



Université Paris Descartes – Faculté Cochin – Port Royal

SSIAD : Quels leviers pour l'IDEC face à l'absentéisme et au turn over ?

**Diplôme Universitaire
Infirmier(e) Référent(e) et Coordinateur (trice)
en EHPAD et en SSIAD
Année Universitaire 2017 / 2018**

**Corinne CHARLEMAGNE
Hortense PAMART
Elisabète REMI**

Directeur de mémoire : M. Vincent KAUFMANN

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos remerciements à notre directeur de mémoire, **M. Vincent KAUFMANN**, pour sa disponibilité, son écoute, son aide et ses précieux conseils tout au long de notre travail.

Merci également aux professionnels des différents SSIAD de s'être rendu disponible pour nos entretiens.

Merci aux structures pour leur accueil et encadrement durant nos périodes de stage.

Merci à tous les intervenants pour leurs enseignements tout au long de cette année.

Merci à **Mme FOURNIER Aurélie** pour son soutien, sa disponibilité, ses différents partages d'informations et outils nécessaires à la réalisation de notre travail.

Merci à nos collègues et familles de nous avoir soutenu tout le long de cette année.

SOMMAIRE

Remerciements

Introduction P. 1

I - Cadre conceptuel P.2

- 1) Les SSIAD P. 2
 - 1.1 Cadre législatif P. 2
 - 1.2 Leurs missions P. 2
 - 1.3 Leur fonctionnement P. 2

- 2) Les particularités du travail à domicile P. 3
 - 2.1 Les différents rôles des soignants P. 4
 - 2.2 Les compétences spécifiques requises pour les soignants P. 7
 - 2.3 Les risques/contraintes liés au travail à domicile P. 8

- 3) Le turn over et l'absentéisme P. 12
 - 3.1 Définition du Turn Over P. 12
 - 3.2 Définition de l'Absentéisme P. 13

- 4) Impact de l'absentéisme et du turn over sur les soignants P.13
 - 4.1 Charge en soins/risque d'erreur P. 13
 - 4.2 Désorganisation du travail/discontinuité des soins P. 14
 - 4.3 Baisse de la qualité de vie au travail P. 14
 - 4.4 Sentiment de mal faire son travail P. 14
 - 4.5 Risque de Burn out P.15

- 5) Impact de l'absentéisme et du turn over sur les patients P. 16
- 6) Impact de l'absentéisme et du turn over sur les SSIAD P. 17
- 7) Impact de l'absentéisme et du turn over sur l'IDEC P. 18

II Méthodologie P. 19

- 1) L'outil P. 19
- 2) Le déroulement de l'enquête P. 19

III Analyse et interprétation des données P. 20

- 1) Recrutement et perspective d'avenir P. 20
- 2) Intégration P. 22
- 3) Rotation du personnel P. 23

4) Absentéisme	P. 25
5) Formation du personnel	P. 26
6) Conditions de travail	P. 27
7) Organisation du travail	P. 29
8) Ambiance au travail	P. 30
9) Fidélisation	P. 32
10) Conclusion des analyses et entretiens	P. 33
11) Limites et critiques de la méthode d'enquête	P. 33
IV Pistes de travail	P.35
1) Accueil des nouveaux arrivants	P. 35
2) Organisation du travail	P. 35
3) Positionnement de l'IDEC	P.36
4) Gestion RH	P.36
5) S'ouvrir vers l'extérieur	P.37
V Conclusion	P. 38
VI Résumé en Français et en anglais	P. 39
VII Glossaire	P.41
VIII Bibliographie	P.42
IX Annexes	P.43

INTRODUCTION

« Il est 07h30, et comme tous les matins, l'IDEC¹ commence sa journée en écoutant (avec une certaine appréhension) le répondeur du service.

Celui-ci indique qu'il y a deux messages, ils annoncent l'absence de deux aides-soignants.

Il ne reste que très peu de temps à l'IDEC pour répartir les soins sur les autres tournées, tout en sachant que l'équipe est en sous-effectif avec une charge de travail déjà conséquente.

Cette répartition doit se faire dans un temps imparti relativement court (environ 10minutes) afin de permettre aux soignants présents de partir en soins le plus tôt possible et tout en tenant compte également des impératifs horaires des patients, ce qui ne simplifie pas la tâche.

Une fois les tournées modifiées, l'IDEC se prépare à faire face aux mécontentements de certains soignants se plaignant de la charge de travail liée à l'absentéisme du jour mais l'IDEC doit aussi anticiper celui des patients en les appelant pour les avertir que les soignants auront du retard. La journée commence donc avec une certaine tension que ce soit pour l'IDEC, l'équipe soignante et les patients.

Une fois les soignants partis en soins et les patients avisés du retard, l'IDEC est susceptible de prendre sa sacoche et partir en soins également pour pallier aux absences du jour... »

Ce pourrait être un début de journée occasionnel pour un(e) IDEC en SSIAD, mais les échanges que nous avons eus avec différents professionnels de SSIAD, nous permettent de constater que l'absentéisme et le turn over en SSIAD sont devenus non seulement un problème quasi quotidien dans ces structures mais surtout un problème généralisé à l'échelle nationale.

Cet exemple reflète donc le quotidien de bon nombre d'IDEC exerçant en SSIAD, qui commencent leur journée de travail en se posant la question « Qui va être absent aujourd'hui ? »

L'absentéisme et le turn over des soignants en SSIAD est une réelle problématique, c'est pourquoi nous avons fait le choix de traiter ce sujet afin d'en comprendre les raisons, les conséquences mais surtout de pouvoir identifier des leviers pour y pallier ou tout du moins réduire cet absentéisme et ce turn over.

Dans un premier temps nous allons décrire les SSIAD et les missions de chaque soignant. Puis nous allons mettre en avant les particularités du travail au domicile mais aussi les risques, les contraintes et leurs conséquences. Nous parlerons ensuite de l'impact de l'absentéisme et du turn over sur l'équipe, les patients, le SSIAD et l'IDEC.

Enfin nous présenterons l'outil choisi pour l'enquête et la démarche pour la réaliser et nous analyserons les données et en ressortirons les actions envisageables.

¹ Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

I - CADRE CONCEPTUEL

1. Les SSIAD

1.1 Cadre législatif

En France, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) font partie des établissements et services sociaux et médico sociaux (ESMS). Ils sont organisés et fonctionnent conformément aux principaux textes législatifs et réglementaires suivants :

- Le **décret n°81-448 du 08mai 1981**, fixant les conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées ;
- La **loi 2002-2 du 2 janvier 2002**, réformant la loi du 30 juin 1975 relatives aux établissements et services du secteur de l'action sociale ;
- Le **décret 2004-613 du 25juin 2004**, relative aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile ;
- La **circulaire du 28 février 2005**, relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des SSIAD.

La fonction de l'IDEC est régie par les mêmes textes.

1.2 Leurs missions

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont un maillon essentiel du maintien des personnes qui ont fait le choix de rester à leur domicile.

Ils permettent d'assurer au domicile, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène corporelle auprès de personnes malades ou dépendantes de plus de 60 ans et/ou d'adultes handicapés de moins de 60ans et/ou de personnes en soins palliatifs.

Les prises en charge ont pour but d'éviter l'hospitalisation, faciliter le retour au domicile après une hospitalisation, prévenir ou retarder un placement en institution et d'accompagner les personnes en fin de vie.

L'intervention des SSIAD a également pour objectif d'apporter un réel soutien aux proches aidants.

1.3 Leur fonctionnement

Les soins sont entièrement pris en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. L'allocation et le contrôle des financements dépendent des Agences Régionales de Santé (ARS).

Les frais relatifs aux soins prodigués sont pris en charge dans le cadre d'une dotation globale de soins. Celle-ci tient compte de la rémunération des salariés du service et des personnels libéraux le

cas échéant, des frais de déplacement, des charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical, des autres frais généraux du service (locaux, charges, etc.).

Les services de soins infirmiers à domicile interviennent sur prescription médicale. Les soins sont assurés sept jours sur sept. Le nombre de passages et le contenu des interventions sont définis par l'IDEC selon les besoins de chacun et traduits en un projet de soins individualisé.

Les horaires des SSIAD diffèrent d'une structure à une autre. Toutes ont des tournées le matin pour répondre aux besoins des patients. Certaines structures ont des tournées l'après-midi (journée continue), d'autres le soir (horaires en coupure). Dans l'objectif de développer les soins à domicile pour pallier aux demandes, il y a eu la création de SSIAD renforcés, et de SSIAD de nuit.

Depuis juin 2018, les SSIAD et HAD ont la possibilité d'intervenir au domicile d'un même patient lorsqu'une convention est signée au préalable entre les différentes structures.

Lors de la prise en charge, l'IDEC doit remettre au patient les documents suivants :

- Un règlement de fonctionnement ;
- Un document ou un contrat individuel de prise en charge ;
- Un document permettant de désigner une personne de confiance ;
- La Charte des droits et liberté de la personne accueillie ;
- Un livret d'accueil.

Le patient doit remettre à l'IDEC lors de la prise en charge :

- Une attestation d'affiliation à la Sécurité Sociale ;
- Une ordonnance de prise en charge ;
- Les documents de prise en charge signés (document individuel de prise en charge (DIPC), personne de confiance).

2. Les particularités du travail à domicile

2095, c'est le nombre de Services de Soins Infirmiers à Domicile et Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile en France².

L'effectif soignant d'un SSIAD est majoritairement composé d'aides- soignants. Certains SSIAD ont une équipe d'infirmiers, d'autre non. Dans ce cas, ils doivent donc travailler en collaboration avec des infirmiers libéraux en ayant signé au préalable une convention avec eux.

² Drees, n°739, septembre 2010, Dominique Bertrand

2.1 Les différents rôles des soignants

2.1.1 Aides-soignants :

La profession d'aide-soignant est régie par deux arrêtés :

- celui du **22 octobre 2005** (relatif à la formation conduisant au diplôme d'aide-soignant) qui définit un référentiel de formation dans son annexe I ;
- celui du **25 janvier 2005** relatif aux modalités d'organisation de la Validation des Acquis de l'Expérience (V.A.E.) pour l'obtention du diplôme d'Etat d'Aide-Soignant, qui définit un référentiel d'activités dans son annexe IV.

Il a été défini huit activités relatives aux soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation à la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie le bien-être et l'autonomie de la personne :

- Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne ;
- Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé ;
- Aider l'infirmier(e) à la réalisation de soins ;
- Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection du lit ;
- Entretenir des matériels de soins ;
- Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins ;
- Accueillir, informer et accompagner la personne et son entourage ;
- Accueillir et accompagner des stagiaires en formation.

En fonction du lieu d'exercice (établissement ou domicile) certaines de ces activités peuvent se différencier.

Elles sont dispensées dans le cadre du rôle propre de l'infirmier(e) en collaboration avec lui/elle et sous sa responsabilité.

2.2.2 L'infirmier(e) :

La profession est régie par le Code de la Santé Publique, décret du **29 juillet 2004** : auparavant les compétences de l'infirmier(e) étaient définies dans le « décret de compétences » (**décret 93-345 du 15 mars 1993** puis le décret **2002-194 du 11 février 2002**).

Par ailleurs il existe un code de déontologie propre à la profession publié au journal officiel du **27 Novembre 2016**.

L'infirmier(e) exerce sur son rôle propre (article 4311-3 à 4311-5) et sur son rôle sur prescription. L'infirmier(e) (IDE) assure quelquefois des toilettes complètes ou partielles pour la réfection d'un pansement, l'administration de traitement, le remplissage du pilulier ; les injections, la pose de perfusion, le sondage évacuateur, l'extraction manuelle de selles.

Quand la prise en charge le nécessite (mobilisations des patients difficiles, prises en charge complexes physiquement et psychologiquement, difficultés à mettre en place tout le matériel nécessaire), le travail est effectué en binôme : AS/IDE ou AS/AS

En plus des compétences mentionnées par leur diplôme respectif, les aides-soignants et les infirmier(e)s doivent faire preuve d'une grande adaptation et d'une réelle capacité à gérer leurs émotions et ressentis.

2.2.3 L'infirmier(e) coordinateur (trice) :

L'infirmier(e) coordinateur (trice) en SSIAD est un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état, responsable du SSIAD ou faisant partie de l'équipe d'encadrement de l'équipe soignante.

Il exerce sous l'autorité d'un directeur d'établissement, d'un cadre de santé ou encore d'un président d'association, en fonction du statut du SSIAD (public/privé à but lucratif/ privé à but non lucratif) et/ou de son organisation.

Les fonctions de l'IDEC peuvent être réparties en 4 groupes :

- Organisationnelle ;
- Managériale ;
- Partenariale ;
- Responsable de la démarche qualité.

Cette présentation reprend les activités qui sont sous la responsabilité de l'IDEC. Néanmoins, en fonction de l'organisation de sa structure et de la taille de celle-ci, les tâches seront partagées entre le ou les IDECS, la direction et/ou le cadre de santé.

a. Rôle Organisationnel et de Coordination :

L'IDEC est garant de la continuité des soins. Il s'occupe de les organiser et de les planifier. Il gère ainsi quotidiennement le planning des tournées aides-soignantes et infirmier(e)s.

Il visite régulièrement les patients pour assurer un suivi dans la prise en charge.

Il établit avec le patient un document individuel de prise en charge et un plan de soin individualisé avec l'équipe soignante, lesquels s'ajustent aux demandes et aux besoins de la personne. Le plan de soins est réactualisé au minimum tous les ans.

S'il y a lieu, l'IDEC fait parvenir ou s'assure que soit faites les orientations auprès des autres professionnels du SSIAD. (Ergothérapeute, psychologue, psychomotricien, diététicien, assistant social,).

Il s'assure que le matériel en place au domicile est adapté à l'état de dépendance du patient.

L'IDEC est responsable, en lien avec sa hiérarchie, du taux d'occupation du service. Il s'exprime en pourcentage et représente le nombre de places financées par l'Agence Régionale de Santé.

Il participe donc au traitement et à la gestion des demandes de prises en charge ; et par conséquent de la liste d'attente.

C'est pourquoi il gère les mouvements (entrée-sortie-hospitalisation programmée/en urgence-vacances) des patients pris en charge par le SSIAD. Il effectue ainsi des relais pour les patients quittant le service ; et les visites d'évaluation de prise en charge des nouveaux bénéficiaires.

En fonction de l'organisation du service, l'IDEC participe aux astreintes des soirées; week-ends et jours fériés.

L'IDEC est le référent pour les IFSI³ et les IFAS⁴ en ce qui concerne les demandes et l'organisation des stages des élèves aides-soignants ou infirmier(e)s.

Il s'assure du bon déroulement des stages et des évaluations des étudiants.

b. Rôle managérial :

L'IDEC a pour principale mission la gestion de l'équipe soignante du SSIAD. Il doit assurer la qualité des informations transmises à chaque professionnel pour l'accomplissement de ses missions, impulse une dynamique d'équipe, et gère les conflits, il peut être amené à faire des entretiens de recadrage auprès d'un salarié quand cela le nécessite. C'est un manager de proximité, il est amené à piloter le changement et le développement des projets du service. Il doit aussi transmettre et faire appliquer, avec l'appui de sa direction, les orientations stratégiques de l'entreprise.

Il analyse et transmet les informations clefs à sa direction.

Il prévient les risques professionnels en faisant respecter les recommandations de bonnes pratiques.

L'IDEC participe à l'élaboration du planning des salariés, et aux remplacements de ceux-ci.

Il s'assure également de la présence des salariés au quotidien sur le terrain.

Il participe aussi au recrutement de l'équipe soignante, et à l'intégration des nouveaux salariés.

L'IDEC participe à l'évaluation des salariés (évaluation annuelle ainsi que les entretiens professionnels) et repère les besoins de formation de chaque agent.

L'IDEC anime les réunions de transmissions de l'équipe soignante.

c. Rôle partenarial et relationnel :

L'IDEC est la personne référente auprès des patients et de leur entourage, mais aussi auprès de partenaires du territoire.

Il coordonne et maintient le lien entre les différents services et professionnels qui interviennent auprès des bénéficiaires du SSIAD. Par exemple, il organise les soins avec les services d'aides afin

³ Institut de Formation en Soins Infirmiers

⁴ Instituts de Formation pour les Aides-Soignants

que tous les besoins du patient soient couverts, assurant ainsi un maintien à domicile en toute sécurité.

Dans certaines situations l'IDEC planifie et/ou participe aux synthèses organisées pour faire le point avec tous les partenaires intervenants au domicile : tuteurs, bénévoles, responsables de SAD⁵, gestionnaires de cas MAIA⁶, travailleurs sociaux du CCAS⁷, CLIC⁸, APA⁹, MDPH¹⁰.

Il peut aussi être amené à faire des signalements auprès du procureur de la république lorsqu'il y a des suspicions d'abus sur les personnes vulnérables.

Dans son rôle de référent, l'IDEC répond et conseille le patient et son entourage, notamment en les orientant vers les différents partenaires locaux en fonctions de leurs besoins.

d. Rôle de Garant de la démarche qualité :

L'IDEC est garant de la démarche qualité de son établissement.

Il établit les protocoles et procédures du service et les mets à jour en cas de nécessité.

Il participe aux évaluations internes et externes¹¹, à l'écriture du projet de service et au bilan annuel.

Il assure le suivi des actions mises en place suite aux différentes évaluations et bilans. Il est de la responsabilité de l'IDEC de mettre en application avec l'équipe le projet de service.

2.2 Compétences spécifiques requises pour les soignants

Le domicile est le lieu principal de travail du soignant, en cela des risques et des contraintes particulières s'ajoutent à ceux que rencontrent tout soignant, quel que soit le lieu d'exercice.

Travailler en SSIAD nécessite d'avoir des compétences spécifiques :

- Adaptation : le soignant doit adapter ses soins à chaque domicile, mais il doit s'adapter aussi aux conditions de travail particulières comme l'encombrement, la présence d'animaux, l'insalubrité, la surpopulation, etc... ;
- Autonomie : Le soignant se retrouve seul face au patient à contrario d'un établissement où équipe soignante et médecins sont à proximité. Il doit être réactif et alerte. Par exemple, même si les encadrants et les collègues restent joignables, face à une situation d'urgence,

⁵ Service d'Aide à Domicile

⁶ Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

⁷ Centre Communal d'Action Sociale

⁸ Centre Local d'Information et de Coordination

⁹ Allocation Personnalisée d'Autonomie

¹⁰ Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

¹¹ Loi 2 janvier 2002 rénovant l'Action sociale et médico-sociale

la conduite à tenir est de contacter les services d'urgence comme le SAMU¹² ou les pompiers ;

- Gestion des émotions : Le domicile des patients est de fait le lieu de travail des soignants. Ils sont immergés dans l'intimité de leur domicile. La dimension relationnelle devient différente aussi bien pour le soigné que pour le soignant, rendant parfois la prise de recul difficile. A l'hôpital, la blouse permet d'instaurer cette barrière plus facilement. Au-delà de cette relation, les soignants se retrouvent seuls face à la précarité, la détresse physique, et psychologique des patients et/ou aidants. Ils se doivent d'exprimer des émotions positives, taire leurs émotions négatives, et maintenir une distance relationnelle mais le travail à domicile engendre un renforcement des liens interpersonnels.

Les soignants sont exposés à des risques spécifiques liés à l'exercice de leur fonction au domicile.

2.3 Les risques et contraintes liés au travail à domicile

2.3.1 Les risques :

De manière générale, selon l'étude PRESS-NEXT¹³ en France la première cause d'arrêt en maladie ordinaire est liée aux troubles musculo-squelettiques 8,2 % , ensuite les accidents de travail 6,5% , suivis des troubles de santé mentales 2,9%.

Le tableau ci-dessous reprend les risques généraux des soignants quel que soit leur lieu d'exercice mais également les risques spécifiques du domicile.

¹² Service d'Aide Médicale Urgente

¹³ Estryn-Béhar M, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, 2008

RISQUES GENERAUX A TOUT LIEU D'EXERCICE	TROUBLES MUSCULO- SQUELETTIQUES (TMS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobilisations quotidiennes des patients (transferts, mobilisation au lit) ➤ Efforts physiques excessifs ➤ Postures contraignantes (61% d'aides-soignants sont confrontés au port de charges lourdes¹⁴)
	CONTACT AVEC LIQUIDES BIOLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lors des soins IDE : injections, prélèvements, etc. ➤ Lors des soins de nursing
	VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU PSYCHOLOGIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Provenant des patients ➤ Provenant des familles ou proches
RISQUES SPECIFIQUES AU DOMICILE	ACCIDENTS DE LA ROUTE MAJORES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilisation fréquente véhicule entre chaque patient ➤ Majoration du risque d'accident de voiture
	STRESS LIE AU STATIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stationnement difficile, peu de places ➤ Perte de temps pour trouver une place ➤ Retard sur la tournée ➤ Stationnements gênants fréquents (contravention à la charge du soignant) ➤ Pendant le soin le soignant pense au véhicule mal stationné
	AGRESSION PHYSIQUE VANDALISME	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interventions dans des domiciles situés en zones difficiles ➤ Véhicules vandalisés pendant les tournées
	LIES A L'ENVIRONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refus des patients et/ou famille d'adapter les domiciles (mise en place matériel) ➤ Refus de tenir compte des recommandations (retirer tapis, etc.) ➤ Insalubrité, présence de parasites (punaises de lit, cafards, etc.)
	LIES AUX CONTRAITES CLIMATIQUES	<p>Les soignants doivent s'adapter à toutes les conditions climatiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Canicule ➤ Neige ; verglas

¹⁴Direction de l'Animation de la recherche, des Etudes et des Statistiques, enquête summer, 2010

2.3.2 Les contraintes :

Nous venons de mettre en avant les risques spécifiques liés aux soins à domicile, mais les soignants doivent également faire face à certaines contraintes :

ETRE SEUL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le soignant se retrouve seul face au patient ➤ Le téléphone est le seul lien entre collègues pendant les tournées ➤ Savoir être autonome
TRANSMISSIONS EN DOUBLON	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Transmissions au domicile du patient et au sein de la structure ➤ Perte de temps ➤ Pour y pallier certains SSIAD ont mis en place la télégestion (dématérialisation du dossier de soins)
DELAI ENTRE « DONNEE ACTION RESULTAT »	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Action dépend parfois d'une tierce personne (ex : médecin) ➤ A contrario d'un établissement, tous les intervenants ne sont pas présents. ➤ En ville, délai d'attente plus long que dans les établissements (examens médicaux, etc.)
COMMUNICATION ENTRE INTERVENANTS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patients entourés par différents intervenants mais pas de rencontre au domicile ➤ Choix d'un outil adapté pour chacun (téléphone, cahier de liaison, dossier de soins pour les médecins traitants, etc.) ➤ Connaître les horaires de chaque médecin traitant (pour faciliter échange téléphonique) ➤ Echanges téléphoniques difficiles avec les services hospitaliers (Médecins souvent en visite et non disponibles) => Travail en cours par les filières gériatriques pour améliorer lien ville : hôpital notamment avec numéros directs
PENURIE INTERVENANTS A DOMICILE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficultés à trouver médecins traitants qui se déplacent ➤ Difficultés à trouver des kinésithérapeutes, orthophonistes, etc. ➤ Prises en charge deviennent plus complexes ➤ Obligation de trouver des alternatives : SOS Médecin, bons multiples transports pour se rendre aux séances de kiné, etc.
NON REACTIVITE DES PROCHES AIDANTS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manque de médicaments pour la réalisation du semainier ➤ Manque de matériel pour la toilette (savon, crème, etc) ➤ Manque de linge de corps, de lit, de toilette

ACCES DOMICILE DIFFICILE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Refus des patients de remettre leur clef ➤ Duplication de badges d'accès ou certaines clefs onéreuses ➤ Refus de syndics de poser des boîtes à clefs sécurisées dans les parties communes ➤ Pertes de temps pour les soignants (attendre que quelqu'un passe pour accéder à l'immeuble ou sonner chez voisins) ➤ Si un seul jeu de clef disponible, AS et IDE doivent s'organiser pour récupérer les clefs durant leur tournée
RESPONSABILITE DES CLEFS PATIENTS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contraintes pour les soignants (risque de perte) ➤ Assurer une traçabilité rigoureuse ➤ Cadre assurantiel à valider
BINOMES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Difficultés à se retrouver au domicile d'un patient au même moment ➤ Nécessité de coordination entre les soignants ➤ Adaptation en fonction des imprévus
SITUATIONS COMPLEXES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liés à des facteurs sociaux, financiers, isolement, etc ➤ Collaboration étroite avec partenaires de secteurs locaux ➤ Risques d'épuisement psychologique et/ou physique des soignants et IDEC

Nous venons de mettre en avant les risques et les contraintes du travail à domicile. Cela nous mène à l'hypothèse suivante :

Ces spécificités du travail en SSIAD engendrent-elles l'augmentation du taux d'absence et du turn over ? Existe-t-il des leviers, des pistes d'actions pour l'IDEC ?

Les dernières réformes en matière de santé ont profondément changé l'organisation du travail dans le milieu hospitalier et les établissements médico-sociaux. Par exemple en 2004, la réforme de l'assurance maladie a modifié le mode de financement de l'hôpital. Désormais ce financement est lié directement à l'activité de la structure (tarification à l'activité).

Actuellement les établissements hospitaliers ou médicaux sociaux sont autonomes dans leur gestion, mais soumis aux contrôles exercés par les pouvoirs publics (ARS notamment).

Ces changements ont eu pour conséquence une pression accrue sur le budget et sur le taux d'activité et par conséquent sur le personnel. Cela a créé indéniablement une modification des conditions de travail, et donc cela a favorisé une souffrance au travail chez les soignants. L'absentéisme, le turn-over, la difficulté à recruter démontrent un malaise dans ce secteur d'activité.

Après avoir défini le turn over et l'absentéisme nous traiterons des répercussions vis-à-vis des équipes, des patients, de l'infirmier(e) coordinateur (trice) et des SSIAD.

3. Turn over et absentéisme

3.1. Définition du turn over :

C'est la rotation du personnel, mouvement des entrées et des sorties des salariés dans une entreprise sur une période donnée. Il s'exprime en pourcentage.

Cet indicateur est considéré comme faible s'il est inférieur à 5% et élevé s'il est supérieur à 15%¹⁵. Seul le turn-over infirmier a été étudié, le turn over externe est décrit comme un processus par lequel un(e)infirmier(e) quitte son poste dans un établissement ; dans le turn over interne, l'infirmier (ère) change de poste au sein du même établissement¹⁶.

Le turn over peut être volontaire ou involontaire (licenciement ; non renouvellement du contrat¹⁶).

Dans le domaine de la santé, selon la région il est plus ou moins important ; c'est en région parisienne qu'il est le plus conséquent. Cela peut notamment s'expliquer par une offre d'emploi plus importante que dans d'autres régions, donc plus de facilité pour changer d'emploi.

Selon l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en 2011, le taux de rotation du personnel hospitalier calculé à partir de 595 établissements français, est de 10,0%.

Le taux de rotation du personnel non médical est de 9,9% et est légèrement supérieur à celui du personnel médical (9,5%). Le taux de rotation serait plus élevé pour les infirmier(e)s (10,9%) que pour les aides-soignants (7,9%).

Par ailleurs le taux de rotation du personnel soignant au sein des établissements de santé privés est plus élevé que celui des établissements publics, soit respectivement 14,1% et 9,9%.

Comparé à d'autres secteurs de l'économie, le turn over infirmier de manière générale est relativement peu élevé, d'après la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques¹⁷.

La rotation du personnel en SSIAD d'après le rapport du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2016 (ARS) montre un fort taux de rotation quel que soit la taille de la structure. Les SSIAD de la région Ile de France ont un taux au-dessus de la moyenne : il est de 15% tous SSIAD confondus alors que la moyenne est de 10%¹⁸.

¹⁵Les experts RH by GERESCO : Calculer et Analyser Son Taux de Turn Over

¹⁶Loquet J, Nagou G « le turn over du personnel infirmier », novembre 2014

¹⁷Dares analyse n°56, 2012

¹⁸Annexe 1

3.2 L'Absentéisme

L'absentéisme est le fait d'être absent de manière habituelle ou systématique du lieu de travail ou d'études, ou de tout lieu où la présence est obligatoire¹⁹.

L'absentéisme s'évalue par l'étude de la cause, de la répétition et de la durée des absences sur une période donnée.

Les absences en SSIAD peuvent être ponctuelles, dans ce cas il est difficile de les remplacer et la manière d'y pallier est de répartir les soins sur les tournées des soignants présents.

Elles peuvent être aussi plus longues (arrêts longue maladie, maternité, congé parental etc.), dans ce cas, il y a plus de visibilité sur la période d'absence et les remplacements par vacataires ou intérimaires peuvent être mis en place.

Il existe trois régimes de congé maladie dans la fonction publique : Congé Maladie Ordinaire (CMO), Congé de Longue Maladie (CLM), Congé de Longue Durée (CLD).

L'étude sur la qualité de vie au travail et santé des agents²⁰ montre le lien entre les conditions de travail et les absences.

Cette étude s'est appuyée sur trois indicateurs : l'exposition, la fréquence et la gravité pour mesurer les absences pour raison de santé. Le taux d'absentéisme était de 13% en 2017, près de 8 arrêts sur 10 relèvent de la maladie ordinaire.

D'après le rapport du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social 2016 (ARS), le taux d'absentéisme moyen s'élève à 9% ce qui équivaut à 100 038 jours calendaires d'absences cumulées pour le personnel en SSIAD pour l'année 2015.

4. Impact de l'absentéisme et du turn over sur les soignants :

4.1 Charge en soins/risque d'erreur :

Que ce soit les absences ponctuelles, prolongées ou un effectif du personnel restreint, la conséquence reste la même : une surcharge de travail pour le personnel présent. Le personnel soignant voit leur nombre de patients par tournée augmenter, sur un temps de travail qui reste le même. Parfois les tournées perdent de leur cohérence sur un plan géographique, ce qui a pour conséquence des déplacements rallongés entre chaque patient. A cela se rajoute la peur de commettre des erreurs de délivrance qui provoqueraient des accidents iatrogènes.

Selon l'enquête PRESST²¹ sur la satisfaction des soignants au travail, 85,7 % des infirmier(e)s et infirmier(e)s spécialisé(e)s français(es) ont peur de commettre des erreurs et 93% dans l'enquête de la DREES²². Dans ces études, le type d'erreur n'est pas précisé.

¹⁹ Définition issue du Larousse

²⁰ « Qualité de vie au travail et santé des agents », SHAM édition 2018

²¹ Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail.

²² Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques.

Cette charge en soins peut être tolérée si elle reste occasionnelle mais elle peut engendrer d'autres problématiques si elle devient quotidienne et permanente. Lorsque l'absentéisme concerne davantage les aides-soignants, les infirmier(e)s pallient l'absence en prenant en charge des soins de nursing en plus de leurs soins sur prescription.

4.2 Désorganisation du travail / discontinuité des soins :

Les tournées sont définies et réfléchies au préalable par l'IDEC. Les soignants ont une tournée en fonction d'un roulement. Cela leur permet de programmer avec le patient certains soins (capiluve, pédiluve, manucure, etc.) sur la semaine. Mais face à l'absentéisme, l'IDEC réajuste les tournées, ce qui engendre une « désorganisation » par rapport à ce qu'avaient prévu les soignants, soit parce que la charge en soins s'est alourdie, soit tout simplement que les soignants ne sont plus programmés pour aller chez les patients initialement prévus. La continuité des soins est donc interrompue.

Cette « désorganisation » favorise également le manque d'échanges et de transmissions nécessaires avant de se rendre chez un patient.

4.3 Baisse de la qualité de vie au travail :

Encore une fois, lorsque l'augmentation de la charge de travail est temporaire et expliquée à l'équipe, celle-ci peut être tolérée mais lorsqu'elle perdure, c'est la qualité de vie au travail qui est mise à mal. Les soignants sont frustrés, fatigués, énervés. L'équipe est sous tension, il y a moins de tolérance et de communication entre collègues. Les transmissions orales sont « bâclées » par manque de temps, il y a moins de place pour les relations humaines inter-équipes, d'où la dégradation d'ambiance par manque de communication.

L'autre impact sur la qualité de vie au travail, c'est que les demandes personnelles (récupérations, congés) peuvent être refusées par manque d'effectif ce qui engendre une frustration (légitime) de la part des soignants.

L'augmentation de la charge en soins empiète souvent sur la pause-déjeuner des soignants, ne leur permettant pas ainsi de « décompresser ».

4.4 Sentiment de mal faire son travail :

Lorsque que l'on demande aux soignants de prodiguer plus de soins, mais sur une amplitude horaire qui reste la même, c'est au final leur demander de travailler en ayant un regard sur leur montre, le soin devient « chronométré » et il est évident que le relationnel perd de sa place dans le soin. Cela induit le risque d'un sentiment de mal faire son travail ou tout du moins de ne pas le faire comme on le souhaite. Cela induit donc de la frustration

4.5 Le burn out :

Plusieurs définitions sont données au burn out :

- Selon le psychiatre et psychothérapeute Herbert J. Freudenberger²³ « *un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés* ».
- Pour Christina Maslach²⁴, chercheuse en psychologie sociale : « *un syndrome d'épuisement émotionnel de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* ».

En fait les individus sont dans l'incapacité psychologique d'assumer les exigences ou les contraintes de leur poste de travail.

Le burn out, ou l'épuisement professionnel, est la dernière étape d'un processus graduel et insidieux qui diminue les capacités personnelles de l'individu à s'adapter à son environnement professionnel. Il est une réponse à l'exposition chronique au stress professionnel.

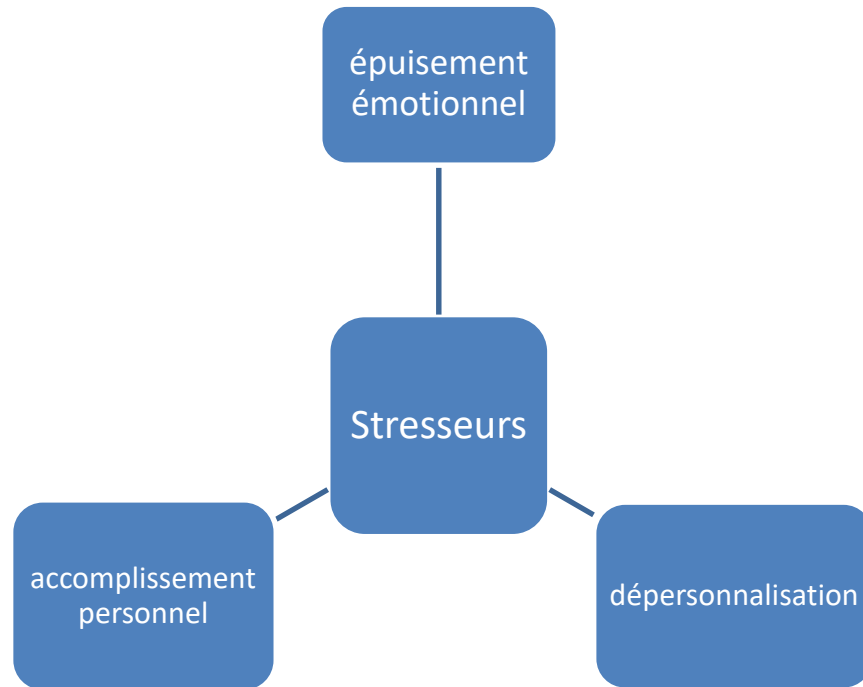
Il se caractérise par 3 critères :

- l'épuisement émotionnel est une fatigue psychologique, un sentiment de vide intérieur ; il se manifestera parfois par une crise de larmes, un retrait social, une intériorisation des émotions, de la colère, de la démotivation, de la frustration...

- la dépersonnalisation, se traduisant par de l'indifférence, voire de l'hostilité envers les patients ou les collègues. La personne n'éprouvera plus d'empathie, négligera les besoins de la personne aidée, se comportera de manière « dure » dans ses gestes et/ou paroles. Ceci peut conduire à de la violence psychologique ou physique et donc à de la maltraitance.

- le sentiment d'incompétence et de dépréciation professionnelle, se manifestant par un sentiment de dévalorisation, d'inefficacité, « une déflation de l'estime de soi ; » de culpabilité etc...

^{25,26} www.résilience-psy.com, JOSSE E, « Le burn in et le burn out », 2008



De plus, les nouvelles contraintes des établissements de santé données par les financeurs et les pouvoirs publics se résument par une demande d'efficacité grandissante ; une meilleure efficacité tout en diminuant les moyens. Cela a pour conséquence directe la dégradation des conditions de travail. Ces dernières sont la cause d'une insatisfaction grandissante chez les soignants pouvant même aboutir à un désaveu et un désir d'abandon de la profession.

5. Impact de l'absentéisme et du turn over sur les patients :

Les patients subissent également cet absentéisme et ce turn over, ils se plaignent que le personnel change tous les jours, les heures de passages sont trop tardives.

Leur mécontentement va se manifester soit directement à travers les soignants (ce qui augmente leur propre frustration), soit en appelant directement la structure (bien souvent l'IDEC) ou bien à travers les questionnaires de satisfaction.

Pour certains, l'IDEC est amené(e) à annuler des passages, dans ce cas, ce sont les proches aidants ou les aides à domicile qui prennent le relais.

Il arrive aussi que les patients eux même ou leur famille annulent le passage car ils le jugent trop tardif.

Au-delà de provoquer un mécontentement, cela peut avoir des conséquences plus lourdes pour certains patients, par exemple ceux atteints de troubles cognitifs nécessitant une stabilité dans les soignants afin de pouvoir nouer une relation de confiance. Le fait que le personnel change tous les jours peut provoquer chez eux une agressivité et/ou une opposition aux soins.

6. Impact de l'absentéisme et du turn over sur les SSIAD

Tout d'abord l'impact va être financier car pour pallier les absences et le manque de personnel, il va falloir avoir recours aux vacataires et parfois même aux intérimaires. Cela impacte donc le budget du service car un intérimaire « coûte » en moyenne deux fois et demie le prix d'un vacataire, lui-même coutant 20% de plus qu'un CDI.

La difficulté à recruter du personnel soignant est une donnée non négligeable de nos jours que ce soit à domicile, en EHPAD²⁵ ou en structures hospitalières.

Beaucoup de directeurs ont du mal à recruter, à pourvoir des postes en contrat à durée indéterminée. Selon l'enquête Besoins en main d'œuvre de 2018²⁶, la profession d'aide-soignant est la 4ème profession la plus recherchée alors que les inscriptions en institut de formation d'aide-soignant sont en baisse.

Selon une étude du Conseil d'Analyse Économique²⁷, 44% des EHPAD, ont des difficultés à recruter. La difficulté à recruter est présente toute l'année mais majorée en période de vacances.

Donc les services des ressources humaines font appel à des agences d'intérim mais là aussi la tâche n'est pas aisée.

Quelles peuvent être les raisons de cette pénurie de personnel ?

Tout d'abord le secteur des personnes âgées n'est pas le plus attractif, pour certains travailler auprès de cette population est synonyme d'un manque de compétences ; « *le jeune diplômé est convaincu que seuls les mauvais viennent travailler pour les vieux* »²⁹.

Selon le livre de santé et satisfaction²⁸, les raisons qui peuvent expliquer cette pénurie dans ce secteur sont :

- Les mauvaises conditions de travail ;
- Pas de perspectives d'évolution ;
- Faible revalorisation des salaires ;
- Le manque de dialogue social (manque de communication) ;
- La pénibilité du travail, tâches répétitives ;
- Le manque de reconnaissance et d'équité.

Ensuite, il va y avoir un impact sur l'activité du service car une équipe en sous-effectif, va entraîner une diminution de nouvelles PEC ce qui va avoir un impact sur le taux d'occupation.

Une fois par an, l'activité du service sera présentée à l'ARS (Agence Régionale de Santé) via le rapport d'activité. Si le taux d'occupation n'a pas été réalisé, il faudra en justifier les raisons.

²⁵ Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

²⁶ Enquête réalisée par Pole Emploi en 2018

²⁹ BEGUIN F « Les EHPAD face à la pénurie d'aide-soignant », 12 mai 2018

²⁸ ESTRYN-BEHA M, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Janvier 2008

Et enfin, ces absences et ce turn over peuvent nuire à la réputation d'un service. Des patients mécontents de la qualité des soins peuvent véhiculer une mauvaise image de la structure.

7. Impact sur l'infirmier(e) coordinateur (trice) :

L'IDEC subit cet absentéisme et ce turn over à différents niveaux, l'IDEC doit :

- Faire face aux mécontentements de l'équipe, à sa frustration ;
- Faire face au mécontentement des patients et /ou de leur famille ;
- Faire et refaire les tournées : la gestion des plannings des tournées est l'une des missions principales de l'IDEC, mais au vue de l'instabilité de l'effectif, c'est une tâche qui devient de plus en plus chronophage ;
- Assurer les remplacements : contacter les vacataires, modifier les repos des soignants afin de rééquilibrer l'effectif. Ce qui représente un facteur important de stress et d'insatisfaction ;
- Recruter de nouveaux salariés (en fonction du lieu d'exercice) ;
- Assurer des soins, afin de pallier le manque d'aides-soignants et/ou d'infirmier(e)s ;
- Maintenir l'activité du service devient difficile pour l'IDEC si l'effectif soignant n'est pas stable ;
- Manque de disponibilité pour les soignants : entre la gestion des plannings, les nouvelles PEC, les réunions, etc., du temps manque pour se consacrer à l'équipe ;
- Epuisement psychologique et physique : au vu des conditions générales d'exercice décrites précédemment, le risque de burn out chez les IDEC apparaît élevé. La pression est importante car il faut à la fois satisfaire le patient, l'équipe, la direction mais les moyens ne sont pas toujours là pour trouver cet équilibre.

II – METHODOLOGIE

1) L’outil

Nous avons choisi pour notre enquête d’effectuer des entretiens : neuf au total de type directif, avec un guide d’entretien. Nous avons élaboré deux guides d’entretiens (annexe 2 et 3), un destiné aux aides-soignants et infirmier(e)s et l’autre destiné aux IDEC ou directeur (trice) de SSIAD.

Nous avons fait ce choix afin de favoriser l’échange et avoir une analyse qualitative.

2) Le déroulement de l’enquête

Les demandes d’entretiens ont été faites oralement. Un temps a été estimé au préalable afin de permettre aux personnes interrogées de planifier les entretiens dans leur emploi du temps.

Ils ont tous eu lieu dans de bonnes conditions (pas de parasites). Nous avons dans un premier temps expliqué le but de nos entretiens et le sujet du mémoire. Nous avons précisé que l’entretien restait anonyme afin qu’il n’y ait pas de frein dans les échanges. Tous ont accepté qu’ils soient enregistrés. Une fois réalisés, nous les avons retranscrits dans une grille d’analyse à double entrée : en abscisse, la fonction des neuf personnes interrogées, en ordonnée, les différents thèmes évoqués.

Les entretiens ont été réalisés auprès de cinq aides-soignants, deux infirmier(e)s, une infirmière coordinatrice et une directrice de SSIAD. Nous avons décidé de faire plus d’entretiens auprès des aides-soignants car ils représentent une masse salariale plus importante.

Ils ont été réalisés dans quatre différentes structures, une sur Paris et trois en région parisienne :

- Un SSIAD associatif à but non lucratif (n°1) disposant de 69 places personnes âgées et 30 places pour personnes porteuse d’un handicap. Ce SSIAD met à disposition 9 véhicules pour les tournées des soignants ;
- Un SSIAD faisant partie d’une fondation à but non lucratif (n°2), disposant de 110 places pour personnes âgées et 10 places pour personnes porteuses d’un handicap. Sur cette structure, les tournées se font à pied ou en utilisant les moyens de transports. Cette fondation se situe sur Paris ;
- Un SPASAD public (n° 3) appartenant à un CCAS (Fonction publique territoriale) en phase d’expérimentation de SSIAD renforcé. Il dispose de 115 places personnes âgées et 10 places pour personnes atteintes d’un handicap et 20 places supplémentaires pour le SSIAD renforcé. La structure dispose de véhicules de service;
- Un SSIAD associatif (n°4), disposant de 70 places pour personnes âgées et 5 places pour personnes porteuse d’un handicap.

III – ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

Voici un tableau représentatif des entretiens effectués :

Numéro structure	Fonction	Sexe	Age	Année diplôme	Ancienneté structure
N°1	AS 1	F	54 ans	2008	5mois
N°3	AS 2	F	53 ans	2001	4ans
N°3	AS 3	F	48 ans	2012	4 ans
N°2	AS 4	F	37 ans	2010	7ans
N°2	AS 5	F	45 ans	2003	Vacataire
N°2	IDE 1	F	24 ans	2016	1 an
N°1	IDE 2	H	44 ans	AS : 2002 IDE : 2005	5ans
N°4	IDEC	F	33ans	2007	4ans
N°1	DIRECTRICE	F	40 Ans	Plus de 20ans	7ans (dont 6ans en tant qu'IDEC et 1 an en tant que directrice)

F : Femme ; H : Homme

Nous allons analyser les entretiens en abordant les différents thèmes de notre grille d'analyse.

1. Recrutement et perspectives d'avenir :

Du point de vue des soignants :

Quatre des personnes interrogées ont répondu à une annonce ; et trois ont candidatées de manière spontanée.

Les motivations et le choix de travailler en SSIAD sont assez différents : un pour les horaires, un pour l'autonomie, un pour la localisation géographique, deux pour l'évolution professionnelle, un pour quitter l'hôpital, un non renseigné.

Le type de contrat demandé est très souvent le CDI le type de contrat pour la stabilité qu'il apporte.
« A mon âge je ne me vois pas faire de CDD » (AS.1)

L'AS 5 explique quant à elle ne pas vouloir s'engager dans un CDI car elle ne peut travailler un week-end sur deux.

En ce qui concerne les perspectives d'avenir les réponses sont très variées ; on remarquera alors que ce sont majoritairement des raisons personnelles qui sont évoquées.

Sur les cinq AS, deux disent vouloir rester en SSIAD. L'AS1 veut y finir sa carrière car le rythme en SSIAD lui convient et qu'elle peut transmettre son savoir-faire. Et l'AS 5 désire rester en SSIAD aussi car le rythme lui convient avec ses enfants.

L'AS 2 veut quitter sa structure et même peut-être le métier d'aide-soignant "*je veux donner un sens à mon travail*" tout en restant dans le secteur de la personne âgée.

L'AS 3 se dit "frustrée" par son métier, et dit qu'à moyen terme elle va changer d'orientation professionnelle, sans préciser le secteur dans lequel elle voudrait se tourner.

L'AS 4 désire aussi à moyen terme changer de métier "*J'aimerais reprendre mes études dans le social je pense, faire un BTS*".

L'IDE 1 souhaite poursuivre ses études en faisant un master de recherche en éthique, et à long terme, elle pense à la coordination.

L'IDE 2 n'a quant à lui « pas de plan de carrière », il change de travail en fonction des opportunités.

De point de vue de l'encadrement :

Le recrutement se déroule de la même manière dans les deux structures, d'abord le tri des CV et des lettres de motivation, puis un premier contact téléphonique. En découlera ou non un rendez-vous pour un entretien.

Dans une des structures c'est la directrice qui reçoit les candidats dans un premier temps puis dans les postulants s'entretiennent avec l'une des IDEC. Si l'entretien est concluant la personne est embauchée à l'essai pour une période d'un mois.

Le recrutement prend énormément de temps. La directrice et l'IDEC verbalise qu'il à des périodes où elles ne sont concentrées que sur du recrutement (les périodes de vacances, fin d'année, les démissions et les abandons de poste). La directrice ajoute qu'il y a aussi beaucoup de personnes appelées pour des entretiens de recrutement qui ne rappellent pas ou ne se présentent pas au RDV convenu.

Malgré tout, les recrutements ne se font pas par défaut.

Malgré leur coût, il est parfois nécessaire de faire appel à un cabinet de recrutement ou d'une agence d'intérim afin d'alléger le travail mais les expériences vécues pour l'une des structures n'ont pas été concluantes. De plus, les agences d'intérim n'assurent pas toujours la présence de la même personne sur plusieurs jours « *moi je ne veux pas qu'il y ait un AS ou un IDE qui vienne le lundi et le mardi et un autre qui vienne le mercredi et le jeudi et puis personne le vendredi. Ce n'est pas constructif, ni qualitatif. Ce n'est pas ce que l'on recherche dans la structure. Est-ce qu'il faudra venir à ça à terme ?* » (Directrice)

L'IDEC explique avoir un « réservoir » de vacataires.

Toutes les structures accueillent des stagiaires, quand ils donnent satisfaction, des postes leur sont proposés soit en CDD soit en CDI ou en vacation. Les recrutements réalisés ainsi sont satisfaisants.

L'encadrement des stagiaires est donc important, d'ailleurs deux soignants ont eu le désir de travailler en SSIAD suite à un stage pendant leur formation « *c'est grâce à un stage que j'ai connu le SSIAD parce que sinon on nous en parle pas trop en formation* » (AS 1) ; « *quand j'étais étudiant aide-soignant j'avais fait un stage à domicile, ça m'avait plu et un jour je m'étais dit que j'aimerais y retourner* » (IDE 2).

2. Intégration :

Du point de vue des soignants

En fonction des structures, et de la période où ils ont été recrutés, de leur profil, les soignants interrogés ont des modalités d'intégration qui diffèrent.

Un des AS a été doublé seulement un jour, avec une aide-soignante « *référent intégration* ». Quatre AS ont été accompagnés entre deux et trois jours.

Un autre pendant une semaine, et une IDE pendant la prise en charge d'un seul patient « *j'ai été doublée sur le 1er patient et j'ai continué seule sur le reste de ma tournée ; j'étais surprise qu'on me double sur un patient. J'étais habituée à être livrée à moi-même en tant qu'intérimaire.* » (IDE.1)

Cinq sur sept soignants interrogés participent à l'intégration de nouveaux collègues. C'est une démarche personnelle, non imposée par les encadrants.

L'AS 2 souligne qu'il arrive qu'il n'y ait aucun accueil de la part de l'encadrement et que certains se trouvent livrés à eux même.

S'agissant de l'existence d'une procédure ? Six sur sept soignants répondent que non. Un seul soignant évoque la présence d'une procédure d'intégration dans sa structure. Sans procédure cela signifie que l'intégration est dépendante du soignant référent. L'absence de cadre peut engendrer des oublis et des manquements.

Dans la structure de l'AS 4, deux aides-soignants ont été désignés comme référents intégration du SSIAD.

Les améliorations suggérées sont : la mise en place de tuteurs sur plusieurs jours, une semaine au minimum d'accompagnement, « *une check-list avec tout ce qu'il y a à expliquer : plan de soins, transmissions, clefs, traitement etc. ...Au début ça servirait bien* » (IDE1).

Dans le suivi des accompagnements, les retours sont généralement effectués auprès des encadrants et les remarques émises sont prises en compte et des réajustements se font si besoin.

Du point de vue de l'encadrement :

Même s'il n'y a pas de procédure écrite, il y a rituels lors de l'arrivée d'un nouveau soignant notamment la présentation du service/ association : son fonctionnement, le règlement intérieur, le projet de service, les locaux, l'équipe, remise d'un livret d'accueil, documents attachés à la prise de poste. La directrice a une posture bienveillante « *Personnalisation par un petit mot de bienvenue et la disponibilité de l'équipe pour toutes questions* ».

Majoritairement l'intégration se fait sur deux jours en doublon avec des personnes qui connaissent le fonctionnement. « *Si c'est possible de faire plus on fait plus* » (Directrice).

Dans une structure l'IDEC suit chaque personne qui a signé un CDI, sur sa période d'essai avant la fin du premier mois elle la suit lors d'une tournée de soins pour l'évaluer. Elle utilise une grille préexistante et note ce qu'elle a constaté et la retransmet à la directrice. Cette dernière reçoit le salarié avant la fin de ce premier mois pour faire un bilan.

Dans un autre SSIAD l'IDEC reçoit le nouvel intégré parfois à une semaine de l'embauche, puis à 1 mois pour faire le point.

Même s'il n'y a pas de procédure écrite dans ces structures la démarche est commune : bien accueillir, mise en doublon, évaluation, tout cela s'inscrit dans une démarche de bienveillance.

Les améliorations à apporter pour assurer une meilleure intégration, seraient la mise en doublon une semaine au minimum.

3. Rotation du personnel :

Le ressenti des professionnels :

Hormis l'IDEC et l'AS 2 chaque professionnel a exprimé le constat d'un turn over important. Les deux IDE, précisent qu'il est plus important au niveau des aides-soignants.

La directrice explique cela par le fait qu'il y a « *un volume plus important d'équivalent temps plein d'AS donc de facto on a des chiffres plus importants de turn over au niveau des AS* ».

De manière plus globale, la directrice a analysé les chiffres entre 2016 et 2017 et constate : « *on voit nettement un turn over important* ».

Si nous revenons au ressenti de l'AS2 et de l'IDEC, elles ne constatent pas un turn over anormalement élevé, l'IDEC précise même que le turn over est un phénomène normal.

Leurs idées sur les raisons de cette rotation ?

Trois principales raisons ont été exprimées :

- Les conditions de travail :

Quatre *professionnels* ont mis en avant la pénibilité du travail à domicile, notamment liée à la marche, parfois les distances entre chaque domicile sont longues, ce qui engendre une fatigue supplémentaire : « *mal au dos, aux pieds, il y en a c'était l'épuisement aussi car il y a trop de marche pour eux* » (IDE1). La baisse de la qualité du travail est également exprimée, ainsi que le manque de moyens « *on a pas ce qu'il faut* » IDE1

La charge en soins importante et la dureté du travail sont également évoquées « la dureté, la fatigue, trop de patients » (AS3).

- Le salaire :

Deux AS pensent que cette rotation élevée du personnel est liée aux faibles salaires des aides-soignants : « *il ne faut pas se voiler la face, les gens ne restent pas c'est à cause du salaire tout simplement* », le terme de « *salaires précaires* » est même utilisé par l'AS4.

L'AS 2 suppose que la stabilité de la rotation dans son service est en lien avec le fait que « *la plupart sont des fonctionnaires ?* », sous-entend-elle que le salaire est plus élevé ou bien est-ce lié au statut qui sécurise l'emploi ?

L'IDE 1 évoque que plusieurs AS ont des « *doubles emplois* », ce qui majore la fatigue et l'épuisement.

- Typologie des soignants :

Deux professionnels mettent en avant l'évolution de la typologie des soignants. L'AS 4 pense que « *les gens aiment bien bouger* », et la directrice parle même d'un public consommateur « *qui prend ce qu'il a à prendre dans une structure qui vient chercher ce qu'il veut chercher* ».

La notion d'abandon de poste est également abordée par une directrice qui constate même que cela n'existait pas avant : « *dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas ou un axe d'amélioration qui lui est dit on est tout de suite dans une réaction exacerbée, voire jusqu'à quitter son poste* » « *ils passent, ils prennent, ça leur va tant mieux, ça ne leur va pas ciao...* ».

4. Absentéisme

Le constat des professionnels :

Sur les neuf professionnels interrogés, huit ont fait le constat que l'absentéisme dans leur structure existait. De manière générale l'absentéisme est perçu comme fréquent et régulier voir plusieurs fois par semaine.

L'IDEC ne constate pas d'absentéisme dans le SSIAD où elle exerce et l'explique par la présence d'une bonne cohésion d'équipe.

L'absentéisme plus important chez les aides-soignants a été exprimé par les deux IDE.

La directrice soulève que les absences sont souvent liées à des « *situations personnelles qui sont de plus en plus compliquées et que la disponibilité pour le professionnel passe un peu après* ».

Les conséquences selon les professionnels :

Les principales conséquences verbalisées sont :

- La surcharge de travail :

Quatre soignants expriment que l'absentéisme engendre une surcharge de travail. Le terme est même employé par deux d'entre eux.

L'AS3 précise également qu'on leur demande de « *pallier les manques du matin et du soir* ».

- Baisse de la qualité des soins :

Deux soignants disent que cela a un impact sur la qualité des soins : « *ça rejaillit sur la qualité des soins* » (IDE 1) ; « *on ne va pas se voiler la face, quand on nous rajoute une personne on va essayer de diminuer ou faire plus vite chez une autre* » (AS1).

- Baisse de la qualité de vie au travail :

Elle est exprimée par l'AS1 à travers les pauses déjeuners raccourcie « *tout le monde veut être là pour 12H30 pour manger* » (AS1), mais aussi à travers l'ambiance de l'équipe, les termes suivants ont été employés : « *nervosité* » ; « *mauvaise ambiance* » ; « *stress* », « *tension* ».

- L'impact sur les patients :

Trois professionnels ont exprimé l'impact de l'absentéisme sur les patients « *les patients ont des personnes différentes et aussi les heures de passages sont chamboulées* » (AS4) ; « *Ah bah évidemment les patients c'est eux qui en pâtissent, [...] ça a encore changé de personne* » (IDE 2) ;

« On est obligé de sélectionner les patients chez qui le passage des soignants est impératif ce jour-là, cela veut dire annulation [...] notre professionnalisme et notre image sont remis en question » (IDEC).

Piste de réflexion des soignants pour y pallier ?

Seulement trois professionnels ont évoqué des idées afin d'y pallier :

- Le salaire pour L'IDE 2 : Il va mettre en avant la revalorisation des salaires des aides-soignants « *forcément la personne serait mieux reconnue en tant que personne [...] elle ne prendrait pas son métier de la même façon et les absences seraient moins nombreuses* ».
- La communication pour L'IDEC : échanger avec les salariés souvent absents permettrait selon elle de mettre en avant des problématiques et de pouvoir travailler sur les solutions envisageables, « *je cherche à savoir si c'est en rapport avec le travail ou si cela relève de la sphère privée* ».
- Une réflexion collective pour la directrice : « *il faut trouver des ressources externes si elles n'existent pas en interne, pour avoir l'ambition de travailler sur cette question et d'essayer de fidéliser les équipes* ».

5. Formation du personnel :

Lors de l'élaboration de notre guide d'entretien, il était important pour nous d'interroger les professionnels sur leur ressenti par rapport aux formations proposées par leur structure, aussi bien sur le plan quantitatif, que qualitatif et leurs attentes.

Sur le plan quantitatif

Quelles soient internes ou externes toutes les structures proposent des formations à leurs équipes. Pour la majorité des professionnels, les formations semblent suffisantes. Seule une aide-soignante (AS4) estime que les formations ne sont pas suffisantes malgré des demandes individuelles faites en entretien annuel. Une autre aide-soignante n'y a pas accès du fait de son statut de vacataire.

Sur le plan qualitatif :

Deux professionnels mettent en avant la notion de formations « imposées » : « *on nous impose des formations [...] je n'ai pas le choix de formations contrairement à ce que l'on m'avait dit à mon arrivée* » (AS2) ; « *beaucoup nous sont imposées, c'est ça mon problème* » (AS3).

Cette notion est exprimée par l'IDEC, elle dit donner « son » avis sur la liste de formation qui est proposée par la structure mais l'avis de l'équipe n'est pas évoqué.

Comme l'exprime l'AS3 l'intérêt n'y est plus lorsque c'est imposé.

L'AS2 exprime le fait d'avoir demandé des formations mais qui lui ont été refusées par manque de budget et d'effectif.

L'IDE2 exprime aussi la notion de déjà-vu.

Deux soignants mettent en avant l'importance des formations « *ça permet de se remettre en question, d'échanger de débattre avec les autres professionnels* » (AS4) ou bien l'IDE1 « *ça nous booste, c'est encourageant et stimulant !* »

Leurs attentes :

Trois professionnels ont suggéré lors des entretiens certaines pistes de réflexion ou d'amélioration :

- Pour l'AS1 : Le travail sur la prise de recul sur le soin afin d'avoir une vision globale de la prise en charge du patient.
- Pour l'AS 3 ; Il s'agirait de refaire le point tous les deux ans sur l'évolution du métier ; la gestion du stress par rapport aux conditions de travail, des formations personnalisées par rapport aux conditions de travail.
- Pour l'IDE2 : Il évoque le fait que certaines formations devraient être plus axées pour les collègues AS et plus pour les IDE.

Dans différents entretiens, la notion « d'ergonomie » revient souvent. Il en ressort, que le fait d'avoir un(e) ergothérapeute au sein de l'équipe d'un SSIAD est une vraie valeur ajoutée. L'équipe se sent soutenue par des visites conjointes au domicile lors d'une difficulté ou par la mise en place de formations internes ; « *on a essayé de mettre en place des formations en interne avec l'ergothérapeute [...] et je me rends compte que l'engouement il est réel* » (Directrice).

6. Condition du travail :

Du point de vue des soignants :

Sur les sept soignants interrogés, cinq considèrent que leurs conditions de travail en SSIAD leur conviennent pour les raisons suivantes :

- Les avantages du domicile :
 - Ne pas être enfermé dans un service : « *je n'aime pas être enfermé* » AS5.
 - Pouvoir faire une coupure sur le chemin entre deux patients : « *entre deux patients ça te permet de décompresser* » (AS5).
 - La place du relationnel dans le soin : « *au SSIAD j'aime beaucoup le relationnel qu'on développe avec les patients et leur entourage* ».
 - Le temps pour faire les soins : « *au domicile on a le temps de bien faire les soins* ».

- Autonomie : « *en structure on n'a pas d'autonomie ce n'est pas intéressant pour les aides-soignants* » (AS4)

Il est d'ailleurs intéressant d'observer que deux soignants font la comparaison entre les SSIAD et les établissements « *je savais que tout ce qui est structure ne me plaisait pas (hôpital, EHPAD, MAS)* » (AS4) ; « *le travail n'est pas bâclé comme en EHPAD ou à l'hôpital* » (AS5).

- L'écoute et le soutien :

Trois soignants verbalisent le fait d'être entendus et écoutés par les encadrants.

- La réactivité des encadrants :

Deux soignants sont satisfaits de la réactivité des encadrants face à leurs problématiques.

- Matériel suffisant/adapté :

Deux soignants expriment avoir tout le matériel nécessaire pour avoir de bonnes conditions de travail, notamment l'AS1 qui dit: « *il y a ce qu'il faut, il y a des verticalisateurs, des chaises de douche, [...] il y a ce qu'il faut, avant il y a 10ans il n'y avait pas tout ça* ».

En ce qui concerne les deux soignants qui ne sont pas satisfaits de leurs conditions de travail, les deux principales raisons sont :

- L'absence de soutien, d'écoute et de réactivité.
- Les conditions de travail difficiles :

L'AS2 et l'AS3 expliquent que « *les conditions se dégradent, la prise en charge des patients, au niveau matériel, émotionnel on est pas dans des conditions optimales* » ; « *on a de plus en plus de personnes isolées, de plus en plus de domicile insalubres [...] on est obligé d'intervenir [...] malgré les conditions lamentables* ».

• Une mauvaise organisation du travail : « *les tournées sont mal faites* » (AS2) ; « *les prises en charges ne sont pas réfléchies* » (AS2).

Du point de vue de l'encadrement :

L'IDEC met en avant le fait que les conditions de travail « *pourraient être meilleures* » et la directrice quant à elle estime que les conditions de travail sont bonnes mais peuvent être améliorées.

Le point commun entre ces deux entretiens est la notion de « *bien-être* » des soignants.

L'IDEC met en avant qu'il y a des efforts à faire pour le confort des soignants au quotidien notamment leur équipement « [...] demander des sacs, des chaussures, un parapluie ou des k-way [...] il y a quand même de la pénibilité quel que soit le temps on doit être là pour assurer les soins [...] l'été avoir une fontaine à eau, en hiver avoir une paire de gants, une prime de vêtements, des tickets restaurants revalorisés ». Elle pense que si cela était mieux pris en compte, la qualité de travail serait meilleure, mais que ces demandes doivent provenir des soignants via leurs délégués du personnel.

La directrice, met plutôt en avant les avantages de ses locaux « je pense qu'ils sont agréables, pour se reposer, il y a une fontaine d'eau fraîche »

Le bien-être se traduit aussi par l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée selon la directrice, les demandes personnelles et les demandes de congés sont presque toutes satisfaites.

La directrice soulève qu'elle a peu de retour de l'équipe concernant leur satisfaction ou leur insatisfaction. Elle pense que c'est lié au fait qu'il n'y ait pas une proximité physique entre le pôle de soins et le pôle administratif. Cela ne favorise pas la cohésion d'équipe.

7. Organisation du travail :

Seul les AS et IDE ont été interrogés sur ce sujet.

Vision de l'organisation du travail :

Deux personnes interrogées n'en sont pas satisfaites. L'AS 2 en parle comme d' « une organisation pour remplir et faire du chiffre » et que celle-ci « ne se rapproche pas de l'humain ». Le reste des personnes interrogées sont plutôt satisfaites de l'organisation du travail dans leur structure.

Quatre soignants verbalisent que l'organisation du travail est satisfaisante

L'AS 1 et l'AS 5 soulignent qu'il peut y avoir des pertes de temps avec les trajets « on perd plus de temps sur le trajet que chez les patients » ; « on perd du temps avec le trajet ».

Rôle de chacun et esprit d'équipe :

L'AS 5 souligne que la bonne organisation est liée à l'encadrement. En parlant de l'ancien SSIAD dans lequel elle travaillait « ça partait dans tous les sens, ça manquait de cadre ».

L'AS 4 dit aussi « le cadre de santé tient bien son rôle et la collaboration avec l'encadrement est bonne »

L'IDE 2 parle de l'importance de « la bonne répartition des tâches ».

L'AS 4 parle de l'importance de se connaître en équipe. Elle explique « et puis par rapport à d'autre SSIAD on se voit souvent en équipe ici. Tous les matins on est au bureau, et le midi on déjeune ensemble les temps pleins, IDE et même l'équipe d'encadrement ».

L'AS 1 parle du manque d'implication de certains dans l'équipe, et qu'il faudrait peut-être responsabiliser un peu plus les personnes ».

L'IDE 1 souligne le fait que l'entraide inter-équipe ; et la bonne communication participe à une bonne organisation du travail. « On s'appelle beaucoup entre collègues si on a un problème » « il y a une bonne communication entre nous ».

L'AS 1 et l'IDE 2 soulèvent l'importance de l'autonomie et de la prise d'initiatives pour travailler en SSIAD « *pas besoin d'avoir des chefs pour nous dire ce qu'il y a à faire* », « *je prends des initiatives sur ma tournée* ».

Participation à l'Organisation du travail :

Plusieurs disent aussi participer à l'organisation du travail, et que leurs IDEC sont à l'écoute de leur proposition et leur font confiance dans la gestion de leur propre organisation de travail.

AS 1 : « *s'il y a incohérence sur le trajet elle le transmet à l'IDEC* ».

L'AS 3 dit participer à l'organisation des tournées lors des réunions de secteurs « *L'IDEC y participe et fait attention est à l'écoute* ».

L'AS 4 dit être « référent tournées ». Elle participe à la construction des tournées chaque semaine en lien avec l'IDEC, et évalue les tournées auprès des aides-soignants et en faisant les tournées en tant que volants.

L'IDE 2 dit que qu'elle ne participe pas « *activement* » à l'organisation des soins, mais que les IDEC « *vont poser des questions sur le temps de soin* ». Elle ajoute que les IDEC lui font confiance « *les IDEC le savent je gère ma tournée* »

Absentéisme cause de désorganisation :

L'IDE 2 dit que « *ce qui pose problème c'est la désorganisation* » liée à l'absentéisme. Et que cette absentéisme entraîne une surcharge de travail donc un stress. « *Cette angoisse c'est quasiment quotidien* ». Elle ajoute « *c'est bien beau de réorganiser les tournées mais s'il y a de nouveau des absences fréquentes on revient à la même problématique* ».

L'AS 4 souligne l'importance d'avoir dans son SSIAD « un bon pool de vacataire » pour assurer les remplacements et limiter l'absentéisme.

8. Ambiance au travail :

Six personnes expriment avoir une bonne ambiance au travail.

Causes mauvaise ambiance :

Plusieurs soulignent que l'ambiance au travail est liée à la charge de travail, à l'absentéisme et l'organisation qui en découle. AS 1 « *c'est un peu tendu par rapport aux absences* » ; AS 3 « *on*

nous demande de faire beaucoup avec peu de moyens et peu de personnel » ; AS 4 « Elle est surtout liée à la charge de travail. Dès qu'il y a des absents, ça devient lourd et l'ambiance se dégrade » ; IDE 2 « ce qui provoque des tensions, très souvent c'est la charge de travail (...) parce qu'on n'est pas assez nombreux, parce que l'organisation en découle, ça devient désorganisé même si évidemment les IDEC tendent à réorganiser tout ça ».

La directrice expose aussi que l'ambiance dépend aussi des périodes de l'année. Au moment de l'entretien elle prend l'exemple de la période des vacances d'été. Certaines personnes sont fatiguées, et irritables ayant hâtent de partir en vacances, tandis que celle qui ne partent pas à cette période sont frustrées.

L'AS 4 évoque aussi que parfois des éléments de l'équipe peuvent avoir un effet négatif sur l'ambiance générale. « *Et après parfois dans l'équipe on a eu des gens tout le temps de mauvaise humeur ou très négatifs et cela a beaucoup d'impact sur l'équipe* »

L'IDE 2 soulève que l'ambiance au travail peut être aussi liée à la rigueur de chacun auprès des patients, et que parfois certains font « *le minimum syndical (...) les soins minimums ne sont pas forcément prodigués* ».

Ce qui facilite(ra)it la bonne ambiance :

- Le travail et la cohésion d'équipe « on travaille en collaboration » IDE 1. Il en ressort également la notion de solidarité entre collègues ;
- La communication entre professionnels ;
- La proximité permet de favoriser le lien entre les différents professionnels. L'IDE 2 pense que le manque de proximité les uns envers les autres, ne favorise pas le travail en équipe ;
- Moments de partage en équipe (repas, etc.).

La directrice dit que l'ambiance « *pourrait être améliorée* ». Elle fait un lien direct entre les conditions de travail et l'ambiance qui en découle.

Elle parle aussi de « *développer des petites formations et d'inviter les gens à aller dans des groupes de travail, de penser à autre chose que du soin quotidien* ».

Elle pense qu'elle doit être la « *locomotive* » pour développer de nouvelles choses. Mais qu'il faut réussir à faire participer l'équipe en s'appuyant « *sur des personnes clefs* » qui pourront aider à l'amélioration des conditions de travail, mais « *il faut que ça vienne aussi des personnes* ».

Elle expose aussi avoir organisé un temps pour de la sophrologie et que peu de personnes se sont saisis de l'opportunité, bien que cela ait eu lieu pendant le temps de travail.

Elle rappelle tout de même qu'elle ne pourra pas « *accéder à l'irréalisable* » à cause des contraintes de « *capacités organisationnelles* » et « *des contraintes financières* ».

9. Fidélisation

Toutes les personnes interrogées ont donné leur avis sur les manières de les fidéliser et de fidéliser les équipes.

Liées à l'équipe :

L'AS 1 et L'IDEC parle que la fidélisation passe par l'ambiance de l'équipe. L'IDEC souligne du besoin de cohésion d'équipe.

L'IDE 2 exprime rester à son poste parce *“qu'elle s'y sent bien”*

Plusieurs des personnes interviewées évoquent l'importance de l'accueil d'un nouveau salarié. L'AS 3 dit que si les *« intérimaires ne veulent pas revenir c'est que l'accueil n'y est pas »* ; l'AS 5 souligne qu'elle a été accueilli avec *« gentillesse et professionnalisme »* ; l'IDEC souligne aussi l'importance de l'accueil. La directrice ajoute que l'accueil doit aussi venir de l'équipe encadrante.

L'IDE 1 explique *« que l'encadrement ne peut pas tout »* ; l'AS 3 propose de mettre en place des tuteurs ou référents pour l'accueil.

Liées à l'Encadrement

Beaucoup évoque aussi l'importance de l'écoute de la part de l'équipe d'encadrement. L'AS 2 *« pour retenir les gens il faut plus d'écoute »* ; l'IDEC parle de *« respect, de dialogue (...) de gratitude de reconnaître et dire aux soignants quand ils font des choses positives »*. Elle ajoute qu'il faut *« favoriser les temps informels »*.

L'IDE 2 explique aimer le changement, et que l'organisation du travail dans son SSIAD lui apporte ce changement, et qu'elle aimerait *“s'investir plus mais il y a un manque de temps ”* lié à sa surcharge de travail.

Rémunération :

En ce qui concerne le salaires, 3 des AS l'évoque. L'AS 1 dit que ce qui la ferait partir serait le salaire. L'AS 5 dit vouloir rester où elle est pour ses vacances *« ici on a repris toute mon ancienneté alors mon salaire est intéressant par rapport à d'autres endroits »* ; et l'AS 4 explique que beaucoup de poste au sein de son SSIAD sont *« en temps partiel, niveau salaire c'est pas très élevé. Ça leur fait des salaires très précaires. »*

Autres :

L'AS 1 et l'IDE 2 confient être à proximité de leur domicile, et que cela les aident à rester au poste qu'ils occupent.

La directrice quand on lui pose la question de la fidélisation, fait le lien directement avec la charge de travail en SSIAD et les conditions de travail très différentes de l'hôpital ou de l'EHPAD.

10. Conclusion de l'analyse des entretiens :

Au regard de ces entretiens, on peut voir l'imbrication des conditions de travail, de l'absentéisme, de la qualité des soins et de l'ambiance au travail.

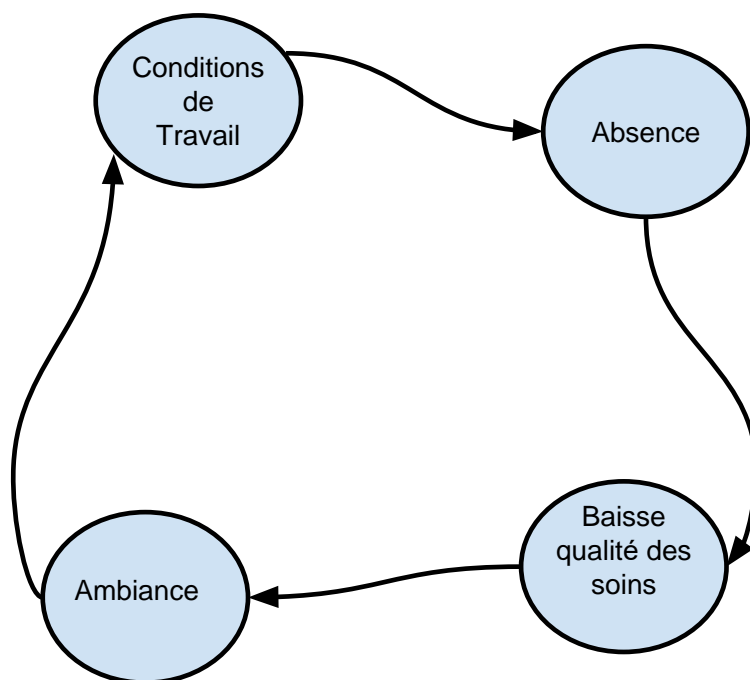
Tout a un lien et le risque est de se retrouver dans une spirale négative.

11. Limites et critiques de la méthode d'enquête :

Notre méthode d'enquête nous a permis d'avoir du contenu de qualité, et des réponses personnalisées. Ces entretiens nous ont permis de repérer quelques constantes et d'émettre des possibles piste et axes de travail sur lesquels l'IDEC à un rôle important à jouer.

Cependant le nombre limité d'entretiens de nous permet de les affirmer complètement. Même si nous avons essayé de varier les profils, il serait intéressant d'étayer le panel de personnes interrogées par profession (notamment en ce qui concerne l'encadrement), par année de diplôme, par année dans la structure, par parcours professionnels, par âge, par sexe...

De plus, nos entretiens ont été fait dans différents SSIAD d'Ile de France et cela n'est pas représentatifs de tous les SSIAD du territoire français.



LA SPIRALE NEGATIVE

Si les conditions de travail sont mauvaises (mauvaise organisation, mauvaise intégration, pas d'écoute de la part de l'encadrement) cela a des répercussions directes sur le taux d'absence de l'équipe des soignants et par conséquent sur la rotation du personnel. Le manque de personnel entraîne une baisse de la qualité des soins (augmentation du nombre de patients à prendre en charge par soignants, temps de soins réduit, temps de trajet augmenté, sentiment de ne pas bien faire son travail) et cela a un impact direct sur l'ambiance au travail. Plus la charge de travail est élevée, moins l'ambiance au travail est agréable. Et l'ambiance au travail est une composante importante aux conditions de travail.

IV PISTES DE TRAVAIL

Suite à l'analyse de nos différents entretiens, nous avons mis en avant quelques actions que l'IDEC peut mettre en place en étroite collaboration avec sa direction.

1. Accueil des nouveaux arrivants :

- Accueil personnalisé : avec un livret d'accueil présentant le service et son fonctionnement, le règlement intérieur, le projet de service ; présenter les locaux, l'équipe. Avertir en amont l'équipe de l'arrivée d'un nouveau soignant. Synchroniser son planning avec celui du tuteur dans un premier temps. Lui préparer le matériel nécessaire pour travailler : tablier, gants, tensiomètre, oxymètre, listing des coordonnées des collègues et patients s'il n'existe pas de télégestion

- Référent intégration : L'idée est de former des soignants à cette fonction afin d'optimiser l'intégration des nouveaux collègues ; assurer un suivi professionnel par le tuteur. Faire un bilan à un ou deux mois. Cette responsabilité peut être valorisée financièrement.

- Créer une procédure d'intégration : Elle permet de l'uniformiser quel que soit la personne référente de l'intégration et permet de poser un cadre.

2. Organisation du travail

- Amélioration des conditions de travail :

- **En prévenant les troubles musculo-squelettiques** : à travers des formations régulières de gestes et postures. Certains SSIAD ont au sein de leur équipe un ergothérapeute, il permet d'assurer des formations internes pour les professionnels, de se déplacer au domicile pour évaluer l'environnement et proposer des appareillages si besoin.

- **En prévenant les troubles psycho-sociaux** : créer et planifier des groupes de paroles, groupes d'analyse de pratique une fois par mois pour permettre aux soignants d'échanger sur leurs pratiques.

- **En proposant des formations** : Il est important de tenir compte des besoins de l'équipe. Pour cela, lors de l'élaboration du plan de formation, il est important de prendre en amont l'avis des soignants.

- **En favorisant un climat détendu** : Instaurer des cours de sophrologie, de gestion du stress, de relaxation et encourager les équipes à s'en saisir.

Créer un coin détente pour les soignants, pour se reposer pendant le temps de coupure.

Parler de la souffrance au travail en équipe.

- **En repérant les signes avant-coureurs de souffrance au travail** : surinvestissement, présentisme, arrêts de travail, absentéisme, accidents de travail, erreurs, oublis... Ne pas hésiter à

recevoir en entretien le salarié concerné afin de discuter du mal être. Cela peut parfois aboutir à la mise en place d'actions.

3. Positionnement de l'IDEC

- **Faire preuve de réactivité** : Tenir compte des difficultés exprimées par les soignants concernant les patients, leurs proches, en rappelant le règlement intérieur. Mais aussi les difficultés entre collègues. Etre bienveillant auprès de son équipe.

- **Favoriser la cohésion d'équipe** : prévoir des temps informels en déjeunant avec l'équipe ou proposer une sortie ludique annuelle, cela permet de resserrer les liens, « de découvrir l'autre ». Faire preuve d'équité dans ses actions ; En cas de conflits, se rendre disponible auprès des soignants en favorisant l'écoute.

- **Autonomiser et responsabiliser les équipes** : les rendre acteurs de leur vie professionnelle, en les incluant dans l'organisation du travail comme par exemple l'élaboration des tournées, mais aussi les faire participer à l'évolution de la structure notamment dans les évaluations internes, externes, etc.

- **Valoriser les soignants** : les responsabiliser en leur attribuant une mission spécifique dans la structure. Exemple, être référent stagiaires, douleur, plaie et cicatrisation, etc. Cela permet de valoriser les compétences spécifiques de chaque soignant.

- **Reconnaitre le travail bien fait** : il est important en tant qu'encadrant de le verbaliser auprès des soignants. Faire preuve d'encouragement, de soutien, repérer les soignants vulnérables et les accompagner si besoin.

4. Gestion RH (Ressources humaines) :

- **Offrir une perspective d'avenir** : elle permet aux soignants d'avoir une perspective à moyen ou long terme. L'évaluation professionnelle est un des moments où l'IDEC à cette opportunité. Elle en fera une restitution à la direction afin d'en évaluer la faisabilité. Par exemple, le financement d'une formation d'ASG29.

- **Evaluer le taux d'absentéisme** : en créant un outil interne permettant de mesurer le taux d'absentéisme. Cet indicateur peut permettre à la structure de faire un bilan régulièrement et de s'interroger lorsque le taux d'absentéisme augmente.

²⁹ Assistant en Soins de Gériatrie

- **Avantages** : miser sur des avantages sociaux comme les tickets restaurants, primes ou chèque. Participations sous forme de primes comme dans les hôpitaux publics pour les chaussures, manteau.

5. S'ouvrir vers l'extérieur :

- **Favoriser la communication externe** : se faire connaître auprès des instituts et écoles de formation, collèges, lycées, professionnels de santé de ville, en région. Utiliser les supports comme les sites web, les réseaux sociaux. Il s'agit d'obtenir une visibilité assez forte.

Proposer une allocation pendant les études d'aide-soignant ou infirmier en échange d'une durée définie dans le futur poste.

- **Promouvoir les soins à domicile** : En école d'aide-soignant ou institut de formation en soins infirmier(e)s, il y a encore une méconnaissance des soins à domicile. Certains élèves arrivent en stage avec des appréhensions. Il serait donc important d'intervenir auprès de ses écoles afin de promouvoir les soins à domicile. N'est-ce pas là le début de la fidélisation ?

L'absentéisme et le turn over ne sont donc pas une fatalité, nous avons vu que certaines actions peuvent être mises en place afin de pouvoir les diminuer. Il y a une notion importante à mettre en avant, c'est qu'en tant qu'encadrant de proximité l'IDEC doit être à l'écoute de son équipe et maintenir la motivation de ceux qui sont « assidûment présents ». **C'est ce que l'on appelle le présentéisme³⁰.**

³⁰ Définition du Larousse

V CONCLUSION

Cette année universitaire et le travail sur ce mémoire nous ont permis de prendre du recul sur notre quotidien professionnel et de nous rendre compte que les problématiques que nous pensions internes à nos structures sont au final des problématiques générales, ne touchant pas uniquement le milieu de la santé.

L'hypothèse émise au départ, était de savoir si les risques et les contraintes spécifiques du domicile engendraient le turn over et l'absentéisme ? Les entretiens que nous avons menés, nous ont permis d'affirmer en grande partie cette hypothèse, nous en avons décliné des pistes de travail pouvant être mise en œuvre dans nos structures.

Néanmoins, il est également ressorti de ces entretiens d'autres facteurs favorisant le turn over et l'absentéisme : La typologie des soignants qui évolue, moins d'intérêt pour le travail, des soignants peu acteurs de leur vie professionnelle ou bien des situations personnelles complexes qui impactent sur le professionnel empêchant ainsi une stabilité. Ces facteurs semblent être de plus en plus présents, mais l'IDEC ne peut pas y faire face seule, cela nécessite une réflexion collective.

L'IDEC est un maillon essentiel dans l'équipe d'un SSIAD, mais il ou elle ne peut pas avancer seul (e). Il est important d'avoir une stabilité et une cohésion dans l'équipe soignante afin de pouvoir atteindre l'objectif principal de tout soignant : « **La bonne prise en soins des patients** ».

VI Résumé

Nous avons fait le choix du sujet de : **l'absentéisme et du turn over en SSIAD**, car c'est un problème auquel nous devons faire face quotidiennement. Nous voulions que ce travail nous permette d'en comprendre les raisons mais surtout de pouvoir en dégager des actions à mettre en place dans nos différentes structures.

Notre problématique de départ était de savoir si les spécificités du domicile étaient responsables de ce taux d'absentéisme et turn over important ? Et s'il existait des leviers pour l'IDEC ?

Nous avons décidé pour notre enquête de réaliser 9 entretiens auprès de professionnels exerçant dans 4 structures différentes. Deux guides d'entretiens ont été fait, dont un dédié au personnel soignant et l'autre aux encadrants.

A la suite de l'analyse de ces entretiens, nous avons pu affirmer en grande partie notre hypothèse car effectivement les risques et contraintes du domicile ont été mis en avant notamment : la pénibilité du travail (beaucoup de marche, environnement peu adaptés à la mise en place de matériel, insalubrité de certains domiciles). Mais d'autres facteurs sont ressortis comme les salaires précaires des aides-soignants notamment, les obligeant pour certains à avoir un double emploi ; le manque de reconnaissance et de valorisation de cette profession. Nous avons vu que certaines actions pouvaient être mises en places par l'IDEC.

Mais il y a également l'évolution de l'intérêt des soignants pour leur profession (peu acteurs de leur vie professionnelle), ou bien la complexité de certaines situations personnelles qui empiètent sur la vie professionnelle. Ces derniers facteurs ne sont pas uniquement du ressort de l'IDEC mais d'une réflexion collégiale entre les structures du domicile et leur tutelle.

Nous avons constaté au travers notre quotidien et l'analyse des entretiens que le taux important d'absentéisme et de turn over nuit au bon fonctionnement d'un service. Cela a un impact sur la qualité des soins auprès des patients, la qualité de vie au travail des soignants, et sur la motivation de ceux qui pallient à ces absences ou ce sous -effectif. L'IDEC a donc un rôle important dans la cohésion d'équipe et doit impulser une dynamique.

Nous parlons d'absentéisme mais n'est-il pas préférable de parler de présentéisme ?

Abstract

We made a choice about our subject: absenteeism and turnover within NHCS³¹. Indeed, it's a recurrent issue which we have to deal with.

Our reflection allows us to understand the reasons but above all, we wanted to identify some actions to implement in our various structures.

Our initial problem was to know if the specificities of the homewere responsible for this absenteeism rate and important turn over? And if there was any other solution for nurse coordinator certified (IDEC in France)?

We decided for our survey to carry out 9 interviews with professionals practicing in 4 different structures: two interview guides were conducted, one dedicated to caregivers and the other for supervisors.

Following the analysis of these interviews, we have been able to assert a large part of our hypothesis.Indeed, the risks and the constraints of the home were highlighted: the hardness of work (a lot of walking, environment poorly adapted to install equipments, insalubrity of some homes). However, other factors have emerged: the precarious wages of health care aides including, forcing some to have a several jobs and the lack of recognition. We saw that some actions could be put in place by the nurse coordinator certified (IDEC).

There are also 2 facts: the evolution of their career interest for each nurse or a complex private situation which impact their job.

These 2 factors above are not only the responsibility for the nurse coordinator certified (IDEC) but it's a common reflection between the home 'structures and their guardianship.

Regarding our daily activities and interviews analysis, we noticed that the high rate of absenteeism and turnover harm the functioning of a department.

It has an impact on the quality of care for patients, the quality of life at work for caregivers and on the motivation for those who deal with these issues (absenteeism, understaffing, turnover...).

Therefore, the nurse coordinator certified (IDEC) has a huge role about a team cohesion so he has to drive a real dynamic.

We talk about absenteeism but don't you think we should talk about presenteeism?

³¹NHCS: Nurses Home Care Services

VII GLOSSAIRE

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant(e)

ASG : Assistant (e) en Soins et Gériatrie

AVS : Assistante de Vie Sociale

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

DIPC : Document Individuel de Prise en Charge

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médicaux Sociaux

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDEC : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordinateur (trice)

IFAS : Instituts de formation pour Aides-soignants

IFSI : Instituts de Formation en Soins Infirmiers

MAIA : Méthode d'Action pour Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MT : Médecin Traitant

SAD : Service d'Aide à Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

TMS : Troubles musculo-squelettiques

VAE : Validation des Acquis et de l'Expérience

VIII BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ESTRIN-BEHAR. M, Santé et Insatisfaction des soignants au travail en France et en Europe, 2008

Maurice Thévenet. La culture d'entreprise, 7^{ème} édition, 2015

REVUES

CHENAL.M et collaborateurs, Etudes qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, DREES, n°134, septembre 2016

Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques, Analyses, n°039, mai 2014

Hygiène et sécurité du travail, n°243, juin 2016

Qualité de vie au travail et santé des agents, SHAM, édition 2018

ARTICLE

LOQUET J., NAGOU G., « le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales », novembre 2014

SITES WEB

JOSSE. E.; Le Burn in, le burn out, www.resilience-psy.com, 2008

Enquête Pôle Emploi : <http://statistiques.pole-emploi.org/bmo/>

AUTRES

ARS: Tableau de bord de la performance dans le secteur medico-social Campagne 2016

IX ANNEXES

ANNEXE 1

Extrait du Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Campagne 2016 des ARS

Tableau de bord de la performance – SSIAD - campagne 2016

4- La rotation du personnel

Définition

Indicateur : Taux de rotation des personnels sur effectifs réels

Mode de calcul :

Numérateur : (nombre de recrutements au cours de l'année + nombre de départs dans l'année)/effectifs réels en nombre de personnes

Dénominateur : 2

Synthèse des réponses des SSIAD par groupe homogène (en %)

	min	q1	médiane	q3	max
1-40 places	0	4	10	14	37
41-80 places	0	5	12.5	25	68
81-120 places	0	8	18	21	49
plus de 200 places	0	12	18	27.5	70
Tout SSIAD confondus	0	6	15	25	70

Médiane nationale : 10 %

5- Difficultés de recrutement (taux d'ETP vacants)

Définition

Indicateur : Taux d'ETP vacants au 31/12

Mode de calcul :

Numérateur : nombre d'ETP vacants au 31/12/n-1 en interne

Dénominateur : nombre d'ETP total retenu n-1 au budget exécutoire

Précisions : les postes sont réputés vacants lorsque l'absence est supérieure à 6 mois et lorsqu'ils sont non pourvus ou lorsqu'ils sont pourvus grâce à une prestation externe, libérale ou conventionnelle.

Le taux d'ETP vacants médian est de 1.8 %.

On compte 155 ETP vacants au total pour les SSIAD répondants. Rapporté au nombre total d'ETP retenu au 31/12/2015, on obtient un taux d'ETP vacant de 5%.

Médiane nationale : 0 %

ANNEXE 2

ENTRETIEN SEMI DIRECTIF : CADRE, IDEC, DIRECTION

PRESENTATION

Présentation, âge, parcours professionnel, ancienneté à ce poste, ancienneté dans la structure.

RECRUTEMENT/INTEGRATION

- Comment procédez-vous pour recruter un nouveau salarié dans l'équipe soignante ?
- Avez-vous des difficultés à recruter des AS et des IDE ?
- En moyenne combien d'entretien faites-vous par semaine ou par mois AS et IDE confondus ?
- Vous est-il déjà arrivé de prendre un rendez-vous avec un candidat au poste et que cette personne ne vienne pas ? Que faites-vous ?
- Les soignants que vous recevez en entretien sont-ils plus à la recherche de vacances, de CDD, de CDI ? Les CDI sont –ils difficiles à pourvoir ?
- Pouvez-vous expliquer la procédure actuelle pour l'intégration d'un nouveau salarié soignant ?
- Pensez-vous avoir suffisamment de moyens pour une intégration de qualité ? si non que proposeriez-vous pour l'améliorer ?
- Votre équipe est en sous-effectif, vous faites un entretien d'embauche mais le ou la salarié (e) ne semble pas convenir au poste, que faites-vous ?
- Avez-vous déjà embaucher un salarié venant tout juste d'avoir son diplôme ? Avez-vous été satisfait(e) de ce recrutement ?
- Votre structure accueille-t-elle des stagiaires AS et IDE ?
- Lorsque vous avez un bon retour d'un stagiaire qui doit être prochainement diplômé lui laissez-vous une opportunité de poste dans votre structure ?
- Avez-vous déjà embauché un stagiaire ayant effectué un stage dans votre structure ?
- Avez-vous été satisfait(e) de cette embauche ?

EQUIPE SOIGNANTE

- D'après vous, quelles sont les compétences spécifiques qu'un soignant doit avoir pour travailler au domicile ?
- Avez-vous constaté un turn over important ces dernières années ?
Si oui, est ce plus au niveau des AS ou des IDE ?
- Si oui, comment l'expliquez-vous ?
- Selon vous qu'est-ce qui vous permettrait de fidéliser vos salariés ?

- Considérez-vous que la taux d'absentéisme dans votre structure est anormalement élevé ? Si oui, avez-vous des explications à cela ?
- Ce sont le plus souvent des absences ponctuelles ou des arrêts maladie plus ou moins long ?
- Que faites-vous pour pallier à cet absentéisme ?
- D'après vous quelles sont les conséquences de cet absentéisme sur l'équipe, l'IDEC, les patients, le service?
- Avez-vous des motifs d'absences pour cause d'accident du travail ?
- Quelles sont les causes les plus fréquentes de ces AT ?

- Est-il déjà arrivé que la cause de cet accident soit la non utilisation du matériel au domicile ?
- Si oui, qu'avez-vous fait pour y remédier ?
- Qu'avez-vous mis en place pour former votre équipe aux risques professionnels ? Envisagez-vous d'autres formations ?
- Votre équipe s'exprime-t-elle sur ses conditions de travail actuelles ?
- Et vous que pensez-vous des conditions de travail de votre équipe ? Souhaitez-vous apporter des améliorations ?
- Comment décrieriez-vous l'ambiance actuelle au travail ? Et que souhaitez-vous améliorer ?

ANNEXE 3

ENTRETIEN AS/IDE

PRÉSENTATION

- Présentation, âge, parcours professionnel, ancienneté dans la profession, ancienneté dans la structure/à ce poste.

RECRUTEMENT/ INTÉGRATION

- Comment avez-vous connu la structure? Et su qu'un poste était vacant?
- Comment avez-vous été recruté? par qui?
- Quelles ont été vos motivations pour travailler en SSIAD ?
- Pouvez-vous expliquer le déroulement de votre intégration ? En êtes-vous satisfaits? Quelles améliorations pourraient être faites selon vous?
- Participez-vous à l'intégration des nouveaux arrivants? Si oui, existe-t-il une procédure particulière ? Faites-vous un retour à l'équipe d'encadrement? Vos remarques sont-elles prises en compte?
- Que proposez-vous pour optimiser l'intégration de nouveaux collègues ?
- Quel type de contrat recherchiez-vous à votre arrivée (CDI ? CDD ? Vacances ?) et pourquoi ? Est-ce ce type de contrat qui vous a été proposé à l'embauche ?
- Si CDI ou CDD long, Quel est votre temps de travail? mi-temps? Temps plein? Ce choix va-t-il été satisfait à votre embauche ?
- Est-ce que des étudiants ayant fait un stage dans votre structure sont embauchés? Si oui, en vacances, CDD ou CDI?

VIE AU TRAVAIL

- Comment décririez-vous l'ambiance actuelle au travail? Auriez-vous des propositions pour que celle-ci se pérennise/s'améliore?
- Comment décririez-vous l'organisation du travail dans votre SSIAD? Participez-vous ou quelqu'un de l'équipe à l'organisation des soins? des tournées? Avez-vous des propositions d'améliorations ?
- Considérez-vous avoir de bonnes conditions de travail au domicile? Pourquoi?
- Lorsque vous faites remonter des difficultés rencontrées avec vos collègues, sur le terrain, Vous sentez vous écouté, soutenu?
- Dans votre structure êtes-vous confrontés à l'absentéisme? A quelle fréquence? (Tous les jours, plusieurs fois par semaine, par mois?) Qu'est-ce que cela engendre pour vous et l'équipe? Quelles sont les répercussions sur l'organisation des soins?
- Si un agent ne vient pas, qui répartit les patients? l'encadrement? l'IDE ou l'AS?
- Avez-vous constaté une rotation importante au niveau de l'équipe depuis votre arrivée ? Si oui, d'après vous pour les soignants ne restent pas ? Qu'est ce qui permettrait selon vous de fidéliser les soignants ?
- Etes-vous satisfaits du nombre et du contenu des formations proposées par votre employeur? Avez-vous des propositions ?
- Quelles sont les raisons qui vous font rester dans la structure ? Ou au contraire envisagez-vous de la quitter et pourquoi ?
- Quelles sont vos perspectives d'avenir, vos attentes par rapport à votre évolution professionnelle ,