
10 – Des possibilités de dire aux gens ce qu'il faut faire	1	2	3	4	5		
11 – Des possibilités de faire des choses qui utilisent vos capacités	1	2	3	4	5		
12 – De la manière dont les règles et les procédures internes de l'entreprise sont mises en application	1	2	3	4	5		
13 – De votre salaire par rapport à l'importance du travail que vous faites	1	2	3	4	5		
14 – Des possibilités de prendre des décisions de votre propre initiative	1	2	3	4	5		
15 – Des possibilités de rester occupé(e) tout le temps au cours de la journée de travail	1	2	3	4	5		
16 – Des possibilités d'essayer vos propres méthodes pour réaliser le travail	1	2	3	4	5		
17 – Des possibilités de travailler seul(e) dans votre emploi	1	2	3	4	5		
18 – De la manière dont vos collègues s'entendent entre eux	1	2	3	4	5		
19 – Des compliments que vous recevez pour la réalisation d'un bon travail	1	2	3	4	5		
20 – Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail	1	2	3	4	5		

ANNEXES 5 :

Résultats résumés des entretiens avec les IDECS

Sur les huit IDECS interrogés, deux sont cadres diplômés, aucun n'a fait de DU IDEC et deux ont eu une formation de management.

Pour quelles raisons êtes-vous devenus IDEC ?

Les raisons sont : opportunité, gérer les difficultés, intérêt pour le management, améliorer l'image des EHPAD.

Pourquoi avez-vous choisi la gériatrie ?

Les choix se sont faits, pour beaucoup, par envie de travailler auprès des personnes-âgées, des personnes démentes.

Quelle était votre représentation du métier avant la prise de poste ?

On se rend compte à travers ces entretiens, que certains IDEC n'avaient pas une vision globale du métier, ni de définition type avant leur prise de poste. D'autres avaient une vision de travail administratif et non de management. Deux des IDECS avaient conscience des difficultés du métier.

A ce jour, votre représentation du métier a-t-elle été modifiée ?

Oui, leur représentation a été modifiée : une ne se sent pas soutenue par la direction, deux trouvent trop de diversité dans les tâches à accomplir, un est frustré par la difficulté du suivi des projets long court et une qui ne voyait pas l'EHPAD comme un lieu de prévention et de maintien.

Comment vous sentez-vous actuellement dans votre travail ?

Une ne se sent pas soutenue par la direction. Un ressent de la frustration par rapport aux contraintes budgétaires pour la qualité du soin, quatre éprouvent des difficultés face à la gestion des conflits, face à la résistance aux changements et en termes de communication. Une se trouve en difficulté face aux absences récurrentes.

Pensez-vous que votre équipe se sente valorisée au travail ?

Certaines pensent que oui, d'autres l'espèrent et d'autres font de leur mieux. Ils expriment la difficulté à l'évaluer.

Comment évaluez-vous le bien-être des aides-soignantes au travail ?

Les IDEC l'évalue en se basant sur le taux d'absentéisme, l'ambiance de l'équipe, l'attitude de chacun, la stabilité de l'équipe, le taux de mécontentement et les plaintes. Il est évalué plus individuellement lors des entretiens annuels.

Comment participez-vous à la qualité de vie au travail (moyens, actions) ? Pensez-vous que votre équipe est motivée ?

Les moyens et actions mis en place sont :

L'enquête de satisfaction des résidents et les commentaires positifs des familles,

L'importance de l'environnement (décoration, lumière, aménagement),

Le planning (gestion des absences)

La répartition équitable de la charge de travail, et la répartition de l'entraide.

La bonne gestion du matériel,

Favoriser une bonne ambiance d'équipe à travers la convivialité (par exemple petit déjeuner, café etc.)

Mais aussi grâce à l'écoute active, en les motivant avec des encouragements, en les félicitant.

Les impliquer, les motiver en désignant des référents, en demandant l'avis de l'équipe sur chaque sujet, en faisant de la formation interne, et enfin en donnant du sens à leur travail.

Les IDEC notent que la charge de travail mais aussi la PEC des troubles cognitifs et la dépendance ont un fort impact sur la motivation mais celui-ci est difficile à évaluer.

Qu'est-ce qu'un bon management, une bonne gestion d'équipe ?

Il faut savoir adapter son management en fonction de la situation (en cas de crise management directif, manque de motivation management participatif, et quand l'équipe est motivée management délégitif.)

Être à l'écoute de son équipe, savoir la complimenter, avoir une critique positive, de la proximité et faire preuve d'équité.

Les faire réfléchir sur le fondement de leur métier, les impliquer dans les projets de soins, (donner du sens à leur métier).

Fédérer l'équipe avec les réunions.

Être organisé et veiller aux besoins de repos des soignants, être attentif, à l'écoute, rester disponible et savoir recadrer, savoir s'adapter au personnel soignant et l'informer sur la réglementation en rigueur.

Qu'attendez-vous de votre équipe ?

L'IDEC attend de son équipe : une confiance mutuelle, un travail consciencieux, une équipe motivée, une qualité de soin, une bonne ambiance, des professionnels responsables pour les préparer, les aider à faire évoluer leur profession, s'entraider, satisfaction personnelle, être source de propositions.

Qu'est-ce qui vous met en difficulté dans la gestion d'une équipe soignante au quotidien ?

Les difficultés rencontrées sont : gestion des plannings et des absences qui empiètent sur la qualité des soins, la gestion des réunions, les conflits d'équipe, le manque de personnel, les injustices, les écarts de qualité de travail entre les soignants.

Avez-vous un outil pratique d'évaluation ? Seulement un IDEC utilise un questionnaire élaboré par le responsable qualité.

Résultats résumés des entretiens AS :

Pour quelles raisons êtes-vous devenus AS ?

Les raisons sont très variées : un souhait d'être d'IDE non abouti, une évolution de carrière (ASH, AVS), un souhait de reconversion professionnelle, mais surtout une envie d'aider l'autre, être dans un métier relationnel.

Pourquoi avoir choisi la gériatrie ?

La gériatrie est pour certains un choix pratique mais c'est souvent un choix de cœur. Les AS apprécient le contact avec les personnes-âgées porteuses d'une histoire de vie, d'un passé mais aussi pour le rapport intergénérationnel qui peut être une évidence et être très important dans leur culture.

Quelle est votre représentation du métier ?

Beaucoup des aides-soignantes n'avaient pas conscience de la difficulté du métier et l'idéalisaient un peu avec comme image principale la relation d'aide.

A ce jour, votre représentation du métier a-t-elle été modifiée ?

Oui, car elles n'avaient pas conscience des difficultés liées aux conditions de travail (horaire, charge de travail, manque de personnel etc.) et pour certaines liées au rapport à la mort et à la maladie en particulier la démence.

Les AS ayant eu une évolution de carrière expriment un sentiment de valorisation.

Comment vous sentez-vous actuellement dans votre travail ?

Beaucoup éprouvent des difficultés en lien avec le travail physique, l'absentéisme notamment les absences de dernière minute, les difficultés de l'accompagnement des personnes-âgées de plus en plus grabataires.

Ils évoquent un manque d'harmonie dans leur manière de travailler (relations intergénérationnelles, écart de qualité de travail ressenti).

Néanmoins nombreux se sentent bon dans leur travail et on constate que c'est directement lié aux qualités de leur lieu de travail.

Quels sont les facteurs qui vous permettent de vous sentir bien au travail ?

Les facteurs évoqués sont : l'ambiance au travail, la cohésion d'équipe, une IDEC à l'écoute, un environnement de travail agréable, du matériel disponible, une charge de travail adapté etc.

Votre travail, a-t-il des répercussions dans votre vie personnelle ? Et inversement ?

Il y a deux profils qui se dessinent : ceux qui arrivent à se détacher et ceux qui en revanche ont du mal à prendre de la distance avec une répercussion sur leur vie de famille (irritabilité, fatigue accentuée par la charge de travail et incompréhension par l'entourage).

A l'inverse, les problèmes personnels peuvent jouer sur l'investissement professionnel.

Comment votre IDEC évalue-t-il votre bien être ?

La majorité pense que leur bien-être est évalué lors de l'entretien annuel, lors des réunions mais aussi au quotidien par l'écoute active et l'observation.

Certains ont soulevé le fait qu'un seul entretien ne permet pas d'évaluer le bien-être sur une année.

Vous sentez-vous valorisé au travail ?

La majorité a répondu ne pas se sentir valorisée par la hiérarchie

Ce sont les résidents et leurs familles qui par leurs remerciements les valorisent.

Il y a tout de même deux établissements sur neuf dans lesquels les soignants se sentent valorisés par leur hiérarchie.

Quels sont les moyens et actions mis en œuvre par votre IDEC pour votre bien-être au travail ?

Les moyens et actions sont : l'écoute, la disponibilité, la valorisation, la formation, la mise en place de groupes de parole, de référents et de groupes de travail, l'autonomisation, une bonne organisation du service (gestion des absences avec une organisation formalisée de partage des tâches de l'absent en interne et le remplacement des absents)

Mais aussi la gestion du matériel, une bonne répartition de la charge de travail, un temps de pause convivial avec la présence de l'IDEC (petit déjeuner, café etc.), présence de l'IDEC pour les soins etc.

Qu'est-ce qu'un bon management, une bonne gestion d'équipe ?

Selon les AS, on retrouve majoritairement : l'écoute des problèmes professionnels et personnels, savoir se positionner et s'affirmer, savoir cadrer, faire preuve d'équité, gérer les conflits, être organisé et avoir une certaine flexibilité sur le planning.

Il faut aussi savoir anticiper, soutenir son équipe lors de situations compliquées (plaintes et conflits) et faire participer et responsabiliser son équipe dans la prise des décisions (référents, groupe de travail).

Pour certains AS, l'IDEC doit faire preuve d'autorité pour gérer l'équipe et éviter tout débordement.

Qu'est que l'IDEC attend de vous ?

L'IDEC attend une qualité de soin, un esprit d'équipe, des transmissions, un travail professionnel et une exemplarité (ponctuelle, politesse et courtoisie).

Qu'est ce qui met l'IDEC en difficulté dans la gestion de votre équipe d'après vous ?

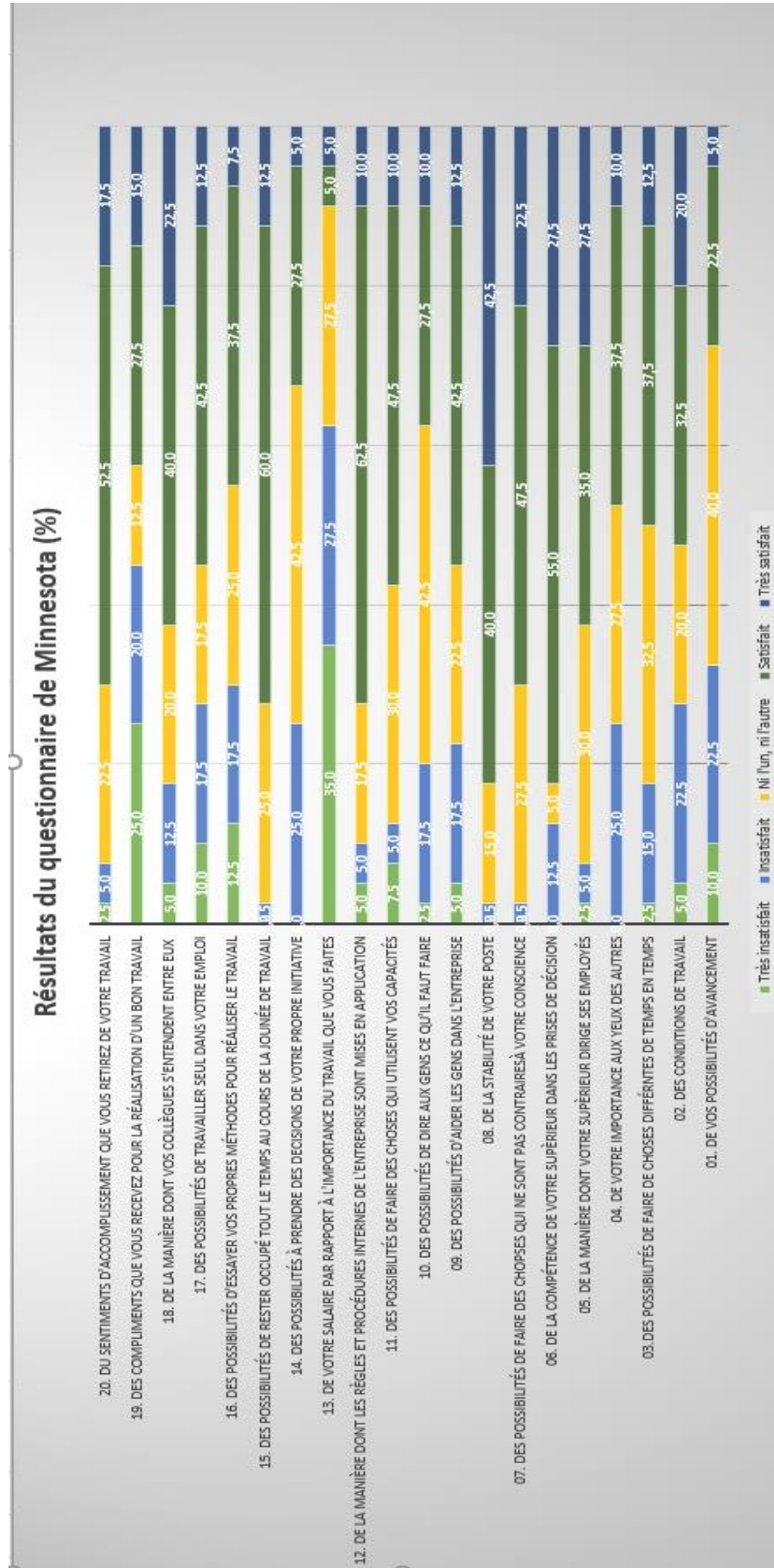
Les AS pensent que l'IDEC est mis en difficulté par : les absences, les conflits (plaintes des familles, conflits avec l'équipe et dans l'équipe), sa position entre ses supérieurs et son équipe, les différentes personnalités et réactions de chacun, la gestion des plannings, la complexité de l'organisation.

ANNEXES 6 :

Nombre de réponses par items sur le questionnaire de satisfaction au Travail

	1	2	3	4	5
01. De vos possibilités d'avancement	4	9	16	9	2
02. Des conditions de travail	2	9	8	13	8
03. Des possibilités de faire de choses différentes de temps en temps	1	6	13	15	5
04. De votre importance aux yeux des autres		10	11	15	4
05. De la manière dont votre supérieur dirige ses employés	1	2	12	14	11
06. De la compétence de votre supérieur dans les prises de décision		5	2	22	11
07. Des possibilités de faire des choses qui ne sont pas contraire à votre conscience		1	11	19	9
08. De la stabilité de votre poste		1	6	16	17
09. Des possibilités d'aider les gens dans l'entreprise	2	7	9	17	5
10. Des possibilités de dire aux gens ce qu'il faut faire	1	7	17	11	4
11. Des possibilités de faire des choses qui utilisent vos capacités	3	2	12	19	4
12. De la manière dont les règles et procédures internes de l'entreprise sont mises en application	2	2	7	25	4
13. De votre salaire par rapport à l'importance du travail que vous faites	14	11	11	2	2
14. Des possibilités à prendre des décisions de votre propre initiative		10	17	11	2
15. Des possibilités de rester occupé tout le temps au cours de la journée de travail		1	10	24	5
16. Des possibilités d'essayer vos propres méthodes pour réaliser le travail	5	7	10	15	3
17. Des possibilités de travailler seul dans votre emploi	4	7	7	17	5
18. De la manière dont vos collègues s'entendent entre eux	2	5	8	16	9
19. Des compliments que vous recevez pour la réalisation d'un bon travail	10	8	5	11	6
20. Du sentiment d'accomplissement que vous retirez de votre travail	1	2	9	21	7

Total de participants	40
-----------------------	----



RESUME

La récente médiatisation de la souffrance des soignants en EHPAD et en SSIAD exprimant leur manque de reconnaissance et de valorisation, nous renvoie à nos questionnements de managers d'équipes de soin. Comment améliorer le bien-être au travail de l'équipe aide-soignant(e)s par le management avec pour objectif leur valorisation, leur reconnaissance et donc la qualité des soins pour la personne âgée ?

Nous avons fait des recherches sur la position des AS et des IDEC en EHPAD et en SSIAD, sur le management et sur les leviers d'ordre psychologiques pouvant jouer sur le bien-être.

Nous sommes allés à la rencontre des AS et des IDEC pour recueillir leurs expériences, leurs vécus, leurs attentes, puis comparer nos recherches avec la réalité du terrain à l'aide d'un questionnaire ouvert et d'un questionnaire de satisfaction au travail de référence : le test Minnesota.

Il s'avère que les réponses AS et IDEC se complètent dans la mise en place d'actions à entreprendre pour favoriser un bien-être optimal par un management de proximité et du changement.

De nos recherches et notre réflexion ressortent trois points primordiaux pour que l'IDEC puisse assurer un accompagnement de qualité de son équipe : le temps (qui découle du financement), le soutien de la hiérarchie, et la formation. Ce mémoire nous a permis de réfléchir si un outil tel que le test Minnesota, pouvait être mis en place pour évaluer régulièrement le bien-être de nos équipes et connaître les points à améliorer.

Mots clés : management, valorisation, reconnaissance, bien être, qualité de vie au travail

SUMMARY

The suffering of care givers working in nursing homes and for home nursing care services has recently received a lot of media attention. We heard care givers talk about the lack of recognition of their job, and complain about the fact that their work is undervalued. All of this brings back the questionings we have. As coordinator nurses, how could we improve the wellbeing of teams to ensure that they can provide good-quality care?

We have been reflecting about the position of assistant nurses and coordinator nurses in nursing homes and home nursing care services, about the management, as well as about general psychological motivators that could be critical on the wellbeing. We made a lot of research too.

We met many assistant nurses and coordinator nurses and we gathered information about their experiences, their lives, their expectations, then we compared what we heard on the field to all of our research through the Minnesota test, which is an open questionnaire and a job satisfaction survey. It turns out that the answers provided by assistant nurses and coordinator nurses coincide with the implementation of measures to be taken in order to promote an optimal wellbeing by a proximity management as well as some changes.

Our research and our reflecting tend to demonstrate three critical points so that the coordinator nurses can ensure proper support for the teams: time (resulting from the fundings), support of the hierarchy, and training. This memoir made us reflect about the usefulness of tools like the Minnesota test, think about its potential implementation to regularly assess the wellbeing of our teams, and identify the areas that need improvements.

Keywords: management, valorization, recognition, wellbeing, quality of life at work