



UNIVERSITÉ  
**PARIS**  
**DESCARTES**

Absentéisme et qualité de vie en EHPAD

Sabrina ACHOUR, Esther DERRIEN, Nadjat GHOUL,  
Asia GUIDOUM, Yohann VASLIN

Diplôme Universitaire Infirmière Référente et Coordinateur(trice)

Année universitaire 2020/2021

Directrice de mémoire : Madame Sylvia GUITON

# REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Sylvia GUITON, notre directrice de mémoire, pour avoir accepté de nous accompagner. Madame GUITON nous a guidé tout au long de l'élaboration de ce travail de recherches, par son expérience et ses précieux conseils.

Un grand merci à Brigitte FEUILLEBOIS, Vincent KAUFFMAN, Grégory LEDOUBLEE, Philippe LOPEZ et Serge REINGEWIRTH, ainsi que tous les intervenants, pour leurs riches enseignements, leur partage d'expérience et leurs conseils tout au long de cette année de formation.

Nous remercions, respectivement, nos tuteurs de stage et nos collègues de travail qui ont activement participé à notre formation.

Nous remercions particulièrement les IDEC et cadres, qui ont pris le temps de nous accueillir et de répondre à nos questionnements lors de nos entretiens, indispensables à notre travail de recherche.

Une pensée à nos familles et proches, que nous remercions sincèrement, pour nous avoir encouragé, porté et supporté. Leur soutien nous a été d'une grande aide pour réussir à atteindre notre objectif cette année.

# SOMMAIRE

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | INTRODUCTION.....  | 5  |
| 1.1   | Questionnement.....  | 5  |
| 1.2   | Question de départ.....  | 6  |
| 1.3   | Méthodologie de recherche.....   | 6  |
| 2     | CADRE CONCEPTUEL.....  | 7  |
| 2.1   | Contexte.....  | 7  |
| 2.1.1 | L'évolution du vieillissement en France.....   | 7  |
| 2.1.2 | Politique de vieillissement.....   | 7  |
| 2.1.3 | L'EHPAD.....   | 8  |
| 2.1.4 | La spécificité de l'infirmier(e) coordinateur(trice) (IDEC) au sein des EHPAD .....          | 10 |
| 2.1.5 | La représentation du métier en EHPAD .....   | 11 |
| 2.2   | Absentéisme .....  | 13 |
| 2.2.1 | Taux absentéisme .....   | 13 |
| 2.2.2 | Causes.....  | 15 |
| 2.2.3 | Conséquences.....  | 18 |
| 2.2.4 | Risques psychosociaux.....   | 20 |
| 2.3   | Qualité de vie au travail (QVT).....   | 21 |
| 2.3.1 | La QVT .....   | 21 |
| 2.3.2 | Les causes d'une QVT complexe .....  | 23 |
| 2.3.3 | Développement de la QVT.....   | 24 |
| 3     | ENQUETE EXPLORATRICE.....  | 26 |
| 3.1   | Méthodologie de l'enquête .....  | 26 |
| 3.2   | Elaboration du guide d'entretien.....  | 26 |
| 3.3   | Déroulement des entretiens .....   | 27 |
| 3.4   | Population enquêtée .....  | 27 |
| 3.5   | Objectif de l'enquête.....   | 29 |
| 3.6   | Difficultés/Limites .....  | 29 |
| 4     | RESULTATS ET ANALYSES.....   | 30 |
| 4.1   | Expression des points forts et des points faibles de la profession d'IDEC/Cadre d'EHPAD..... | 30 |
| 4.2   | L'Absentéisme dans les soins .....   | 32 |
| 4.2.1 | Constat du niveau d'absentéisme.....   | 32 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 4.2.2   | Type d'absentéisme .....                          | 32 |
| 4.2.3   | Vision IDEC/Cadre.....                            | 33 |
| 4.2.3.1 | L'épuisement professionnel .....                  | 33 |
| 4.2.3.2 | Valeur travail.....                               | 33 |
| 4.2.3.3 | Moyenne d'âge élevée.....                         | 34 |
| 4.2.4   | L'effet de la QVT sur l'absentéisme .....         | 34 |
| 4.2.5   | D'autres leviers, hors QVT.....                   | 34 |
| 4.3     | Absentéisme et gériatrie .....                    | 35 |
| 4.3.1   | Constat.....                                      | 35 |
| 4.3.2   | Propos recueillis.....                            | 35 |
| 4.4     | La QVT .....                                      | 36 |
| 4.4.1   | La QVT vue par les personnes interrogées.....     | 36 |
| 4.4.2   | Actions mises en œuvre .....                      | 37 |
| 4.4.3   | Rôle de l'IDEC ou cadre sur la QVT.....           | 37 |
| 4.5     | Confrontation avec l'hypothèse de recherche ..... | 38 |
| 5       | CONCLUSION.....                                   | 40 |
|         | BIBLIOGRAPHIE .....                               | 42 |
|         | ANNEXES.....                                      | 45 |
|         | Annexe 1 : Guide d'entretien.....                 | 46 |
|         | Annexe 2 : Entretien 1.....                       | 47 |
|         | Annexe 3 : Entretien 2.....                       | 50 |
|         | Annexe 4 : Entretien 3.....                       | 58 |

# GLOSSAIRE

**AGGIR** : AUTONOMIE GERONTOLOGIE GROUPE ISO RESSOURCES

**ANACT** : AGENCE NATIONALE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

**ARS** : AGENCE REGIONAL DE LA SANTE

**AS** : AIDE SOIGNANT(E)

**DE** : DIPLOME D'ETAT

**DREES** : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES

**EHPAD** : ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

**ESSMS** : ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL OU MEDICO SOCIAL

**FFIDEC** : FEDERATION FRANCAISE DES INFIRMIERS DIPLOME D'ETAT COORDINATEURS

**GIR** : GROUPE ISO RESSOURCES

**GMP** : GROUPE ISO RESSOURCES MOYEN PONDERE

**IDE** : INFIRMIER (E) DIPLOME(E) D'ETAT

**IDEC** : INFIRMIER(E) DIPLOME(E) D'ETAT COORDINATEUR

**RPS** : RISQUES PSYCHOSOCIAUX

**QVT** : QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

# INTRODUCTION

## 1.1 Questionnement

Infirmier(ères) diplômé(es) d'état avec des parcours professionnels différents, faisant fonction ou non d'infirmier(ères) Coordinateur(trices) (IDEC) au sein d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), nous avons pu constater que la construction et la pérennité d'une équipe soignante investie, qualifiée, formée est très difficile à mettre en place dans nos établissements.

Depuis plusieurs années la tension est forte dans les métiers du soin et de façon plus marquée dans le secteur médico-social.

Nous sommes confrontés dans nos fonctions au quotidien à des difficultés de recrutement, à un turnover important, à un absentéisme élevé. Cela nous amène en tant que manager à nous questionner sur notre rôle face à ces difficultés et sur la façon d'agir.

L'image des EHPAD longtemps véhiculée par les médias et par certains professionnels renvoie souvent une perception négative : lieu associé à de la maltraitance, à des conditions de travail difficiles, à du personnel non qualifié et en manque d'intérêt professionnel souvent présent par dépit. Ce sombre tableau a peu à peu conduit à une chute des vocations pour la gériatrie et les métiers du grand âge. La récente crise sanitaire liée à la COVID-19 a amplifié ce phénomène.

Pour répondre à une qualité et à une continuité des soins nous avons besoin de personnels qualifiés, formés aux besoins spécifiques du résident, investis dans un projet d'établissement.

Comment de la place d'IDEC peut-on agir pour donner aux soignants l'envie de s'investir dans un projet institutionnel, donner de l'intérêt et du sens à leur mission, rendre leurs métiers attractifs ?

Les centres de formation aux métiers du soin ont-ils aussi un rôle à jouer pour valoriser ces métiers ?

Le travail en EHPAD est un travail difficile physiquement et moralement. Rythmes et cadences de travail intenses, imposés par un système de financement des EHPAD particulier, valorisé par la dépendance et la prise en charge médicale, entraînant régulièrement une dotation en personnel soignant faible et une pression importante pour répondre à une qualité de soins souhaitée optimale.

Certaines publications ont mis en évidence le fait que le bien être des soignants au travail influe sur la qualité de sa prise en soins<sup>1</sup>. L'Etat français, de façon plus générale, met lui aussi l'accent sur l'importance de la qualité de vie au travail<sup>2</sup>.

Nous nous questionnons donc sur l'intérêt de l'élaboration d'une politique de qualité de vie au travail (QVT) en EHPAD. Quelle est sa définition ? En quoi son déploiement peut-il participer à rendre plus attractif le secteur ? La qualité de vie au travail a-t-elle le pouvoir à diminuer l'absentéisme en EHPAD ? Peut-elle participer à la fidélisation du personnel en EHPAD ? Permet-elle d'enrichir la qualité de prise en soins ?

## **1.2 Question de départ**

Au regard du contexte et face à nos constats nous sommes partis de la question suivante :

En quoi l'IDEC ou cadre peut participer à la diminution de l'absentéisme en EHPAD ?

## **1.3 Méthodologie de recherche**

Nous avons débuté notre travail en nous questionnant de façon individuelle sur ce que nous constatons dans notre activité professionnelle au quotidien en tant qu'infirmier coordinateur ou cadre ?

De façon unanime, la difficulté de recrutement, l'absentéisme et le manque de motivation pour le travail en EHPAD ont été mis en évidence.

Nos observations individuelles ont également mis en exergue que les directions des EHPAD dans lesquels nous travaillons, conscients de ces problèmes, travaillent activement sur les moyens à mettre en œuvre pour fidéliser le personnel soignant et améliorer leurs conditions de travail. Le développement de la qualité de vie au travail est un de ces axes principaux.

Nous vous proposons de détailler les différents aspects de notre recherche dans un cadre conceptuel qui reprendra le contexte national des EHPAD, l'absentéisme ainsi que la QVT.

---

<sup>1</sup> Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue – Séminaire du 2 juillet 2013 HAS et ANACT

Margot Phaneuf inf., PhD. Qualité de vie ou qualité des soins- faut-il vraiment faire un choix ? Octobre 2014

<sup>2</sup> Plan de santé au travail 2016-2020. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social Direction générale du travail (DGT)

# CADRE CONCEPTUEL

## 1.4 Contexte

### 1.4.1 L'évolution du vieillissement en France

Le vieillissement de la population française selon l'INSEE<sup>3</sup> (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) progresse fortement. Les 65 ans et plus représentent actuellement 20,5% de la population contre 20,1 % en 2019 et 19,7% en 2018. Cette augmentation importante des plus de 65 ans est due à l'arrivée de la génération Baby-boom d'après-guerre ainsi qu'à l'augmentation constante de l'espérance de vie.

En vingt ans, l'espérance de vie des femmes a progressé de 2,9 ans et celle des hommes de 4,7 ans. A ce jour, elle est de 85,3 ans pour les femmes et de 79,7 ans pour les hommes. L'INSEE projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici 2070 pour atteindre 93 ans pour les femmes et 90 ans pour les hommes.

Selon le scénario de l'INSEE, le nombre des 75 ans et plus augmenterait de 8 millions d'ici 2070.

Cet accroissement de l'espérance de vie s'accompagne inéluctablement par une augmentation de la dépendance. C'est donc un enjeu social et sociétal d'avoir la capacité d'accompagner de manière adaptée et digne les personnes âgées, fragiles, dépendantes de notre population.

Conscient de cette évolution, les derniers gouvernements ont préparé une loi permettant à la société de répondre aux besoins croissants des personnes âgées face à la dépendance. Cette idée de projet de loi attendu par tous les acteurs du secteur a été annulée en septembre 2021, en faveur de mesures nouvelles intégrée dans le budget de la sécurité sociale.

### 1.4.2 Politique de vieillissement

Après la seconde guerre mondiale, la prise en charge des personnes âgées n'est pas enviable. La majeure partie des personnes âgées malades et dépendantes sont accueillies dans des hospices essentiellement religieux ou sont prises en soins par leur sphère familiale souvent de façon très précaire.

Conscient d'une réponse inadaptée aux besoins des personnes âgées, la loi du 30 juin 1975<sup>4</sup> est un acte fondateur qui définit le secteur social et médico-social. Elle offre un cadre juridique pour la

---

<sup>3</sup> Institut Nationale de la statistique et des études économiques, Tableaux de l'économie française, 27/02/2020 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

<sup>4</sup> Loi n°75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales



transformation, dans les 10 ans, des hospices en établissements sociaux et pour l'humanisation des conditions de vie jugées inacceptables.

Ces structures mettent en place la présence d'aides-soignantes ou d'infirmières pour prendre en soins les personnes âgées malades et gérer les médicaments.

Le nombre de personnes âgées dépendantes augmente conjointement aux besoins de prises en soins médicales. Le décret du 26 avril 1999<sup>5</sup> précisant la loi de 1997<sup>6</sup> va conduire à remplacer le terme de maison de retraite par celui d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Cette nouvelle appellation confirme la médicalisation de ces établissements.

L'accent est mis sur des outils tels que le projet d'établissement définissant le projet de soins, sur la professionnalisation des personnels et leur nécessaire formation.

Quelques années plus tard, la loi du 2 janvier 2002<sup>7</sup> constituera pour les EHPAD un prolongement et un renforcement des lois antérieures concernant les droits des usagers (contrat de séjour, projet d'établissement, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale, projet de vie individualisé, charte des droits et libertés de la personne accueillie, personne qualifiée).

Aujourd'hui, l'augmentation importante de la dépendance, donc de la charge de travail pour les soignants, pas toujours compensée par des augmentations de dotation de personnel en lien, peut rendre difficile cette réponse nécessaire au regard des attentes des résidents, en termes de qualité de soins et de respect de leurs droits.

Pour y répondre efficacement, il est en effet nécessaire d'avoir des dotations de personnels formés, investis, motivés, en lien avec cette charge de travail croissante.

### **1.4.3 L'EHPAD**

*« Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes sont des maisons de retraite médicalisées qui proposent un accueil en chambre. Les EHPAD s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien...*

*Ces établissements ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de leur préserver leur autonomie par une prise en charge et un accompagnement comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin »<sup>8</sup>.*

---

<sup>5</sup> Décret n° 99-316 du 26 avril 1999

<sup>6</sup> Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

<sup>7</sup>Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>8</sup><https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dan-un-EHPAD/les-differents-etablissemnts-medicalises/les-EHPAD>

Les EHPAD se veulent donc un lieu de vie adapté aux besoins et à la dépendance. Ces établissements accueillent des personnes de plus de 60 ans<sup>9</sup>.

Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les résidents dans les actes de la vie quotidienne en préservant l'autonomie et en dispensant des soins adaptés à leurs besoins et pathologies.

Le résident en EHPAD quelle que soit sa dépendance et ses pathologies est un citoyen à part entière et conserve son droit de circuler librement<sup>10</sup>.

Les EHPAD peuvent être publics (44%), privés associatifs à but non lucratif (31%) ou privés commerciaux (25%).

Quel que soit leur statut, les EHPAD ont le même système de financement. Ils sont financés par l'Assurance Maladie pour la partie soins, principalement par le département pour la partie dépendance et par les résidents eux-mêmes (ou l'aide sociale en partie) en ce qui concerne les frais liés à l'hébergement.

Le budget alloué aux EHPAD pour la dépendance est calculé en fonction du degré moyen de dépendance des résidents à partir du GIR Moyen Pondéré (GMP). Celui-ci est calculé à partir de l'ensemble des GIR (Groupe Iso-Ressources), représentant le degré de dépendance de chaque résident d'un EHPAD. Cette évaluation est réalisée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six classifications. Ainsi le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. C'est l'ensemble des GIR des résidents d'un EHPAD qui va donc définir le niveau de dépendance moyen de l'EHPAD, le GMP.

Les moyens alloués aux EHPAD dans le but de développer et d'assurer la qualité de prise en soins sont calculés au regard du modèle PATHOS. Le PATHOS au niveau individuel aide le médecin coordonnateur à définir un projet de soins personnalisé et au niveau collectif caractérisera l'état de prise en charge médicale dans un établissement grâce au PMP (Pathos Moyen Pondéré). Le niveau de soins nécessaire pour la prise en charge des pathologies permet ainsi de définir la dotation de soins de l'établissement.

Ces dotations dépendance et soins sont généralement définies tous les 5 ans, lors d'une négociation avec les instances de tutelles (Conseil départemental et Agence Régionale de Santé) à la fin de laquelle est signée une Convention Pluriannuelle d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

---

<sup>9</sup> Certaines dérogations particulières restent possibles pour des personnes de moins de 60 ans (handicap, maladies invalidantes...)

<sup>10</sup> Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Article 8 Droit à l'autonomie. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles.

Pour ce qui concerne le prix de journée correspondant au forfait hébergement et pris en charge par les résidents eux-mêmes (ou par les départements dans le cadre de l'aide-sociale à l'hébergement si besoin), ils sont fixés par les établissements eux-mêmes sous contrôle des instances de tutelle.

Les EHPAD dans une démarche de qualité de soins et d'accompagnement mettent en place des objectifs annuels globaux mais aussi individuels personnalisés pour chaque résident.

Suite à la loi du 2 Janvier 2002 sur le respect des droits du résident, des plans de soins individualisés sont établis en équipe pluridisciplinaire. Cette individualité ne s'applique pas uniquement aux soins, elle s'applique à toutes les habitudes de vie et sociales du résident qui seront considérées dans son Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP).

#### **1.4.4 La spécificité de l'infirmier(e) coordinateur(trice) (IDEC) au sein des EHPAD**

Pour répondre à un accompagnement de qualité, il est nécessaire d'avoir un personnel formé aux métiers du soin et aux spécificités liées à la personne âgée en EHPAD.

L'équipe pluridisciplinaire d'un EHPAD est composée de différents corps de métiers, médecin coordonnateur, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, infirmiers, aides-soignants, accompagnants éducatif et social, assistants en soins gériatriques...

En tant qu'infirmiers coordinateurs ou futurs infirmiers coordinateurs nous avons choisi de mettre l'accent sur notre métier.

A l'image d'un cadre de santé en unité hospitalière, on a vu émerger ces dernières années un nouveau cadre d'exercice pour les infirmiers(e)s en EHPAD : celui d'infirmier(e) référent ou coordinateur(trice) (IDEC, IR ou IRCO). Dans l'arrêté du 26 avril 1999, fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, il est question de la nécessité d'une infirmière référente « *Infirmière référente : il pourra être utile dans certains établissements dont l'état de santé des résidents nécessite une présence paramédicale permanente qu'une infirmière constitue la personne ressource pour le personnel soignant de l'établissement. Elle assure le bon suivi des prescriptions médicales, dans le respect de soins et aides gériatriques de qualité* ». <sup>11</sup>

Les missions de l'IDEC s'articulent principalement autour de 4 axes :

- Manager l'équipe de soins,
- Garantir la qualité des soins,
- Participer au développement du projet d'établissement,

---

<sup>11</sup> DELFOSSE Blandine, « *l'infirmière coordinatrice, un exercice dans l'ombre* » LinkedIn, février 2018 <https://fr.linkedin.com/pulse/linfirmi%C3%A8re-coordinatrice-un-exercice-dans-lombre-delfosse-blandine>

- Mettre en œuvre le projet de soins personnalisés des résidents.

L'IDEC forme avec le directeur et le médecin coordonnateur un trio essentiel au bon fonctionnement d'un EHPAD. Dans ce cadre son rôle de lien entre les deux autres est essentiel.

Considéré comme le manager de proximité, l'IDEC joue un rôle essentiel dans le fonctionnement de l'EHPAD, en étant au plus près de l'équipe soignante, il permet de développer la qualité des soins, l'accompagnement et la mise en œuvre des projets de vie des résidents.

*« Le poste d'Infirmière Coordinatrice émerge depuis quelques années sur le secteur sanitaire, du médico-social, ou du handicap, du domicile à l'institution... et offre un maillage exceptionnel sur le parcours de santé des patients et des résidents... Elle a pour ambition d'encourager les échanges d'expériences, d'harmoniser les pratiques, d'être une structure de réflexion... ».*<sup>12</sup>

A ce jour, il n'existe pas de Diplôme d'Etat d'Infirmier(e) Coordinateur(trice) mais l'exercice de ses missions est valorisé par la Fédération Française des Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices (FFIDEC) depuis 2016, par des diplômes universitaires ou d'autres formations.

La FFIDEC devait permettre de porter une voix dans le projet de loi avorté « Grand Age et Autonomie » qui devrait être votée fin 2021.

#### **1.4.5 La représentation du métier en EHPAD**

Il y a quelques années, nous parlions de maison de retraite, structure collective dans laquelle le sénior pouvait continuer son projet de vie de façon autonome tout en bénéficiant d'entourage et de sécurité lié à l'établissement.

Aujourd'hui, comme nous l'avons vu précédemment, l'espérance de vie augmente, les personnes entrent de plus en plus tard en structure, avec comme conséquence une dépendance plus accrue dès l'entrée et une médicalisation plus importante liée aussi à la polypathologie.

D'après la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), fin 2015, 35% des personnes vivant en établissement pour personnes âgées souffraient d'une maladie neurodégénérative, 35% ont plus de 90 ans. La majorité des résidents ont un GIR 1 et 2 soit 49%.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Fédération Française des Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices, <https://ffidec.fr/>

<sup>13</sup> Renaud Petit, Véronique Zardet, *Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management-*@GRH 2017/1(n°22)

L'EHPAD ne semble pas véhiculer l'image d'un lieu pour continuer sa vie mais plutôt celui où finir sa vie. « *L'image négative des EHPAD est persistante et souvent liée à l'image dégradée et négative du lieu, qui renvoient aux peurs de chacun liées à la vieillesse, au handicap et à la dépendance* »<sup>13</sup>

« *Les situations sanitaires et sociales sont chaque jour plus complexes, avec des syndromes démentiels, une grande dépendance, des pathologies chroniques...* »<sup>13</sup>.

D'après un sondage ODOXA-FEHAP-France Info paru fin 2019, 68% des Français auraient une mauvaise image des EHPAD.

« *Pour eux-mêmes, 56% des français préfèrent privilégier le maintien à domicile adapté plutôt que de rejoindre un EHPAD (13%). Mais, s'ils étaient atteints de la maladie d'Alzheimer, 43% privilégieraient une entrée en institution* »<sup>14</sup>.

Ce qui expliquerait en partie une entrée de plus en plus tardive et en situation déjà de dépendance importante.

Si l'EHPAD n'attire pas aujourd'hui les futurs pensionnaires, qu'en est-il de ceux qui y travaillent ? On a pour habitude de croire que le métier de soignant est une vocation. Est-ce toujours le cas aujourd'hui ?

Les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ont noté une diminution de l'engouement des jeunes pour ce métier. Malgré cela, la profession d'infirmière reste plébiscitée.

En revanche, ce n'est pas le cas pour le métier d'aide-soignant qui actuellement est en perte de popularité. En effet, après 15 ans de progression constante, le métier d'aide-soignant subit aujourd'hui une perte d'intérêt. La baisse du nombre d'inscriptions en institut de formation d'aides-soignants depuis 2017 en est le reflet. Selon la DREES, en 2018 il y avait 26 200 étudiants inscrits en instituts de formation, soit une régression de 6% par rapport à 2016.

Le manque d'attractivité du métier se ressent aussi avec la diminution du nombre de candidats inscrits aux concours d'entrée<sup>15</sup>. En effet entre 2014 et 2018 le nombre de postulants au concours a baissé de 42% passant de 111 100 à 64 50<sup>16</sup>. Le nouveau référentiel d'aides-soignants publié au journal officiel le 12 juin 2021, a pour but de valoriser le métier d'aide-soignant en augmentant les compétences acquises

---

<sup>14</sup> ECHOS « La mauvaise perception des EHPAD par les français confirmée », sondage Odoxa-Fehap-France Info, 18/12/19 <https://www.ehpa.fr/actualite/la-mauvaise-perception-des-EHPAD-par-les-francais-confirmee/>

<sup>15</sup> Yannick Croguennec - Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits - DREES - N° 1135 Paru le 16/12/2019 Màj le 21/12/2020 - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/aides-soignants-de-moins-en-moins-de-candidats-lentree-en>

<sup>16</sup> EHPAD Magazine « Aide-soignant, un métier en baisse d'attractivité », janvier 2020

et les actes de soins délégués. On espère que cette restructuration va redonner un nouvel élan au métier d'aide-soignant et redonner de l'attractivité au métier.

Concernant la gériatrie et plus particulièrement l'EHPAD, au-delà de la perte d'engouement pour la formation IFAS/IFSI, le manque de reconnaissance joue un rôle important dans les établissements médico-sociaux notamment car les EHPAD semblent toujours souffrir d'une image négative dans la société.

*« L'image négative des EHPAD est persistante et souvent liée à l'image dégradée et négative du lieu, qui renvoie aux peurs de chacun liées à la vieillesse, au handicap et à la dépendance. [...] »*

De plus, le sanitaire semble toujours se distinguer du secteur médico-social et rester plus attractif. *« Il existe [...] une forme de concurrence à l'embauche entre les secteurs sanitaire et médico-social, due à une meilleure reconnaissance sociale, mais également à une meilleure attractivité des établissements sanitaires »<sup>17</sup>.*

Cette situation a été renforcée depuis la crise sanitaire liée à la COVID 19.

Quant aux familles, elles peuvent elles-mêmes renvoyer cette image sociétale jusque dans l'EHPAD.

*« Par ailleurs, des difficultés relationnelles avec les familles sont exprimées par l'ensemble des personnes interviewées : directeurs, cadres de soins, infirmiers, aides-soignants... Les personnels disent parfois souffrir d'être moins reconnus comme des experts que comme des « serveurs » (au sens hôtelier du terme) par les proches du résident. »<sup>17</sup>*

Nous pourrions alors nous demander si cette non-reconnaissance des professionnels et la représentation du secteur médico-social peut engendrer un turnover et une difficulté de recrutement dans les EHPAD.

## **1.5 Absentéisme**

### **1.5.1 Taux absentéisme**

Différentes enquêtes montrent en EHPAD des difficultés de recrutement conjuguées à un absentéisme important entraînant un turn-over grandissant.

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), une étude datant de 2018<sup>18</sup>, montre qu'un EHPAD sur deux connaît des difficultés de recrutement.

---

<sup>17</sup> Renaud Petit, Véronique Zardet - *Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management* - @GRH 2017/1 (n° 22) - pages 31 à 54

<sup>18</sup> Infographie : L'hébergement des personnes âgées en établissement - Les chiffres clés - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-cles>

Selon cette étude, le secteur privé est le plus touché par ce phénomène avec 49% contre 38% pour les EHPAD publics. Cette fidélisation difficile du personnel concerne les infirmières à 52,5% et les aides-soignants à 48,3%. Toujours selon la DREES, les postes de soignants en EHPAD hospitaliers sont rarement vacants pendant six mois ou plus. En effet, le turnover du personnel est beaucoup moins important dans les EHPAD publics hospitaliers avec une ancienneté de 11 ans et 4 mois contre seulement 5 ans et demi dans le secteur privé lucratif.

L'une des particularités remarquables selon la DREES est la difficulté de recrutement en hébergement pour personnes âgées. Toujours en 2015, 500 000 travaillent en établissement dont 430 000 en équivalent temps plein.<sup>19</sup>

La difficulté de recrutement a été objectivée par la DREES qui indique que 44% des EHPAD disent y être confrontés. 9% des EHPAD ont « *au moins un poste d'aide-soignante non pourvu depuis plus de 6 mois* » et 10% des EHPAD a « *un poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis plus de 6 mois* ».

La Fédération Hospitalière de France (FHF) a également mené une enquête en octobre 2019 auprès de 350 établissements publics sur l'attractivité paramédicale et les difficultés de recrutement. Selon cette enquête, 97% des 350 établissements, « *dont 17 centres hospitaliers universitaires, 242 centres hospitaliers et 74 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – représentant plus de 470 000 agents publics hospitaliers* » déclarent avoir des difficultés de recrutement. Parmi eux 70% sont des établissements ruraux, 60% urbains et 55% sont des établissements péri-urbains.<sup>20</sup>

Même si l'on observe une baisse de recrutement dans tous les secteurs, le secteur du grand âge (EHPAD et services de gériatrie) demeure le plus marqué par un manque d'attractivité et une grande proportion de postes vacants.

Toujours selon l'enquête de la FHF, 13% de postes vacants d'aides-soignants sont non pourvus en EHPAD public contre 2 à 3% en secteur hospitalier. Cela s'observe également auprès des infirmier(e)s mais avec une moins grande disparité. On note ainsi que 8 % des postes d'IDE sont vacants en EHPAD

---

<sup>19</sup> Infographie : L'hébergement des personnes âgées en établissement - Les chiffres clés - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-clés>

<sup>20</sup> Amélie Roux pour le Pôle Ressources humaines hospitalières - *Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement (Enquête de la Fédération hospitalière de France)* - # 590 Septembre - Octobre 2019 - REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE [WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR](http://WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR)

contre 3% en milieu hospitalier. De manière générale, la baisse de recrutement des professionnels soignants s'élève à 78% en EHPAD public contre 54% en CHU.<sup>21</sup>

Le sujet des remplacements en EHPAD, notamment, est une forte préoccupation des établissements.

*« Au-delà de l'impact financier, la question de la politique de remplacement interroge la continuité et la qualité des soins, ainsi que la qualité de vie au travail. [...] Les soignants sont une population particulièrement touchée par les absences : maladies, formation, accidents du travail, garde d'enfants ... Ils sont en moyenne absents 30 jours par an contre 17,2 pour les salariés français selon l'étude du cabinet de conseil Ayming. »<sup>22</sup>*

Cet absentéisme finit par avoir des répercussions non négligeables tant sur le personnel que sur l'encadrement qui s'épuise. *“L'absentéisme suscite un malaise au sein des équipes à cause de la surcharge de travail. [...] Pire encore : certains DRH identifient des « absences domino » c'est-à-dire des absences entraînant de nouvelles absences. [...] De leur côté, les cadres passent jusqu'à 40% de leur temps à ajuster des plannings et à chercher des remplaçants.”<sup>23</sup>*

Le secteur de la santé et notamment de la gériatrie met à l'épreuve ses professionnels qui finissent eux-mêmes par le fragiliser. Mais alors, pour quelles raisons cet absentéisme semble-t-il s'accroître ?

### **1.5.2 Causes**

Le secteur de la gériatrie est, pour la société et les soignants, un secteur peu reconnu et difficile tant par les moyens parfois insuffisants, les conditions de travail, les risques professionnels et le manque d'accompagnement.

En effet, les risques professionnels du métier de soignant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont très importants de par la manutention de personnes âgées de plus en plus dépendantes.

*« Des risques d'accidents du travail accrus pour les personnels des EHPAD. [...] les soignants [prenant en soins les personnes âgées] sont, plus que les autres soignants, confrontés à des travaux de manutention, dont la récurrence est proportionnelle au manque d'autonomie des résidents qui leurs*

---

<sup>21</sup> Amélie Roux pour le Pôle Ressources humaines hospitalières - *Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement (Enquête de la Fédération hospitalière de France)* - # 590 Septembre - Octobre 2019 - REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE [WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR](http://WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR)

<sup>22</sup> Staff santé - 22 novembre 2018 <https://www.staffsante.fr/contenu/soignants-un-taux-dabsenteisme-presque-deux-fois-plus-eleve-que-la-moyenne-nationale/>

<sup>23</sup> Staff santé - 22 novembre 2018 <https://www.staffsante.fr/contenu/soignants-un-taux-dabsenteisme-presque-deux-fois-plus-eleve-que-la-moyenne-nationale/>



*sont confiés. Les risques de pathologies de l'appareil musculo-squelettiques sont ainsi, pour eux, plus grands. »<sup>24</sup>*

A cela s'ajoutent des moyens peu conséquents ne permettant parfois pas de garantir une qualité de vie suffisante aux professionnels de santé conduisant à des remplacements en bataille, de personnels en arrêt maladie par des professionnels peu formés.

*« Des personnels remplaçants sous formés. [...] À cela s'ajoute un manque de moyens évident pour l'ensemble des EHPAD, ce qui les empêche de recruter du personnel surnuméraire et rend la charge de travail des titulaires souvent trop lourde, les absences pour accidents de travail ou maladies professionnelles étant difficilement remplacées. »*

*Les intérimaires « sont insuffisamment formés et sont sujets, à leur tour et plus fréquemment, à de nouvelles pathologies liées à la manutention des patients. »<sup>25</sup>*

Les conditions de travail difficiles en EHPAD s'expliquent également par un accroissement des pathologies chez des personnes entrant de plus en plus tard en établissement et dans un état de dépendance important. *« [...] les situations sanitaires et sociales sont chaque jour plus complexes, avec des syndromes démentiels, une grande dépendance, des pathologies chroniques... auxquels les professionnels ne sont pas toujours bien préparés ni formés. [...]*

*Aujourd'hui, la durée moyenne de séjour dans un établissement est de 2,5 ans, contre 30 ans il y a 10 ans (ARS Rhône-Alpes, 2014). »<sup>26</sup>*

D'autre part, le manque de reconnaissance que nous avons abordé plus haut joue un rôle important dans le recrutement des établissements médico-sociaux notamment par l'image négative des EHPAD dans la société.

Au-delà de la reconnaissance, les EHPAD demandent une exigence de plus en plus accrue dans les soins avec une dimension médico-légale très présente. Ce qui devrait permettre de valoriser les compétences soignantes semble finalement mettre à mal la dimension relationnelle du soin, très importante dans le lieu de vie qu'est l'EHPAD.

*« La qualité de la prise en charge des personnes âgées se dégrade, conséquence de certaines tâches mal assumées. L'appauvrissement du travail fait regretter à certains le choix du métier de soignant. Ils attribuent cette perte d'intérêt au travail à un déplacement vers l'activité technique (pesées, douches,*

---

<sup>24</sup> Bruno Benque, Rédacteur en chef cadresante.com - *EHPAD : LE PARENT PAUVRE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL* - Le 16/10/2015

<sup>25</sup> Bruno Benque, Rédacteur en chef cadresante.com - *EHPAD : LE PARENT PAUVRE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL* - Le 16/10/2015

<sup>26</sup> Renaud Petit, Véronique Zardet - *Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management* - @GRH 2017/1 (n° 22) - pages 31 à 54

*dossiers médicaux exhaustifs...), au détriment de temps de présence auprès de la personne âgée (écoute, réconfort, gestion de la fin de vie) ou des projets d'accompagnement »<sup>27</sup>.*

La dépendance et la durée de vie étant de plus en plus importantes au sein des EHPAD l'équipe se doit d'être soudée pour faire face ensemble aux événements les plus difficiles et réguliers. Un turnover important ne peut pas permettre de construire une cohésion d'équipe et fait boule de neige. « *Un manque de soutien et de cohésion internes entre les différents professionnels émerge, par exemple, dans des cas difficiles de gestion d'un résident, lors de comportements dangereux, ou en fin de vie* »<sup>28</sup>.

Enfin, dans certains secteurs de la gériatrie, un manque d'accompagnement et de formation peut être ressenti, ne permettant pas au professionnel d'évoluer et d'améliorer ses pratiques. Surement un frein dans la projection du professionnel dans sa carrière professionnelle au sein de l'établissement. « *Les dispositifs et moyens de formation existants sont jugés insatisfaisants, qu'il s'agisse de budget, de participation (nombreuses annulations faute de participants), de la faible diversité du catalogue proposé ou encore de l'efficacité insuffisante des formations dispensées* »<sup>29</sup>.

Comme abordé précédemment, l'attractivité du métier de soignant semble être, aujourd'hui, une des causes principales de difficultés de recrutement.

En ce qui concerne les infirmiers, selon l'enquête de la FHF de 2019, 70% des établissements publics observent une hausse des départs des professionnels vers le libéral car la flexibilité organisationnelle est plus importante et la rémunération plus avantageuse.<sup>30</sup>

De plus, une réelle difficulté de recrutement des jeunes professionnels, notamment IDE, se ressent. « *Le recrutement de professionnels sortis d'école connaît une situation plus favorable en CHU et centres hospitaliers qu'en EHPAD. Cette situation peut être analysée au regard de la localisation des établissements, de l'implantation des lieux de formation, mais également de l'image de certains secteurs d'activité ou modes d'exercice, perçus négativement dès la formation.* »<sup>31</sup>

---

<sup>27</sup> Renaud Petit, Véronique Zardet - Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management - @GRH 2017/1 (n° 22) - pages 31 à 54

<sup>28</sup> Renaud Petit, Véronique Zardet - Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management - @GRH 2017/1 (n° 22) - pages 31 à 54

<sup>29</sup> Renaud Petit, Véronique Zardet - Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management - @GRH 2017/1 (n° 22) - pages 31 à 54

<sup>30</sup> Amélie Roux pour le Pôle Ressources humaines hospitalières - Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement (Enquête de la Fédération hospitalière de France) - # 590 Septembre - Octobre 2019 - REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE [WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR](http://WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR)

<sup>31</sup> Amélie Roux pour le Pôle Ressources humaines hospitalières - Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement (Enquête de la Fédération hospitalière de France) - # 590 Septembre - Octobre 2019 - REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE [WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR](http://WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR)

Face à ce constat, l'enquête met en avant les causes identifiées de ce manque d'attractivité des métiers de soignants. La première cause évoquée est l'image négative des conditions de travail dans les EHPAD et les secteurs du grand âge (260/350 établissements répondants). La seconde est la rémunération jugée insuffisante (250/350) et la troisième cause évoquée est le manque de professionnels formés (190/350 répondants).<sup>32</sup>

Qui plus est, les professionnels et notamment les plus jeunes affirment accorder une plus grande importance à l'équilibre *“entre vie privée et vie professionnelle avec une moindre acceptation des contraintes horaires et statutaires. [Or] dans le contexte hospitalier et médico-social, marqué par les obligations de continuité de service”*, cette nouvelle approche constitue un frein à l'attractivité des métiers d'aides-soignants et infirmiers.<sup>33</sup>

### 1.5.3 Conséquences

En l'absence d'un soignant, deux options se présentent :

- Remplacement
- Redistribution de la charge de travail

Cette deuxième option peut sembler moins coûteuse et régler le problème à court terme, seulement sur le long terme des conséquences peuvent apparaître.

En effet, cette redistribution peut venir perturber l'organisation et les rôles de chacun.

Cette surcharge de travail peut devenir source d'épuisement et provoquer toujours plus d'absentéisme, constituant ainsi un cercle vicieux.

*« L'absentéisme pour raisons de santé est imprévisible et donc difficile à gérer au quotidien, entraîne des conséquences importantes à la fois sur le fonctionnement de l'établissement, sur la qualité de vie au travail des soignants mais également pour la qualité des soins des résidents ».*<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> Amélie Roux pour le Pôle Ressources humaines hospitalières - *Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement (Enquête de la Fédération hospitalière de France)* - # 590 Septembre - Octobre 2019 - REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE [WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR](http://WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR)

<sup>33</sup> Amélie Roux pour le Pôle Ressources humaines hospitalières - *Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement (Enquête de la Fédération hospitalière de France)* - # 590 Septembre - Octobre 2019 - REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE [WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR](http://WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR)

<sup>34</sup> Des leviers de prévention et de réduction de l'absentéisme pour raisons de santé sous l'angle de la qualité de vie au travail (inist.fr)

L'absentéisme a des impacts importants sur le travail de l'encadrement, l'organisation des équipes, les relations de travail, la situation financière de l'établissement et la qualité de la prise en charge des résidents.<sup>35</sup>

L'absentéisme et le turn-over entraînent une répercussion sur le personnel titulaire des établissements, que ce soit physiquement ou psychologiquement. Les conséquences sont signifiées dans un rapport paru en septembre 2016 par DREES<sup>36</sup>.

L'impact psychologique entraîne un sentiment du travail mal fait, sentiment de négliger le résident et de ne pas pouvoir offrir un accompagnement de qualité, de ne pas avoir le temps d'être à l'écoute du résident. Les remplaçants ou intérimaires faisant de courts passages dans les structures ne s'investissent pas dans l'établissement. L'absence d'équipe fixe ne permet pas de développer l'esprit d'équipe, de collaborer de façon collective aux projets de service, groupes de travail, création de protocoles internes entraînant un sentiment de solitude dans le travail, de découragement pour le personnel le plus ancien. Il y a aussi un sentiment d'insécurité et d'épuisement à former tous les jours des soignants différents.<sup>37</sup> Le turn-over a aussi des conséquences physiques sur les salariés. Il entraîne une fatigabilité importante due à la multiplication des heures supplémentaires pour pallier les absences ou manque de personnel et assurer la continuité des soins. Le plus souvent cela est associé à des changements de plannings de dernière minute, à l'augmentation du temps de travail ou à la modification des jours de repos ayant des conséquences sur la récupération physique et sur la vie privée.

L'absentéisme et le turnover engendré peuvent aussi provoquer une baisse de la qualité des soins (retard dans la prise en charge des résidents) : résidents plus stressés, en adaptation permanente à un nouveau personnel (accentuation des troubles de comportements, refus de coopérer), réponse pas toujours adaptée au besoin, absence de cohérence dans les gestes professionnels auprès des résidents, insatisfaction des interlocuteurs extérieurs (familles, médecins...), peur de perdre de l'information si le référent du résident est absent (vers qui se tourner ?). Ces dysfonctionnements récurrents peuvent entraîner des plaintes de familles portant atteinte à l'image de la structure et dévalorisant la qualité de prise en soins de l'EHPAD.

---

<sup>35</sup> [https://www.nouvelle-aquitaine.aract.fr/images/DIFFUSION\\_TRANSFERT/SQVT2017\\_Absenteisme\\_Saintes\\_13oct.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.aract.fr/images/DIFFUSION_TRANSFERT/SQVT2017_Absenteisme_Saintes_13oct.pdf)

<sup>36</sup> Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés - septembre 2016 - DREES - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>

<sup>37</sup> Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés - septembre 2016 - DREES - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>

L'aspect financier est également à prendre en compte. On note des coûts financiers directs (remplacements, maintiens d'indemnités...) et indirects (baisse de la qualité de service, tutorat...) qui peuvent se révéler non négligeables pour le fonctionnement de l'établissement à long terme<sup>38</sup>.

#### 1.5.4 Risques psychosociaux

L'absentéisme de courte ou longue durée, avec les causes et les conséquences que nous venons d'évoquer, est un indicateur important des risques psychosociaux, notamment en EHPAD.

Le ministère du travail définit les risques psychosociaux (RPS) *“comme un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs.”* Et ajoute *“Leurs causes sont à rechercher à la fois dans les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail.”*

Une obligation générale de sécurité incombe à l'employeur (article L. 4121-1 du Code du travail) qui doit évaluer les risques, y compris psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses salariés. Cette obligation générale repose sur une approche globale de la prévention des risques professionnels.<sup>39</sup>

*« Les risques psychosociaux doivent, au même titre que les autres risques professionnels, être évalués et intégrés au document unique d'évaluation des risques professionnels (DUER) »,* rappelle l'Institut national de recherche et de sécurité. Cette obligation découle de l'article L4121-1 du Code du travail énonçant que tout employeur doit *« prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs »*<sup>40</sup>

Le terme RPS désigne un ensemble de phénomènes affectant principalement la santé mentale mais aussi physique des travailleurs. Ils peuvent se manifester sous diverses formes :

- Mentales : stress au travail mais aussi sentiment de mal-être ou de souffrance au travail, l'épuisement professionnel, la dépression, le burn-out<sup>41</sup>
- Physiques : les risques professionnels du métier de soignant en EHPAD sont très importants de par la manutention de personnes âgées de plus en plus dépendantes.

A cela s'ajoute divers autres facteurs comme en témoignent les recherches de Renaud Petit et Véronique Zardet : *« [...] aménagements ou d'agencements de locaux inadéquats, surtout lorsque les bâtiments*

---

<sup>38</sup> [https://www.anact.fr/file/7896/download?token=XMsF\\_um8](https://www.anact.fr/file/7896/download?token=XMsF_um8)

<sup>39</sup> [Tous nos contenus sur les « Risques psychosociaux » – \(editions-tissot.fr\)](https://www.editions-tissot.fr/risques-psychosociaux)

<sup>40</sup> [Tous nos contenus sur les « Risques psychosociaux » – \(editions-tissot.fr\)](https://www.editions-tissot.fr/risques-psychosociaux)

<sup>41</sup> [Altersecurite\\_170\\_Janvier\\_2021.pdf](#)

sont anciens », « manque ou inadaptation du matériel de soin. Conjugué à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes », « horaires coupés ou l'amplitude horaire importante constituent également des contraintes fortes », « probablement générée par la complexification du travail, tant au niveau des soins (Démence, Alzheimer, fin de vie...) que de la gestion administrative (Législation du travail, référentiels, normes multiples...). »<sup>42</sup>

Quatre auteurs, dans leur travail de recherche sur la prévention des RPS mettent l'accent sur deux facteurs qu'ils considèrent majoritaires en secteur médico-social. « *Deux facteurs de risques psychosociaux sont particulièrement prégnants en secteur médico-social : le temps de travail (changements d'horaires fréquents, travail de nuit, le dimanche et les jours fériés), et l'exigence émotionnelle (relation d'aide et d'accompagnement de personnes en souffrance physique et/ou psychique avec une autonomie restreinte, de façon régulière)* (Brizard, Hanicotte, & Paradis, 2012) »<sup>43</sup>.

En effet, comme évoqué précédemment, au-delà de la difficulté physique du métier de soignant, il demande un investissement relationnel et psychique importants notamment face à des résidents en souffrance, parfois isolés, en perte de repère.

## **1.6 Qualité de vie au travail (QVT)**

Face à ces difficultés rencontrées au quotidien et aux conséquences engendrées, nous nous interrogeons donc sur la qualité de vie au travail en EHPAD.

### **1.6.1 La QVT**

La notion de qualité de vie au travail (QVT) émerge dans les années 1970, lors d'une conférence à New York. Cette conférence réunit plusieurs écoles de pensée traitant de la qualité de vie au travail à travers le monde. Elle a permis de développer cette notion en France et a instauré plusieurs instances prônant la qualité de vie au travail.<sup>44</sup>

En 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité de vie au travail comme étant « *la perception qu'a un individu de sa position dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans*

---

<sup>42</sup> Renaud Petit, Véronique Zardet - *Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management* - @GRH 2017/1 (n° 22) - pages 31 à 54

<sup>43</sup> Christine Jeoffrion, Jean-Philippe Hamard, Sophie Barre, Abdel Halim Boudoukha - *Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative* - Le travail humain 2014/4 (Vol. 77) - pages 373 à 399

<sup>44</sup> Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) - *Breve histoire d'un concept* - 25/11/2013 - <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

*lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement »<sup>45</sup>*

Par ailleurs, en 2013, L'ANI (Accord national interprofessionnel) propose une autre définition de la qualité de vie au travail : « *La qualité de vie au travail désigne les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises.* »<sup>46</sup>

La notion de qualité de vie au travail est une démarche mise en place par une entreprise afin d'obtenir une productivité tout en garantissant des bonnes conditions de travail aux salariés. En effet, après de nombreux changements sociétaux, le travail, dans de mauvaises conditions n'est plus admis. A présent, se sentir bien au travail est primordial. En effet, plus les soignants se sentent épanouis au travail et plus la qualité de vie au travail impacte la qualité de soins. L'expérience montre que de mauvaises conditions de travail favorisent accidents, arrêts maladie et absentéisme. Une baisse du turnover traduit une bonne qualité de vie au travail.<sup>47</sup>

Une démarche de qualité réalisée auprès de plusieurs structures met en avant une dégradation de leur qualité de vie au cours des dernières années. Les raisons principales de cette dégradation sont à 51 % les changements d'organisation, 33% la reconnaissance des compétences, 32 % la rémunération et à 31 % l'ambiance au travail.<sup>48</sup>

Ainsi, d'après L'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), la QVT est caractérisé par 6 facteurs déterminants :<sup>49</sup>

1. Les relations sociales et de travail : reconnaissance vers les salariés, type de management, égalité entre les salariés
2. Le contenu du travail : type de poste, diversité des tâches, autonomie, outils à disposition
3. L'environnement physique au travail : temps de travail, horaires, locaux, équipement
4. Partage et la création de valeur : performance, productivité

---

<sup>45</sup> Qualité de vie au travail « Identifier et comprendre la QVT », Picardie

<sup>46</sup> Accord national interprofessionnel « Qualité de vie au travail, Accord du 19 juin 2013 », Ministère du travail de l'emploi et de la formation professionnelle et du dialogue social.

<sup>47</sup> Revue de littérature, Qualité de vie au travail et qualité des soins, Janvier 2016

<sup>48</sup> La démarche qualité de vie au travail, « Comment intégrer durablement la QVT dans les établissements médico sociaux ? »

<sup>49</sup> Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) - Brève histoire d'un concept - 25/11/2013 - <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

5. La réalisation du développement professionnel : intégration, formation, évolution de carrière, parcours du salarié dans l'entreprise
6. La conciliation entre vie professionnelle et vie privée : égalité professionnelle, égalité homme et femme, diversité, non-discrimination

La loi Rebsamen de 2015, relative au dialogue social et à l'emploi a permis d'inscrire la qualité de vie au travail au sein du code du travail, ce qui permet de légiférer la qualité de vie au travail. Elle s'inscrit dans une politique de certification.

En 2016, une démarche a été mise en place dans les structures médico-sociales et sanitaires sous la forme d'une stratégie de la QVT : « *prendre soin de ceux qui soignent* ». De plus, une seconde stratégie a vu le jour en 2018, plus précisément dans les structures médico-sociales. A présent, la QVT est intégrée dans la politique de santé (2018-2022).

La qualité de vie au travail est ainsi mise en avant dans plusieurs structures dans la vie de tous les jours comme en témoigne l'exemple suivant. Un EHPAD de Nîmes propose à ses salariés des séances de sport hebdomadaire sur leur lieu de travail avant la prise de poste des salariés.

### **1.6.2 Les causes d'une QVT complexe**

Comme détaillé plus haut, les réflexions au sujet de la qualité de vie au travail (QVT) sont de plus en plus nombreuses dans le secteur social et médico-social de l'accompagnement de la personne âgée (hébergement et aide à domicile). Sans chercher l'exhaustivité, plusieurs raisons peuvent en être à l'origine.

Dans le secteur des aides et soins à la personne, on note une fréquence élevée des accidents du travail avec une moyenne de 94,6 accidents de travail (AT) pour 1000 salariés (année 2016), dépassant celle du BTP (60 pour 1000). Alors que les autres secteurs voient cette moyenne diminuer, elle augmente de 2 % par rapport à l'année 2015 dans notre secteur.<sup>50</sup>

L'amélioration de la QVT ne concerne pas seulement le progrès des conditions de travail. Ces dernières ne représentant qu'un élément (certes essentiel) de la notion de QVT qui est bien plus globale dans son approche.

Il est question des risques qui en résultent si la qualité au travail n'est pas celle attendue. Ce sont les risques psycho-sociaux (RPS) que nous avons définis lors d'une précédente partie.

---

<sup>50</sup> Jean-Yves Paillé - Accidents du travail : les cinq chiffres à retenir - LA TRIBUNE - 14 Sept 2017  
<https://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/chimie-pharmacie/accidents-du-travail-les-cinq-chiffres-a-retenir-750268.html>



Thierry HOUBRON, ingénieur en qualité santé, propose quelques leviers d'actions pour améliorer la QVT.

Il évoque notamment :

- *“Organiser la formation systématique des professionnels à la maîtrise des risques professionnels, non pour en faire des pros du sujet mais pour les éclairer de façon suffisante au sujet et en faire des acteurs de leur propre sécurité et de leur qualité de vie au travail.*
- *Mettre en place puis mettre en œuvre le dispositif de SST/QVT ou quelle que soit son appellation, soit un système d'écoute des risques et d'expression d'un plan de prévention.*
- *Actualiser le document unique et analyser les AT et maladies professionnelles pour en détecter les causes et en tirer les préconisations nécessaires.*
- *Réunir les propositions d'actions correctives de formation, d'évaluation et de communication dans un plan de prévention unique, le mettre en œuvre et assurer la surveillance de cette mise en œuvre...”*
- *Et recommencer de façon continue !”<sup>51</sup>*

Il apparaît évident que les soignants ne peuvent pas agir seuls, sur leurs conditions et qualité de vie au travail. Alors, quelles sont les actions mises en œuvre pour améliorer la QVT ?

### **1.6.3 Développement de la QVT**

La QVT est notamment une préoccupation des EMS (établissement médico-sociaux) mais bien au-delà car le gouvernement s'en empare depuis quelques années mettant à contribution les ARS. Dans sa Stratégie de juin 2018 relative à « *la qualité de vie au travail en établissements médicaux-sociaux* »<sup>52</sup>, le gouvernement décline 4 axes de travail :

- *« Mettre en place et consolider un pilotage national et une animation territoriale ;*
- *Accompagner les établissements dans la mise en place de démarche de QVT ;*
- *Contribuer à la montée en compétence des équipes ;*
- *Evaluer et suivre la mise en œuvre de la stratégie. »*

Dès lors, les EHPAD, quel que soit leur statut construisent des projets, revoient leurs organisations, développent les partenariats etc. Les tutelles les accompagnent avec des subventions dédiées à la QVT.

---

<sup>51</sup> Thierry Houbron - Interview parue dans EHPAD MAG' numéro 54 – mars/avril 2019 -

<https://adequationsante.com/ameliorer-la-qualite-de-vie-au-travail-pour-prevenir-le-burnout/>

<sup>52</sup> Ministère des solidarités et de la santé - Stratégie pour favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux - La Qualité de vie au travail pour un accompagnement de qualité - Juin 2018

Les budgets sont retravaillés en tenant compte de cet aspect non négligeable favorisant une meilleure prise en soins des résidents.

De plus, dans son nouveau référentiel 2021 de l'évaluation des ESSMS (Etablissement et Service Social ou Médico-Social), l'HAS intègre la QVT comme une démarche à part entière de la qualité. Plusieurs axes sont attendus :

- « L'ESSMS promeut une politique favorisant la qualité de vie au travail
- L'ESSMS favorise la qualité de l'environnement de travail des professionnels : cohésion d'équipe, travail d'équipe, dialogue social, reconnaissance, écoute, qualité des liens, etc.
- L'ESSMS organise des espaces de discussion et de partage pour les professionnels et des temps de soutien psychologique et/ou éthique »<sup>53</sup>

Nous pourrions nous demander ce qui est mis en œuvre concrètement au sein des EHPAD pour favoriser la QVT. Quelques éléments de réponses à travers des exemples.

Le directeur de l'EHPAD L'Ostal du Lac, Pascal SEGAULT explique : « Pour aller plus loin, trois actions étaient, pour moi, possibles : repenser l'organisation globale de l'établissement, chercher des financements et être créatif »<sup>54</sup>.

« Les premiers changements ont donc été apportés sur l'organisation des équipes et de leurs missions en insistant sur le volet social afin de « dé-sanitariser » la façon d'être des professionnels. Nous avons ainsi élaboré de nouvelles fiches de fonction, en y incluant plusieurs variantes propres au projet professionnel de chacun. Afin de garantir un bon rapport entre vie privée et vie professionnelle, nous avons également revu les plannings avec un objectif principal : déterminer un jour de repos fixe par semaine et réduire l'alternance des emplois de temps »<sup>55</sup>.

Le groupe d'EHPAD les Opalines a quant à lui déployé des outils concrets tels que « l'Observatoire du Bien-Etre au Travail, les Cafés-partage, le déploiement du concept Humanitude... »<sup>56</sup>.

En priorisant le mieux-être de leurs professionnels, les établissements favorisent en réalité le bien être des résidents et une meilleure qualité des soins.

La préoccupation des EHPAD pour la QVT n'est plus à démontrer.

---

<sup>53</sup> HAS - Référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS - Chapitre 3 : L'ESSMS - Janvier 2021

<sup>54</sup> Interview de Pascal Ségault, directeur de l'EHPAD L'Ostal du Lac - Améliorer la qualité de vie au travail pour le bénéfice de tous - ACTU ET MANAGEMENT - EHPADdia.fr - 16 décembre 2020

<sup>55</sup> Interview de Pascal Ségault, directeur de l'EHPAD L'Ostal du Lac - Améliorer la qualité de vie au travail pour le bénéfice de tous - ACTU ET MANAGEMENT - EHPADdia.fr - 16 décembre 2020

<sup>56</sup> <https://www.lesopalines.fr/2018/11/16/opalines-partenaires-de-lanact-de-direccte-idf-ameliorer-qualite-de-vie-travail-EHPAD/>

L'amélioration constante des conditions de travail semble être l'une des priorités des établissements depuis quelques années et ce travail de recherche nous a démontré toute la complexité du travail en EHPAD, des difficultés que rencontrent les soignants et du fort absentéisme que cela induit.

Nous émettons l'hypothèse suivante : « l'IDEC ou le cadre utilise la QVT comme levier pour lutter contre l'absentéisme des soignants en EHPAD ».

## **ENQUETE EXPLORATRICE**

Afin d'explorer notre hypothèse, nous sommes allés à la rencontre des professionnels. Il nous a paru important de confronter notre sujet à la réalité du terrain, à ce que vivent concrètement les IDEC ou cadres dans les EHPAD.

Nous proposons une présentation de notre méthode d'enquête en cinq parties.

Dans un premier temps, nous présenterons le choix de la méthode, nous aborderons ensuite la construction du guide d'entretien, le déroulé des entretiens, le choix de la population enquêtée, l'objectif de l'enquête et les difficultés ou limites rencontrées. Nous terminerons par le résultat de notre enquête à travers cinq grands thèmes.

### **1.7 Méthodologie de l'enquête**

Dès lors que notre hypothèse est devenue pour nous évidente, nous nous sommes orientés vers une étude que nous souhaitons qualitative. Nous avons alors fait le choix d'une recherche hypothético-déductive pour laquelle nous utiliserons l'entretien semi-directif. Celui-ci permet en effet de recentrer le discours par l'intermédiaire de la reformulation notamment, pour rester le plus proche possible de notre sujet. Nous pouvons ainsi recueillir des informations précises en ciblant ce dont on veut parler et amener les professionnels à nous faire part de leur expérience. L'entretien doit durer tout au plus 45 min et doit donc être réalisable dans ce temps imparti à l'aide de questions ouvertes, courtes, compréhensibles et modérément nombreuses.

Les modalités de notre enquête réfléchies et validées, nous avons élaboré notre guide d'entretien et proposons de vous la présenter ci-après.

### **1.8 Elaboration du guide d'entretien**

La construction du guide d'entretien (Annexe 1) s'est effectuée à la suite de l'élaboration du cadre conceptuel alors que nous avons déterminé notre hypothèse. Nous souhaitons être certain de ce que nous voulions interroger avant de nous tourner vers une méthode plutôt qu'une autre.

Nous nous sommes concentrés sur les différents axes qu'imposait ou supposait notre hypothèse et notre sujet. Nous avons identifié des thématiques en rapport avec ces axes de travail qui sont les suivants :

- Les points forts et les points faibles de la profession d'IDEC/Cadre
- L'absentéisme
- La gériatrie
- La qualité de vie au travail (QVT)

Nous nous sommes efforcés ensuite de construire des questions qui n'orientent pas la personne interrogée sur notre hypothèse et lui permettent de s'exprimer librement.

## **1.9 Déroulement des entretiens**

Lors des entretiens avec l'accord des personnes interrogées (dont trois retranscriptions sont proposées en annexe 2, 3 et 4), nous avons enregistré les échanges afin de permettre une meilleure retranscription écrite pour enrichir et faciliter l'analyse. Nous avons rappelé la règle de confidentialité, avons été ponctuel et avons respecté l'organisation des services.

Nous avons réalisé sept entretiens sur neuf dans des bureaux, les deux autres ayant été réalisés par téléphone.

Bien que nous ayons préconisé initialement une durée d'entretien de 45 minutes maximum, certains entretiens ont duré davantage. En effet, le sujet a parfois été très inspirant pour certains des interrogés et les échanges plus riches.

## **1.10 Population enquêtée**

Dans notre cadre conceptuel, nous nous interrogeons sur l'absentéisme des soignants dans les structures médico-sociales et notamment en gériatrie, sur les conditions de travail puis la qualité de vie des professionnels infirmiers et aides-soignants. Nous avons essayé d'initier une réflexion sur ces difficultés de ressources humaines et avons donc souhaité en discuter avec les personnes qui à la fois le subissent et tentent d'y remédier. Nous avons décidé d'interroger les IDEC et cadres d'EHPAD qui sont au centre de l'organisation de l'EHPAD. Quoi de mieux, selon nous d'interroger des ou de futures collègues alors que nous décidons nous-mêmes de les rejoindre dans cette voie. De plus, cela nous a semblé pertinent car ils sont les mieux placés pour parler de leurs effectifs, de leur personnel, des difficultés en lien avec les ressources humaines et du concept de QVT.

Notre sujet se portant sur les EHPAD, nous avons de fait exclu les autres services et notamment le SSIAD.

Nous avons décidé de contacter les EHPAD de façon aléatoire qu'ils soient privés, associatifs ou publics. Nous désirions avoir le reflet le plus juste possible de la situation pratique et avons donc décidé d'interroger des IDEC ou cadres de neuf établissements différents. Remplissant les mêmes fonctions, le statut du professionnel qu'il soit diplômé ou non nous intéressait peu sauf si les réponses étaient notablement variables.

Quatre de nos entretiens se sont déroulés dans la région parisienne et cinq dans des établissements de province.

Pour plus de clarté, nous vous proposons un tableau précis sur le public cible avec les caractéristiques de chacun des entretiens.

| <b>Sexe</b> | <b>Statut de l'EHPAD</b> | <b>Capacité d'accueil</b> | <b>Lieu d'exercice (IDF / province)</b> | <b>Longévité dans le poste</b> | <b>Grade</b>      | <b>Durée d'Entretien</b> |
|-------------|--------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Femme       | Privé à but lucratif     | 105                       | IDF                                     | 3 ans                          | IDEC              | 15 min (par téléphone)   |
| Femme       | Privé à but lucratif     | 96                        | IDF                                     | 2 ans                          | IDEC              | 15 min (par téléphone)   |
| Femme       | Public                   | 76                        | province                                | 3 ans ½                        | IDEC              | 53 min                   |
| Femme       | Public                   | 82                        | province                                | 25 ans                         | Cadre depuis 2002 | 1h10                     |
| Femme       | Privé à but lucratif     | 104                       | province                                | 4 ans                          | IDEC              | 45 min                   |
| Femme       | Privé associatif         | 120                       | province                                | 1 an                           | IDEC              | 40 min                   |
| Femme       | Privé associatif         | 74                        | province                                | 5 ans                          | IDEC              | 30 min                   |
| Femme       | Privé à but lucratif     | 92                        | IDF                                     | 7 ans                          | Cadre depuis 2014 | 30 min                   |
| Femme       | Privé à but lucratif     | 110                       | IDF                                     | 3 ans                          | IDEC              | 20 min                   |

### **1.11 Objectif de l'enquête**

L'objectif premier de cette enquête est de comparer la pratique à la théorie. Nous pourrions alors confronter les résultats des entretiens avec le cadre conceptuel que nous avons formé. Ainsi, nous pourrions en dégager les différences et les similitudes afin de répondre à notre hypothèse de départ.

L'objectif de la recherche est de montrer comment le développement de la QVT pourrait permettre de lutter contre l'absentéisme. Que l'hypothèse soit confirmée ou infirmée, nous souhaitons obtenir suffisamment d'éléments pour développer des pistes de réflexion nous permettant de mieux cerner les causes de l'absentéisme et de mesurer l'impact de la QVT sur celle-ci.

### **1.12 Difficultés/Limites**

Sans nul doute, l'une des principales difficultés que nous avons pu rencontrer lors de nos recherches de professionnels acceptant ce type d'entretien a été le refus. En effet, quelques IDEC et cadres d'EHPAD n'ont pu pour certains nous recevoir. La raison ayant été, au premier abord et chaque fois, le manque de temps. Sans pouvoir savoir si cela avait un lien avec l'absentéisme d'ailleurs, leur charge de travail semblait ne pas leur permettre de consacrer le moindre temps à une personne extérieure.

Nous nous étions donnés deux semaines pour réaliser nos entretiens. Cette contrainte n'a sans doute pas permis aux IDEC et cadres ayant refusé l'entretien de se rendre disponible.

Notre groupe a dû prendre ses dispositions également. L'enquête ayant été menée durant nos semaines de travail durant lesquelles il est parfois difficile de s'extraire de nos tâches. Il nous a fallu ne prendre aucun prisme, se détacher de notre pratique du quotidien, de prendre de la hauteur et se concentrer sur les propos recueillis de la personne interrogée.

Il a été parfois difficile de construire à plusieurs un seul et même guide que nous allions tous pratiquer selon nos caractéristiques et nos modes de compréhension, de relance. Il nous faudra sans doute en tenir compte durant l'analyse de notre enquête.

Notre méthodologie présentée, nous vous proposons de continuer notre cheminement en vous exposant les résultats de nos entretiens en les organisant selon les mêmes thèmes dégagés plus haut.

## RESULTATS ET ANALYSES

### 1.13 Expression des points forts et des points faibles de la profession d'IDEC/Cadre d'EHPAD

Sur le panel des personnes interrogées, 78% sont des infirmières coordinatrices (IDEC) avec une ancienneté moyenne de 6 ans dans la fonction et 22% cadres de santé avec une ancienneté moyenne de 13 ans. Toutes ces professionnelles sont des femmes.

Suite aux entretiens réalisés nous constatons que les attraits de la fonction d'encadrement sont proches pour les IDEC et les cadres de santé.

Le management d'équipe et la coordination des soins sont pour 66 % d'entre elles ce qu'elles apprécient le plus dans leur métier. 40% de ces professionnelles apprécient les aspects formation et évaluation des pratiques professionnelles. Le partage de connaissances « *donne du sens* » à leurs missions. 33% des encadrants en EHPAD apprécient également l'aspect relationnel avec les résidents et les familles qu'ils perçoivent comme une « *richesse* ».

La richesse de l'aspect relationnel évoquée avec les résidents et les familles est considérée comme un aspect positif, y compris la gestion des conflits (pour 50% d'entre elles), permettant un questionnement et une remise en cause des pratiques professionnelles. Cet aspect est qualifié de « *formateur* ». 33% apprécient leur implication dans l'élaboration de projets. Elles évoquent l'opportunité de fédérer les équipes autour d'objectifs permettant de les « *dynamiser* », « *d'éviter la routine* ».

Cette sensation de routine est justement soulignée par une cadre officiant maintenant en EHPAD privé commercial, aspirant à plus d'investissement dans des projets avec l'arrivée d'un nouveau directeur. Cet aspect de leur métier semble donc bien intégré pour les professionnelles interrogées. Pour autant, deux tiers des IDEC interrogées n'évoquent pas spontanément ce point alors que nous sommes là dans le cœur du métier. Une hypothèse pourrait être que l'urgence permanente du quotidien rend difficile le recul et la projection.

Si les IDEC et les cadres de santé se retrouvent globalement dans leurs réponses concernant les points positifs de leurs missions, il n'en est pas de même pour leurs perceptions de leurs contraintes. Pour illustration, la gestion des plannings et de l'absentéisme.

77% des IDEC qui se sont exprimées sont en grande difficulté face à la gestion des plannings et doivent pallier à un absentéisme important. Cela les impacte fortement et elles considèrent cette mission comme un obstacle dans l'exercice de leur rôle propre au quotidien.

Aucune des deux cadres interrogées n'évoque cet aspect de leur mission comme une contrainte.

On peut supposer que le parcours professionnel d'abord hospitalier de l'une d'elle l'ait influencée dans un modèle sanitaire dans lequel cet aspect du métier représente souvent une normalité.

L'ancienneté plus importante des cadres par rapport aux IDEC leur permet peut-être aussi de mieux appréhender cette mission.

Une autre hypothèse serait de penser que les ressources en personnel sont souvent plus importantes en milieu hospitalier que dans les EHPAD privés, permettant aux cadres plus de facilité de remplacement et une charge mentale moins conséquente dans ce domaine.

Concernant cette tâche de gestion des plannings, aucune n'a abordé cet aspect comme un véritable outil de management des équipes, qui peut être un levier de dynamisation, de formation interne, de développement de projets, de ressource pour améliorer la qualité de vie au travail... La multiplicité et l'urgence des situations à gérer le permet-elle encore ?

Ce sujet est-il abordé dans les formations d'IDEC ou de cadre comme une opportunité ou une contrainte ?

Seulement 20% des professionnelles interrogées évoquent une charge administrative importante qui limite leur présence auprès des équipes et crée une frustration, parfois même sentiment de ne pas exercer le rôle de cadre de proximité.

Sachant qu'en effet l'aspect administratif est de plus en plus prégnant, cet aspect de leurs missions semble donc intégré par l'immense majorité d'entre elles comme inhérente à la fonction.

Enfin, une seule professionnelle (11%) exprime ne pas apprécier dans sa fonction la gestion des conflits avec les familles. Pour les autres, peut-être est-ce parce que dans la majorité des cas, les conflits sont gérés par la direction. Pour rappel 33% d'entre elles apprécient la relation avec ces mêmes familles. Pour 60% d'entre elles, les rapports avec les familles n'apparaissent donc pas comme un élément qui influe dans leur mission.

En conclusion, les principales difficultés exprimées par les professionnelles interrogées restent la gestion des plannings et l'absentéisme des personnels. Ce dernier critère est en effet depuis quelques années en forte hausse. L'augmentation de la dépendance pas toujours palliée par des dotations de personnels en lien, entraîne une pénibilité croissante du travail pour les soignants.

Au-delà de cette difficulté particulière, aucun autre aspect de la mission d'encadrement (positif ou négatif) ne se dégage de façon unanime. C'est sans doute là une limite d'une étude effectuée sur un panel de personnes interrogées trop restreint.



## **1.14 L'Absentéisme dans les soins**

Concernant l'absentéisme, nous avons analysé les pistes abordées lors de nos entretiens, à savoir : le constat du niveau d'absentéisme, le type d'absentéisme, la vision de la personne interrogée (IDEC ou cadre), le lien de cause à effet avec la QVT et la réflexion sur d'autres leviers que la QVT pour agir contre l'absentéisme.

### **1.14.1 Constat du niveau d'absentéisme**

Sur les 9 personnes interrogées, 6 personnes affirment être confrontées à un absentéisme soit environ 67%. Tout le monde semble unanime pour dire que l'absentéisme auquel il est confronté concerne principalement les aides-soignants(e)s et peu ou très peu les infirmier(e)s. 2 personnes évoquent même une proportion équivalente à 70% d'aides-soignantes contre 30% pour les infirmières. C'est un absentéisme qualifié de régulier, quotidien, parfois même d'"infernale". Les IDEC ou cadres se sentent souvent en grande difficulté avec comme exemple 5 AS absentes sur 36 ou 3 arrêts par mois.

Pour les 3 personnes qui ont répondu non à la question, elles affirment ne pas y être confrontés ni pour les AS ni pour les IDE. Les absences restent ponctuelles, courtes, rarement de dernière minute. Elles s'estiment heureuses car bien dotées en postes et personnels ou pensent que travailler en mode dégradé est suffisant pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge.

### **1.14.2 Type d'absentéisme**

Ce qu'il ressort des entretiens, c'est la proportion importante d'arrêts longs (souvent estimés supérieure à 1 mois) pour les aides-soignantes. Les 6 personnes sur les 6 confrontées à l'absentéisme, le sont pour des arrêts longs. Les raisons évoquées sont pour toutes, la charge de travail importante qui engendre une grande fatigue et à terme des problèmes de santé physique (troubles musculosquelettiques, interventions chirurgicales avec périodes longues de rééducation...).

Un deuxième motif est celui de la fatigue psychologique des aides-soignants. Ils expriment une lassitude pouvant aller jusqu'au burnout. Fragilités psychologiques expliquées pour 2 personnes sur 6 interrogées par la présence de vulnérabilités personnelles, sociales. Certaines ayant un statut précaire (parents isolés, soutien de familles à l'étranger par exemple).

Il peut être question aussi d'accidents du travail pour les AS, souvent liés à un problème de manutention, à un défaut d'utilisation du matériel, par manque de temps ou par manque de formation.

Pour les infirmières les absences plus rares se caractérisent le plus souvent par arrêts courts et moins récurrents.

Pour la majorité, les absences liées à un arrêt maladie court sont peu représentés, restent ponctuels et souvent pour une raison bien identifiée.

### 1.14.3 Vision IDEC/Cadre

#### 1.14.3.1 L'épuisement professionnel

Confrontés de près ou de loin à l'absentéisme des soignants en EHPAD, 100 % des personnes interrogées analysent l'absentéisme des soignants par l'épuisement professionnel, et en priorité pour les aides-soignants. Les raisons évoquées sont de plusieurs ordres.

La plus représentée est la charge de travail physique importante : les personnes accueillies arrivent de plus en plus dépendantes (plus de la moitié parle d'une grande majorité de résidents évalués GIR 1 ou GIR 2) avec un besoin de manutention plus important. Le rythme de travail est difficile (horaires tôt ou tard dans la journée, week-end à assurer, rythme de nuit...).

Les IDEC ou les cadres interrogés associent cet épuisement à une charge mentale croissante. Les soignants doivent accompagner des résidents qui pour une grande majorité présentent des troubles cognitifs, doivent accueillir et gérer la pression exercée par les familles, plus présentes aujourd'hui. 7 personnes sur 9 interrogées soit plus de 78% parlent de besoin de reconnaissance, de sentiment de travail mal fait, de démotivation allant pour certains jusqu'au burnout. La notion de cercle vicieux est même évoquée pour l'un d'entre eux qui décrit un système où les uns s'arrêtent, les autres compensent un temps et finissent eux-mêmes par s'arrêter.

#### 1.14.3.2 Valeur travail

La seconde notion qui du point de vue des personnes interrogées expliquerait l'absentéisme, est celle de la valeur du travail. Au-delà d'un manque de motivation, les IDEC notent qu'une partie des soignants semblent avoir perdu le sens de la valeur travail (respecter ses engagements, son contrat avec l'employeur effectuer sa mission, être présent ...). Pour un tiers des IDEC ou cadres interrogés, les aides-soignants arrêtés n'avertissent pas, les arrêts ne sont pas toujours justifiés. Les IDEC parlent d'absence de professionnalisme, de perte du sens profond de leur mission de soignant. Elles disent faire face à des états d'esprit difficiles à appréhender et à gérer pour elles. Elles évoquent un travail de fond à faire sur le recrutement qui s'avère difficile car « *le métier va mal* ».

Une corrélation est faite aussi pour 2 IDEC, qui notent que si l'équipe infirmière n'est pas dynamique, n'est pas motivée ou n'est tout simplement pas présente (comme c'est le cas pour un établissement où il manque la moitié de l'effectif infirmier), les effets se font ressentir sur la dynamique de l'équipe aide-soignante. Les IDE étant les référents des aides-soignantes, il y a un effet « cascade » observé et c'est toute l'équipe soignante qui est touchée.

### 1.14.3.3 Moyenne d'âge élevée

L'absentéisme pourrait s'expliquer également, au regard de 4 personnes interrogées sur les 9 (soit près de la moitié) par une moyenne âge élevée des aides-soignantes en activité. C'est un facteur démographique important à prendre en compte. Il pourrait être anticipé par le recrutement en amont de futurs professionnels en formation, par une réflexion sur les conditions de travail (matériel, travail en binôme, équilibre de la charge de travail sur les secteurs...) pour limiter au maximum l'épuisement physique, par l'aménagement du temps de travail au regard des capacités physiques.

### 1.14.4 L'effet de la QVT sur l'absentéisme

A la question 12, « *Trouvez-vous que la QVT ait un effet sur l'absentéisme des soignants dans votre établissement ?* » 100% des personnes interrogées répondent OUI. Agir sur la QVT ne peut qu'avoir un effet de réduction de l'absentéisme des soignants.

L'explication évoquée par les cadre/IDEC interrogés (66% d'entre eux) est celle du bien être psychique au travail. Agir sur la QVT permettrait de leur offrir un environnement de travail adapté, agréable, optimisant le bien-être psychologique. La notion de soutien et de valorisation des équipes est perçue comme primordiale et source de motivation au travail.

Trois d'entre elles sont plus nuancées. Elles expriment un effet certes indiscutable mais pas suffisant. Ces professionnelles pensent que l'absentéisme est multifactoriel et qu'agir uniquement sur la QVT est insuffisant. L'effet sur l'absentéisme est observé rapidement, mais il ne dure pas.

### 1.14.5 D'autres leviers, hors QVT

Alors se pose la question des autres leviers pour agir sur l'absentéisme ?

Pour les 2/3 des personnes interrogées, le principal levier sur lequel elles peuvent agir est celui de la reconnaissance. Valoriser le travail de qualité, souligner l'investissement professionnel, favoriser l'accompagnement à la formation, être à l'écoute, permettrait aux soignants de se sentir reconnus. Pour elles, ce positionnement favoriserait le sens de la mission et le présentisme.

La notion d'équipe reste importante et ressort pour 3 personnes interrogées : faire partie d'une équipe, être là pour les résidents et pour les collègues, tisser des liens à l'intérieur et à l'extérieur du lieu de travail (sorties entre collègues...), proposer régulièrement des groupes d'analyse de la pratique ou participer à des échanges avec un psychologue extérieur...

Agir sur la reconnaissance par un management bienveillant comme cela est évoqué par 45% des personnes par des concepts comme l'Humanitude© ou la méthode Montessori est une piste également proposée.

Un autre levier exprimé est celui du recrutement et de la formation. Pour près de la moitié d'entre eux, il serait important d'agir en amont sur le recrutement des étudiants à l'école d'aides-soignants et en aval sur les professionnels présents en proposant des réflexions sur les bases, les valeurs essentielles de ce métier et le sens donné à leur mission. Il serait nécessaire de développer davantage de formations au regard des besoins exprimés par les professionnels (pathologies, vieillissement, troubles neurodégénératifs, utilisation des matériels, approches non-médicamenteuses, bientraitance ...).

L'idée de la ressource familiale est également évoquée pour soutenir les professionnels. Les équipes semblent oublier parfois que l'EHPAD reste un lieu de vie, et que les familles, font partie intégrante du projet de vie du résident. Faire face régulièrement à des pressions, à des reproches voire à des plaintes, impacteraient les liens soignants-familles ressources, allant même jusqu'à favoriser l'épuisement professionnel.

Pour les personnes interrogées, il est nécessaire de maintenir le lien avec les familles afin qu'elles restent une source de soutien et d'accompagnement pour le résident et le soignant.

L'analyse de ces 9 entretiens nous permet de comprendre le bien fondé du prendre soin des soignants à notre niveau, afin qu'ils puissent à leur tour prendre soin des résidents avec bienveillance. « *Un soignant bien traité est un soignant bien traitant* ».

## **1.15 Absentéisme et gériatrie**

### **1.15.1 Constat**

Suite aux échanges avec les IDEC et cadres, nous nous interrogeons donc sur l'existence éventuelle d'un lien de causes à effets entre le fait d'exercer en EHPAD et l'absentéisme.

Nous notons que près de 45% des personnes interrogées affirment qu'il existe un lien entre l'absentéisme et le secteur des EHPAD contre 33% qui estiment que ce n'est pas propre à ce secteur mais plutôt généralisé au métier de soignant.

### **1.15.2 Propos recueillis**

Deux idées principales ressortent des échanges avec les 4 personnes qui confirment ce lien entre l'absentéisme et le fait de travailler en EHPAD.

La première est celle d'une surcharge physique inévitable du personnel exerçant en EHPAD. Les notions de grande dépendance des résidents (majorité de résidents évalués en GIR 1 et en GIR 2), de fatigue physique attribuée aux nombreuses manutentions, de surcharge de travail (parfois 10 à 15 aides

à la toilette par exemple pour une aide-soignante...), de plannings atypiques nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement, sont évoquées.

La seconde idée est celle de l'image véhiculée autour du secteur médico-social et plus spécifiquement de l'EHPAD. 2 personnes sur 4 pensent que le travail en EHPAD n'est pas valorisé. Certains services du secteur hospitalier, comme la réanimation ou le service des urgences, pour ne citer qu'eux, jouissent d'une image beaucoup plus valorisante pour les professionnels qui y exercent. Les soignants d'EHPAD ne bénéficient pas d'une telle reconnaissance.

La réflexion s'oriente ainsi sur le travail à mener sur l'attractivité du travail en EHPAD. Comment améliorer l'image de ce lieu de soins, d'accompagnement et de vie des EHPAD ? Les instituts de formations en soins infirmiers ou aides-soignants pourraient peut-être servir de levier.

Pour les deux tiers des personnes qui pensent que l'absentéisme est généralisé, la problématique touche le métier de soignant dans son ensemble. L'absentéisme s'expliquerait en partie par un manque de vocation pour les métiers du soin illustré par une diminution des inscriptions dans les IFAS et les IFSI. Les conditions de travail et les rémunérations ne semblent pas aujourd'hui propices à susciter des vocations.

## **1.16 La QVT**

### **1.16.1 La QVT vue par les personnes interrogées**

Pour plus de la majorité des personnes interrogées, la qualité de vie au travail c'est un état de bien-être au travail, se sentir bien et s'épanouir au travail, ne pas venir travailler « la boule au ventre ».

Celles-ci expriment que la QVT est la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Une IDEC évoque une profession majoritairement féminine. Beaucoup de soignantes doivent concilier leur vie professionnelle avec leur rôle de mère de famille. Une cadre, quant à elle, privilégie au sein

de son établissement l'aménagement des temps de travail (les temps partiels essentiellement) pour ses aides-soignantes. L'organisation du travail semble donc être un pan très important de

la QVT : gestions des plannings, des roulements, de la charge de travail...

Aussi, pour près de 45 % des personnes interrogées les conditions de travail, les infrastructures, et le matériel adapté aux besoins des professionnels impactent fortement la QVT. L'environnement est important pour le personnel. Pour exemple une salle de repos agréable et conviviale favorise le temps de récupération pendant les coupures. Un cadre parle du besoin des soignants de reposer à la fois « leur esprit et leur corps ».

### **1.16.2 Actions mises en œuvre**

Pour 4 personnes sur 9 interrogées, les actions mises en œuvre s'orientent essentiellement sur l'organisation et les conditions de travail des soignants : mise en place de certains matériels comme des lèves-malades réduisant la charge physique notamment des aides-soignantes, achats de moteurs pour rails au plafond, investissement sur un exosquelette pour soulager dans le port des charges. Pour compléter cette prise en charge de la lourdeur du travail physique, il est question également de formation pour la prévention des TMS, importants chez la population aide-soignante. La réorganisation est aussi évoquée comme action mise en œuvre avec principalement la gestion des plannings, de la charge de travail avec le travail en binôme assez plébiscité.

Pour 2 personnes sur 9 interrogées aucune action n'est mise en place en ce qui concerne la QVT. Elles parlent de réflexions, de projets initiés mais pas terminés ou d'un plan d'action à élaborer. Il est à noter tout de même que ces 2 IDEC font partie des personnes qui font face à un absentéisme important au sein de leur établissement (70%), bien que la QVT soit de plus en plus développée dans les établissements médico sociaux.

### **1.16.3 Rôle de l'IDEC ou cadre sur la QVT**

Pour près de la moitié des personnes interrogées, le rôle de l'IDEC ou cadre sur la QVT est celui de la communication et de l'écoute. Selon elles, Il est important d'être à l'écoute de son personnel et le soutenir. C'est un accompagnement au quotidien, régler les problèmes quand il y en a. C'est communiquer avec les soignants, dire les choses, expliquer, donner du sens à ce qu'on leur demande. Une cadre revient sur le concept de prendre soin des soignants, une autre IDEC dit c'est « respecter les gens », c'est finalement les reconnaître en tant qu'individu avant tout avant de les voir en soignant.

La communication c'est aussi pouvoir faire remonter les besoins et les attentes des soignants à la direction (pour 2 personnes interrogées) et faire évoluer les choses. Un outil intéressant est évoqué par l'une d'entre elle qui est celle du questionnaire pour les soignants sur la QVT.

Il a été évoqué précédemment le manque de valorisation des soignantes, le manque d'écoute de la part de la hiérarchie, et le manque d'échange professionnel, ainsi la qualité de vie au travail passent par pour 4 personnes interrogées sur 9 par le management bienveillant. Concept qui serait basé avant tout sur l'écoute et la communication.

Une autre idée ressort du rôle de l'IDEC sur la QVT, c'est celle de créer ou recréer un esprit d'équipe. Pour notamment 2 personnes sur les 9 interrogées, l'IDEC ou le cadre sur la QVT en favorisant et en développant l'esprit d'équipe auprès des soignants, par les conditions de travail (locaux adaptés pour se

réunir, salle de repos...) ou par des moments conviviaux entre collègues par exemple. Ne pas parler du travail lors de certains moments permet de ressouder les liens dans les équipes.

La troisième idée importante à noter selon les personnes interrogées, plus pragmatique mais pas des moindres, c'est que les IDEC et cadres ont un rôle primordial sur les actions à mettre en œuvre en termes d'organisation du travail, trouver du personnel quand il en manque, recruter pour combler les postes vacants, adapter les plannings, répartir la charge de travail, faire investir sur le matériel et former dès que c'est possible, tout le temps, tout le monde.

### **1.17 Confrontation avec l'hypothèse de recherche**

Au regard de notre cadre conceptuel et de notre enquête auprès des IDEC et cadres d'EHPAD et selon les limites de notre travail de recherche, nous considérons pouvoir partiellement valider notre hypothèse de recherche.

En effet, la QVT semble l'un des leviers mis en œuvre pour favoriser les conditions de travail des soignants en gériatrie et plus particulièrement au sein des EHPAD. C'est d'ailleurs pour cela que l'Etat s'en saisit comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel. Face à une profession difficile notamment pour les aides-soignants, comme l'évoque chaque encadrante interrogée, il paraît essentiel de reconsidérer les pratiques managériales et de prendre soins de ceux qui soignent.

Les IDEC et cadres démontrent implicitement ou explicitement par leurs retours d'expérience qu'elles favorisent une certaine forme de management, que l'une d'elles nomme « *management bienveillant* ». Selon elles, l'attitude du manager, sa flexibilité, son esprit d'équipe, son sens de l'équité, son écoute active sont des facteurs de mieux être au travail pour les agents dont il a la responsabilité. Elles indiquent, modérément, que la dynamisation des équipes voire leur fidélisation doit également être favorisées par la mise en place de projets pour lesquels nous devons chercher l'adhésion et l'implication des professionnels. Pour cela, toutes devraient pouvoir prendre de la hauteur et se dégager de la gestion des plannings qui peut être chronophage selon les dire de certaines IDEC.

Néanmoins, le mieux-être au travail est-il à la fois suffisant et l'IDEC ou cadre peut-il à lui seul agir sur la QVT ?

Il apparaît, à la suite de notre analyse, que certains axes de la QVT et au-delà ne peuvent pas dépendre seulement de l'encadrement de proximité.

Selon notre travail de recherche initial, nous avons pu montrer et chiffrer de taux d'absentéisme des soignants avec un taux plus important chez les aides-soignants que chez les infirmiers. Nos rencontres sur le terrain ont confirmé ces données officielles montrant que les aides-soignants étaient les plus touchés par des arrêts maladies, longs qui plus est, et les accidents du travail dus notamment à la

manutention des personnes âgées selon les répondants. C'est également un public davantage touché par la précarité notamment sociale selon nos échanges. Les conditions de travail (public soigné, rythme de travail, fragilités personnelles, trajet, routine, pression des familles etc) ne facilitant pas toujours la valorisation de leur vie personnelle. Le manque de reconnaissance apparaît également dans notre enquête comme l'un des freins possibles. Bien que les IDEC et cadres s'attachent à valoriser leurs équipes, cela ne semble pas être suffisant. Une reconnaissance sociétale semble être nécessaire pour reconnaître l'expertise des aides-soignants dans un secteur où l'image du soin semble se limiter à certains actes non gratifiants.

De plus, certains EHPAD, semblent souffrir d'un manque de soignants à la base, subissant une dotation restrictive malgré un niveau de dépendance des personnes âgées de plus en plus important.

Pour cela, les IDEC et cadres montrent qu'en plus des formations continues, les soignants doivent être stimulés à travers des groupes de travail et des réflexions sur leurs pratiques professionnels.

Pour autant, alors que nous ne l'avions pas évoqué lors de notre cadre conceptuel, les IDEC et cadres font parts d'une perte de la valeur du travail chez les professionnels qu'elles semblent percevoir ces derniers temps.

Nous nous apercevons alors que l'absentéisme est en effet multifactoriel et que seule la QVT, concept vaste, ne peut permettre de réduire l'absentéisme.

Il nous semble qu'agir sur la formation initiale d'aide-soignant, sur les valeurs du métier, sur l'expertise qu'il demande, sur les spécificités et l'importance d'une profession unique et utile pourrait peut-être permettre de limiter les absences.

En outre, nous percevons que la QVT bien que pouvant être un levier ne pourra agir seul sur l'absentéisme. L'encadrant de proximité quant à lui, même s'il est engagé dans ce domaine, ne maîtrise pas toujours le concept et montre ne pas pouvoir agir seul sur ces conditions de travail, sur le mieux-être et la présence des professionnels.



## CONCLUSION

C'est au terme de plusieurs mois de recherches collectives, d'échanges multiples, de liens entre théorie et pratique, de confrontation avec le terrain, parfois notre propre terrain, que nous concluons notre travail de recherche.

Malgré des expériences différentes, les échanges sur notre vécu professionnel nous ont conduits à un constat commun : la problématique croissante de l'absentéisme des soignants en EHPAD. Nous nous sommes alors questionnés pour tenter de trouver un levier sur lequel, de notre place d'IDEC ou de cadres, nous pourrions agir positivement sur cette problématique.

Non sans difficultés, cette recherche, avec ce qu'elle nécessite de rigueur, nous a permis de sortir des schémas de nos quotidiens, de nos idées préconçues et de nous ouvrir sur de pistes nouvelles et moins maîtrisées.

Plus que de trouver la réponse à notre questionnement, ce travail, dont nous avons conscience qu'il reste parcellaire, nous a permis, après avoir interrogé notre hypothèse, d'écarter certains éléments, d'en confirmer d'autres, de conjuguer certains autres pour tenter de nous rapprocher au plus près d'une réalité.

La juxtaposition du travail de recherche et celui plus empirique des entretiens effectués auprès d'autres professionnels en poste d'IDEC et de cadres en EHPAD, nous ont aidés dans cette analyse.

L'absentéisme des soignants en EHPAD semble souvent directement corrélé à une souffrance en lien avec des conditions de travail souvent pénibles et une perte de sens de la mission.

Confrontés à ces tensions, les IDEC/cadres se doivent d'appréhender les processus managériaux qui favorisent le travail en équipe, qui maintiennent et développent la motivation de leurs équipes. Ce, en donnant du sens à l'action individuelle et collective au travers de projets communs, d'une organisation performante, d'une communication efficace et d'une véritable démarche qualité. Il leur faut pour cela maîtriser des techniques de management favorisant l'implication des équipes et prévenant l'usure professionnelle et être fédérateurs d'un projet de structure fédérateur.

La fonction d'IDEC/cadre d'EHPAD étant somme toute assez isolée, la rencontre avec nos pairs nous a également permis de prendre conscience du même sentiment d'isolement de la profession face aux difficultés.

Cette prise de conscience nous a interrogés sur ce sentiment d'isolement associé à un quotidien d'urgences permanentes qui ne sont pas des éléments positifs à notre propre qualité de vie au travail, ni propices à projeter une sérénité vers nos équipes.

Notre réflexion se prolongeant, une question s'est imposée : « *Peut-il y avoir un lien entre la qualité de vie au travail ressentie par les cadres ou les IDEC et celle de leurs équipes ?* »

Ce sujet à lui seul pourrait constituer la question d'un nouveau thème de mémoire, nécessitant une recherche approfondie. Sans aller jusque-là, elle nous a amenés à poser quelques pistes parcellaires, qui favoriseraient notre qualité de vie au travail.

- S'organiser localement pour des échanges professionnels réguliers entre pairs pour éviter cette perception d'isolement.
- Se positionner et/ou être reconnu comme un élément moteur à part entière du trinôme Directeur-médecin coordonnateur-IDEC/cadre, pour donner une autre projection à notre fonction.
- Solliciter les instituts de formation en charge de celle des IDEC pour davantage développer l'aspect management, par la connaissance et la mise en pratique d'outils permettant :
  - o De ne pas se sentir démunis devant des situations complexes
  - o De motiver des équipes même dans l'adversité
  - o De pouvoir (re)donner du sens à leurs missions

Quelles que soient les actions mises en place et les moyens déployés, la qualité de vie au travail d'une IDEC ou d'un cadre en EHPAD, serait-elle le préalable à la qualité de vie au travail de ses équipes ?

## BIBLIOGRAPHIE

Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue – Séminaire du 2 juillet 2013 HAS et ANACT

Margot Phaneuf inf., PhD. Qualité de vie ou qualité des soins- faut-il vraiment faire un choix ? Octobre 2014

Plan de santé au travail 2016-2020. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social Direction générale du travail (DGT)

Institut Nationale de la statistique et des études économiques, Tableaux de l'économie française, 27/02/2020 - <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales

Décret n° 99-316 du 26 avril 1999

Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dan-un-EHPAD/les-differents-etablissemnts-medicalises/les-EHPAD>

Charte des droits et libertés de la personne accueillie. Article 8 Droit à l'autonomie. Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie mentionnée à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles.

DELFOSSÉ Blandine, « *l'infirmière coordinatrice, un exercice dans l'ombre* » LinkedIn, février 2018 <https://fr.linkedin.com/pulse/linfirmi%C3%A8re-coordinatrice-un-exercice-dans-lombre-delfosse-blandine>

Fédération Française des Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices, <https://ffidec.fr/>

Renaud Petit, Véronique Zardet, *Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management*-@GRH 2017/1(n°22)

ECHOS « La mauvaise perception des EHPAD par les français confirmée », sondage Odoxa-Fehap-France Info, 18/12/19 <https://www.ehpa.fr/actualite/la-mauvaise-perception-des-EHPAD-par-les-francais-confirmee/>

Yannick Croguennec - Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits - DREES - N° 1135 Paru le 16/12/2019 Màj le 21/12/2020 - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/aides-soignants-de-moins-en-moins-de-candidats-lentree-en>

EHPAD Magazine « Aide-soignant, un métier en baisse d'attractivité », janvier 2020

Infographie : L'hébergement des personnes âgées en établissement - Les chiffres clés - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-cles>

Infographie : L'hébergement des personnes âgées en établissement - Les chiffres clés - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-cles>

Amélie Roux pour le Pôle Ressources humaines hospitalières - *Attractivité paramédicale et difficultés de recrutement (Enquête de la Fédération hospitalière de France)* - # 590 Septembre - Octobre 2019 - REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE [WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR](http://WWW.REVUE-HOSPITALIERE.FR)

Staff santé - 22 novembre 2018 <https://www.staffsante.fr/contenu/soignants-un-taux-dabsenteisme-presque-deux-fois-plus-eleve-que-la-moyenne-nationale/>

Bruno Benque, Rédacteur en chef cadresante.com - *EHPAD : LE PARENT PAUVRE DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL* - Le 16/10/2015

Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés - septembre 2016 - DREES - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>

Tous nos contenus sur les « Risques psychosociaux » – (editions-tissot.fr)

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) - Brève histoire d'un concept - 25/11/2013 - <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

Qualité de vie au travail « Identifier et comprendre la QVT », Picardie

Accord national interprofessionnel « Qualité de vie au travail, Accord du 19 juin 2013 », Ministère du travail de l'emploi et de la formation professionnelle et du dialogue social.

Jean-Yves Paillé - Accidents du travail : les cinq chiffres à retenir - LA TRIBUNE - 14 Sept 2017 <https://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/chimie-pharmacie/accidents-du-travail-les-cinq-chiffres-a-retenir-750268.html>

Ministère des solidarités et de la santé - Stratégie pour favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux - La Qualité de vie au travail pour un accompagnement de qualité - Juin 2018

## **ANNEXES**

## Annexe 1 : Guide d'entretien

### Entretien avec IDEC/Cadre

Madame, Monsieur,

Etudiants en Diplôme Universitaire Infirmier(e) référent(e) et coordonnateur(trice) en EHPAD et SSIAD à l'Université Paris Descartes, nous avons porté notre attention dans le cadre de notre travail de fin d'études sur l'absentéisme et la qualité de vie au travail du personnel en EHPAD. Afin de confirmer ou non nos hypothèses, nous avons besoin d'échanger avec vous sur votre quotidien en tant qu'IDEC ou cadre.

1. Etes-vous cadre ou IDEC ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction au sein d'un EHPAD ? Dans cet EHPAD ?
3. Qu'appréciez-vous dans votre fonction au sein de l'EHPAD ? Qu'appréciez un peu moins ?
4. Etes-vous confronté à un absentéisme des soignants (AS et IDE) ?
5. A quoi sont liées les absences principalement ? (**Arrêts maladies courts et répétés, arrêts maladies longs, accidents du travail, burnout, CDD non renouvelé, démission...**)
6. Que pensez-vous de cet absentéisme auquel vous êtes confronté ?
7. Pensez-vous qu'il y ait un lien avec la spécialité, la gériatrie et plus spécifiquement l'EHPAD ?
8. Quelles justifications sont le plus souvent évoquées par les professionnels :
  - **Organisation du travail** : planning, horaires, travail en binôme ...
  - **Charge de travail** : nombre de résidents importants, dépendance accrue, troubles cognitifs en augmentation, personnel en sous nombre...
  - **Conditions matérielles** : locaux inadaptés, insuffisance du matériel...
  - **Aspect psychologique** : charge mentale et émotionnelle importante, manque de reconnaissance, de valorisation, d'écoute, d'échanges professionnels ...
  - **Autre** : ...
9. Qu'est-ce que vous évoque la Qualité de Vie au Travail ?
10. Dans votre établissement, des actions ont-elles été mises en œuvre pour la QVT des soignants ?
11. En tant qu'IDEC (ou cadre) comment pouvez-vous agir sur la QVT ?
12. Trouvez-vous que la QVT ait un effet sur l'absentéisme des soignants dans votre établissement ?
13. Quels leviers, en dehors de la QVT, pensez-vous pouvoir utiliser pour lutter contre l'absentéisme ?

## **Annexe 2 : Entretien 1**

### Entretien avec IDEC/Cadre (ED)

#### **1. Etes-vous cadre ou IDEC ?**

*Je suis IDEC dans un EHPAD privé lucratif ayant une capacité d'accueil de 104 résidents et une unité dédiée de 14 résidents.*

#### **2. Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction au sein d'un EHPAD ? Dans cet EHPAD ?**

*Je suis en poste depuis un an dans cet établissement et IDEC depuis 4 ans.*

#### **3. Qu'appréciez-vous dans votre fonction au sein de l'EHPAD ? Qu'appréciez-vous un peu moins ?**

*Je prends plaisir à mettre en place des projets pouvant avoir un impact direct sur le bien être des résidents et des équipes. La formation des équipes et le partage de connaissances est toujours très riche, il permet aussi la remise en question de ses pratiques personnelles. Dans mes postes précédents la gestion des plannings et de l'absentéisme n'était pas très agréable. Aujourd'hui je m'occupe uniquement du recrutement, les plannings sont faits par une autre personne, c'est très agréable. Un réel soulagement qui me libère du temps pour mon rôle propre d'IDEC. J'ai donc plus de temps pour être avec les équipes et évaluer les pratiques professionnelles.*

#### **4. Etes-vous confrontée à un absentéisme des soignants (AS et IDE) ?**

*A l'heure actuelle je suis en grande difficulté pour recruter des infirmières, il me manque la moitié de mon effectif.*

*Sur 5 infirmières une est en congé parental depuis un an, un poste non pourvu après une démission et une dernière en arrêt maladie depuis 2 mois. Je fonctionne actuellement avec des intérimaires mais depuis la campagne de vaccination Covid cela très difficile pour les agences d'intérim de répondre à nos demandes de missions. Quand il n'y a pas d'intérimaires nous fonctionnons par de l'auto-remplacement. Je remplace régulièrement pour éviter le surmenage de mon équipe restante.*

*Au niveau aide-soignant se sont des arrêts maladies de longues durées principalement. Sur 36 aides-soignantes actuellement 5 présentent des arrêts longues durées.*

*Je pallie à ces arrêts principalement avec des auxiliaires de vie sociale car les aides-soignantes diplômées veulent des CDI, là ce sont des CDD longue durée.*



## **5. A quoi sont liées les absences principalement ?**

*Pour les aides-soignantes pas de doute, elles ont un travail très physique, avec port de charges lourdes et beaucoup de pas. De plus le matériel technique ou les gestes et postures lors des manutentions ne sont pas toujours mis correctement en pratique.*

*Il y a aussi « l'usure ». Il y a quelques années il y avait peu d'aides techniques. Il y a donc des arrêts longues durées liés à des problèmes de santé. Ce sont des rythmes difficiles et cela vaut aussi pour les infirmières. Depuis le passage en 10 h nous avons moins de plaintes car il y a plus de repos, et donc une meilleure récupération physique et une meilleure vie personnelle. Depuis notre revalorisation en aides-soignantes, soit 14 en 10 heures par jour, il y a peu de courts arrêts. Ce sont des arrêts impérieux (décès de proche, épisode viral...).*

## **6. Que pensez-vous de cet absentéisme auquel vous êtes confronté ?**

*De façon récurrente la charge de travail est très souvent mise en avant, mais pour des raisons différentes entre les AS et les IDE.*

*Les infirmières gèrent beaucoup d'administratif, gestion des prescriptions, mises à jour des dossiers de soins, pression des familles, gestion des urgences diverses. C'est plus une fatigue psychologique. Les infirmières en EHPAD ont une charge mentale importante.*

*Pour les AS c'est plus une fatigue physique, même si les infirmières font beaucoup de pas. Les horaires tôt le matin (6h30), tard le soir (21h30), ou même la nuit. Sans oublier un week-end sur deux. Tout ça peut augmenter la fatigue ou compliquer la vie de famille. Il y a parfois un épuisement qui entraîne des changements professionnels.*

## **7. Pensez-vous qu'il y ait un lien avec la spécialité, la gériatrie et plus spécifiquement l'EHPAD ?**

*Je pense que le travail en EHPAD n'est pas mis en valeur et même parfois dévalorisé. Certaines spécialités comme la réanimation ou les urgences sont beaucoup plus valorisantes. L'image qui circule des EHPAD ne rend pas notre spécialité très attractive.*

## **8. Quelles justifications sont le plus souvent évoquées par les professionnels ?**

*Comme évoqué au-dessus la pénibilité, la charge de travail est très souvent évoquée. Malgré notre nombre d'aides-soignantes qui permet des conditions de travail satisfaisante dans notre établissement, ces propos sont récurrents.*

## **9. Qu'est-ce que vous évoque la Qualité de Vie au Travail ?**

*La qualité de vie au travail c'est le fait de s'épanouir dans son travail, de se sentir bien professionnellement.*

*Non je n'ai pas eu de formation particulière. Mais à l'heure actuelle je pense que tous les cadres souhaitent le bien-être au travail de leurs équipes, ce qui va nous permettre de créer une équipe engagée et motivée à long terme et d'éviter un turn-over important qui nous mobilise déjà beaucoup de temps.*

**10. Dans votre établissement, des actions ont-elles été mises en œuvre pour la QVT des soignants ?**

*Nous avons aménagé une salle de repos agréable. Nous organisons des temps conviviaux pour développer l'esprit d'équipe comme par exemple des repas de service.*

**11. En tant qu'IDEC (ou cadre) comment pouvez-vous agir sur la QVT ?**

*Je pense que nous avons peu de pouvoir sur les réelles difficultés du personnel en EHPAD. A notre niveau nous pouvons surtout soutenir notre équipe dans les difficultés du quotidien, en participant aux soins que ce soit infirmier ou nursing pour essayer de les soulager. En ce qui me concerne je pallie surtout au niveau infirmier car les AS sont en nombre. Le personnel souhaite clairement plus de moyens en personnel soignant et donc de meilleures conditions de travail. Mon équipe se plaint très souvent du manque de personnel alors que nous avons un nombre d'aides-soignants tout à fait convenable comparé à d'autres EHPAD aux alentours. Augmenter le nombre des personnels je peux comprendre, mais faut-il encore pouvoir trouver du personnel formé et qui ait envie de travailler en EHPAD.*

**12. Trouvez-vous que la QVT ait un effet sur l'absentéisme des soignants dans votre établissement ?**

*Je pense que la QVT à elle seule ne peut pas répondre aux problèmes d'absentéisme en EHPAD.*

**13. Quels leviers, en dehors de la QVT, pensez-vous pouvoir utiliser pour lutter contre l'absentéisme ?**

*Je pense que la formation du personnel, la valorisation du travail en EHPAD peut agir sur l'absentéisme.*

## **Annexe 3 : Entretien 2**

### Entretien avec IDEC/Cadre (SA)

#### **1. Etes-vous cadre ou IDEC ?**

*Moi en fin de compte, je n'ai pas mon diplôme de cadre de santé, j'ai fait des formations de management mais je n'ai pas mon diplôme, je suis faisant fonction, depuis 3 ans 1/2. J'ai fait une formation « animer, piloter, fédérer et manger une équipe ».*

#### **2. Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction au sein d'un EHPAD ? Dans cet Ehpad ?**

*3 ans 1/2*

#### **3. Qu'appréciez-vous dans votre fonction au sein de l'EHPAD ? Qu'appréciez un peu moins ?**

*Alors, euh , je vais commencer par ce que j'apprécie moins. En fin de compte ce que j'apprécie moins c'est euh être noyée par de la RH planning, pas de la RH relation humaine mais RH planning et je n'ai pas du tout d'appétence pour ça. Moi, en lien avec ma personnalité, je suis quelqu'un je pense de très dynamique et je suis plutôt sur des projets, travailler auprès des équipes, j'aimerais qu'on avance avec les équipes sur la démarche projet personnalisé, ... et on est absorbé par la RH ce qui fait qu'à un moment donné on priorise nos actions. Et puis ce qui me plaît, c'est les relations avec les professionnels finalement, on est une grosse équipe, ici, et ... ; on compose .....avec des personnes finalement, c'est-à-dire qu'on est tous là pour le résident mais nous en tant qu'encadrante, il faut qu'on compose avec des personnes, et des personnalités, voilà, mais ça finalement ça nous permet de grandir en tant qu'encadrante, de grandir professionnellement je trouve mais voilà moi depuis 3 ans 1/2 c'est, c'est une vraie réalité de terrain pour tous les encadrants , quel que soit le lieu d'exercice, je pense, de composer avec ces personnes et ces personnalités, donc on apprend finalement. Ce qui me plaît aussi dans mon travail mais faute de temps, c'est-à-dire j'aimerais le faire plus et je ne peux pas , c'est ce qui me plaît énormément c'est quand on travaille avec les professionnels sur les thématiques, euh sur voilà , sur réactualiser l'accompagnement du résident dans le cadre du projet personnalisé, travailler sur des thématiques, sur enfin de compte amener la réflexion auprès des professionnels sur des thématiques données ou sur des situations rencontrées, situations complexes rencontrées qui peut-être complexifie l'accompagnement et c'est les aider à cheminer sur leur pratique, donc ça voilà , j'adore ça , .... C'est peut-être aussi pour ça que je veux partir dans la formation aussi, mais finalement nos réalités de terrain font que pour moi, on ne le fait pas assez souvent et donc j'ai finalement une frustration par rapport à ça, par rapport à moi à ce que j'aimerais faire et nos réalités.*

#### **4. Etes-vous confronté à un absentéisme des soignants (AS et IDE) ?**

*Oui, on est confronté à un absentéisme qui est très variable, enfin moi depuis que j'occupe mon poste, c'est par période. Absentéisme infirmière, on va dire globalement non, absentéisme aide-soignante ou aide au soin oui. Actuellement, alors ça n'a pas été toujours le cas, on est sur une période inédite... et je pense que l'histoire de l'EHPAD nous rattrape. Alors , ..je suis en arrivée en 2019 ...non 2018, en 2017 et 2018 on a co-construit, mais avant que j'arrive, donc moi je suis arrivée en cours de co-construction, il y a une co-construction avec les équipes sur une réorganisation pour permettre une meilleure qualité de vie au travail des équipes avec un cycle de travail régulier, voilà qui leur permettrait de se projeter sur leur vie personnelles, de prendre des rdv etc etc, le quotidien, les mamans, un mercredi sur 2 de repos et jamais plus 3 jours consécutifs travaillés, donc ça voilà co-construit avec les équipes, validé par toutes les instances, qui a fait que finalement au démarrage de cette nouvelle organisation, au 1<sup>er</sup> avril 2019, je le dis avec mes termes, je pense que c'était l'euphorie de quelque chose de nouveau. L'euphorie mais néanmoins, nous en tant qu'encadrant il a fallu accompagner ce changement parce qu'il y avait beaucoup d'appréhension. Même si ça avait été co-construit, finalement ça ne l'avait pas été avec l'ensemble des professionnels, ça été co-construit avec des groupes, les groupes étaient les représentants par thématique, donc il y a eu beaucoup d'appréhension mais je pense globalement que ça s'est bien passé, dans le sens où moi je suis une communicante ,donc finalement les équipes avaient besoin de communiquer et voilà d'apaiser les appréhensions etc etc, on était là sur le terrain avec elles, on mettait la blouse blanche, on arrivait à 6h 40 , on a fini à 21h20, voilà globalement on était sur cette euphorie d'organisation et puis il y a eu les covid, les équipes se sont je pense investit, beaucoup investit et puis on retombe là même si on encore du covid, on retombe et on revient dans l'histoire du site. C'est-à-dire qu'on a des professionnels, pas tous, certains, je précise certains, mais certains peuvent envenimer un groupe, certains qui sont démotivés, qui ne sont pas au travail pour l'intérêt du résident et donc qui ne sont pas dans l'entraide et qui finalement qui sont dans un épuisement professionnel, qui devrait, je ne suis pas dans le jugement mais qui devraient se reconverter. Et plutôt que de se reconverter, ça fait 5 ans qu'ils parlent de mobilité mais ils ne le mettent en action et qui finalement ont des arrêts récurrents en fin de compte, parce que je pense il y a un épuisement professionnel. Alors l'épuisement professionnel l'origine je n'en sais rien, moi je ne suis arrivée que depuis 3 ans mais ces personnes finalement qui étaient déjà ciblées avant la nouvelle organisation ont eu un regain de peps avec la nouvelle orga mais on repart sur les travers, on repart sur les travers de plaintes, alors que l'orga elle n'a pas changé depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, elle est la même, on a eu un regain de vitalité et on repart sur des mécontentements qui ne sont pas justifiés. Par exemple, on me dit récemment, au mois de juin, il y a plus de dépendance dans l'EHPAD etc etc, moi quand je fais une photographie de 2021 du nombre de personnes dépendantes, des typologies qu'on accompagne etc etc, quand je recroise tout ça, je l'ai fait par le pur des hasards, parce que l'objectif premier quand j'ai fait tout ça , c'était pour autre chose pour la direction, quand je recroise tout ça, les GMP, les typologies*

accompagnées, le nombre de GIR1 , le nombre de GIR 2 etc etc, on est sur un accompagnement qui me semble moins lourd, moi important que ce qu'on avait en 2019 lorsque nos financeurs sont venus nous voir dans le cadre du CPOM. Donc on est finalement on est dans un état d'esprit, voilà c'est le terme qui convient, et toute la difficulté en tant qu'encadrant c'est comment agir sur un état d'esprit, voilà c'est ça la question. On n'est pas sur ces choses concrètes factuelles où on va pouvoir agir comme par exemple on a besoin de plus de matériel, on est sur un état d'esprit et c'est beaucoup plus subjectif. C'est aussi une notion de la valeur travail, valeur travail qui évolue pour certains, je reste très atténuée je ne veux pas mettre tout le monde dans le même panier, mais pour certains, ils ont perdu le sens profond de leur mission, le sens profond du choix de notre métier d'accompagnement et je dis bien, à la marge, quelques-uns mais les quelques-uns vont envenimer le collectif. Donc il peut y avoir parfois des choses compliquées, c'est par période aussi, et puis il y a des fois c'est beaucoup plus serein et puis ça repart enfin voilà, Et c'est le sens profond de notre mission de soignant avec un grand S, de prendre soin de ... d'accompagner, la base de notre métier, quel que soit notre métier finalement. Voilà, un agent d'accueil, une assistante, un agent, une aide-soignante, un cadre de santé une responsable hôtelière, n'importe qui au sein de l'établissement, on est là, pour la même chose, le résident. Le soin, l'accompagnement, le prendre soin. Dans l'histoire de cet établissement, je sais qu'il y a eu beaucoup de direction, il y a eu beaucoup de périodes où il n'y avait pas de direction, je ne sais pas si ça y contribue. Je sais aussi qu'on a une équipe plus âgée qu'à G. (l'autre site de l'EHPAD). Est-ce que finalement l'épuisement ne s'installe pas au fil de notre carrière parce que nos métiers sont difficiles, je ne sais pas, je suppose des choses. Mais finalement on a une moyenne d'âge de professionnels beaucoup plus âgée.

##### **5. A quoi sont liées les absences principalement ?**

Les absences pour moi, elles sont liées avec la valeur de travail, les valeurs professionnelles, peut-être l'épuisement dont je parlais qui est difficile, qui peut être présent pour certaines personnes qui ne se mobilisent pas alors qu'on a la chance d'avoir un accompagnement de nos services pour envisager une mobilité mais qui ne s'en saisissent pas, un état d'esprit.

En ce moment, mais c'est très variable selon les périodes, mais ne ce moment c'est que des arrêts longs et que des titulaires et principalement celles, dans moi ce que je connais d'elles de par les entretiens, qui sont dans un projet de mobilité depuis X temps, donc ça fait écho à de l'épuisement. Les arrêts longs qu'on a en ce moment on a eu des personnes qui n'ont pas été là de tout de l'été et qui sont déjà dans un projet de mobilité depuis 5 ans. Si on a un non-titulaire qui a été en arrêt tout l'été, je ne sais pas pourquoi, donc voilà je ne juge pas mais en tout cas il n'est pas là quoi, voilà il n'est pas là.

Pour les arrêts courts, ce que j'appelle arrêts courts ça va être 10/15 jours, les arrêts longs ça va être au-delà d'un mois. Les arrêts courts pour les troubles musculosquelettiques très peu, et on aussi, il y a

*cette notion d'épuisement mais on a aussi cette notion, je ne sais pas comment l'expliquer, on a aussi des personnes qui ont une fragilité personnelle, psychologique. Je ne sais pas comment le dire mais ça n'appartient pas à l'employeur en fin de compte. Les fragilités personnelles ne sont pas simples. On a un agent d'accompagnement qui a extrêmement mal parlé à E. (cadre hôtelier), elle ne va pas en rester là mais il y a un manque de respect, manque de respect et ... S. (ancien directeur de l'EHPAD) disait toujours et je suis fervente de ça « on a droit de ne pas être d'accord, on a le droit de dire les choses, mais c'est la façon de dire les choses » et ça fait écho à de l'éducation derrière. Après on a un certain nombre de professionnels qui ont plein de problèmes personnels mais nous on n'est pas là pour intervenir sur des problèmes à titre personnel mais qui font que, au travail ils n'ont pas l'esprit au travail. Je vais donner un exemple, tout simple, avec une infirmière qui a un projet de mobilité depuis, ben depuis que je suis arrivée, elle ne se mobilise pas, elle a été invitée à être accompagnée par le service Formations, absorbée par des problèmes personnels, au point où elle en a fait des erreurs au début d'année, erreurs qu'elle reconnaît à l'instant T mais quand on parle et qu'on analyse et qu'on parle avec elle sur ses manquements, son manque de rigueur, le fait qu'elle soit absorbée par ses problèmes personnels et qu'il faut qu'elle résolve. Elle est dans le déni total que ses problèmes personnels ont des conséquences sur son travail, avec des argumentations comme c'est un geste qu'elle n'a fait depuis longtemps, préparer de la morphine ! Moi je n'ai pas de soins depuis 11 ans mais je sais encore préparer de la morphine. A un moment donné, l'argumentation elle ne tient pas. Je cherche des échappatoires parce que je ne suis pas bien. Mais moi en tant qu'encadrante si la personne elle n'a pas bien pour des raisons personnelles, enfin moi je n'ai pas de pouvoir là-dessus.*

**Ce sont des choses que les professionnels vous disent ou c'est quelque chose que vous observez ou dont vous avez connaissance par un autre biais ?**

*Moi je ne suis pas quelqu'un d'intrusif, dans ma façon d'être en tant qu'encadrante, je ne vais pas être intrusive sur la vie privée des gens. Je trouve que c'est important. Ils déposent ce qu'ils ont envie de déposer. J'ai été très surprise, pendant mes fonctions finalement, de me rendre compte, parce que moi c'est pas mon fonctionnement et ça n'a jamais été mon fonctionnement auprès des encadrants, d'entendre et de voir tout ce qu'ils nous déposent sur leur vie privée, donc il y a des fois il faut aussi mettre du juste milieu, en tant qu'encadrante pour ne pas être justement absorbée par tout ce qu'ils nous racontent sur leurs problématiques et je trouve qu'il faut écouter, être disponible pour écouter mais trouver le juste milieu. Et donc, pour répondre à ta question finalement, c'est eux, d'eux-mêmes qui vont te raconter pleins de choses. Mais après moi mon travail, je n'ai pas à intervenir sur ce qu'il se passe dans leur vie privée, par contre, moi, en tant qu'encadrante, c'est de voir ce qu'il se passe sur le terrain, concrètement. Le travail effectué sur le terrain, c'est-à-dire est ce que ça correspond aux attendus de la collectivité. Je pense aussi pour en revenir aux aides-soignants, qu'il peut y avoir aussi une*

démotivation mais c'est propre à B., qu'il peut y avoir une démotivation en lien avec le manque d'impulsivité de la part de leurs encadrantes de proximité : les infirmières. Il y a une équipe infirmière qui est en poste depuis longtemps, L'équipe infirmière qui n'est plus du tout dynamique. Une, qui a un projet de mobilité depuis au moins 4 ans. Donc une équipe infirmière qui est, dans moi ce que j'en analyse, une équipe infirmière qui est beaucoup dans la plainte, jamais dans les propositions. Et finalement j'ai l'impression que ça déteint sur les équipes d'aide-soignants, d'être toujours dans la plainte, alors que c'est leur encadrante de proximité. Pour moi ça fait cascade. Donc entre, 2 personnes qui sont la plainte tout le temps tout le temps tout le temps, une qui est dans un projet de mobilité et une qui part à la retraite dans quelques mois, mais une qui a l'humilité de dire qu'elle fatigue, elle a l'humilité de la dire. Et puis la quatrième elle s'en va parce qu'elle en marre de porter les choses, elle me l'a dit, parce qu'elle s'est épuisée d'être dans un contexte. Moi je pense que, on peut intervenir sur une organisation pour une meilleure qualité de vie au travail amis ça ne suffit pas. Ça ne suffit pas parce que l'absentéisme pour moi est multifactoriel. Il peut être en lien avec une organisation pas du tout adaptée qui fait que les personnes vont être épuisée, ce qu'on a connu avant, moi quand je suis arrivée, c'était ça, des plannings des coupés, chez nous il n'y a plus de coupés, qui faisait que l'absentéisme pouvait se comprendre. On agit sur l'organisation, sur un cycle de travail régulier, un mercredi sur 2 pour les mamans, etc etc. Et finalement l'absentéisme revient, je pense que c'est un état d'esprit. Il y a des arguments qui ne tiennent pas, pour moi l'état d'esprit revient, en lien avec un épuisement. Je vais une comparaison avec un couple, quelque chose de nouveau. Une organisation nouvelle, c'est quelque chose de nouveau, d'accord. Une relation amoureuse nouvelle, c'est tout nouveau, c'est l'euphorie ! Tout est beau tout est rose, et au bout de 1 ou 2 ans, tu ne vois plus que les qualités, tu vois d'autres choses. Pour moi la nouvelle organisation, c'était beau et puis ça s'est essoufflé !

**6. Que pensez-vous de cet absentéisme auquel vous êtes confronté ?**

**7. Pensez-vous qu'il y ait un lien avec la spécialité, la gériatrie et plus spécifiquement l'EHPAD ?**

**Là en fait vous y avez répondu ?**

*Oui je pense , je pense*

**8. Quelles justifications sont le plus souvent évoquées par les professionnels :**

...

**9. Qu'est-ce-que vous évoque la Qualité de Vie au Travail ?**

*Pour moi la qualité de vie au travail, pas pour moi pour les équipes en fin de compte, c'est leur permettre d'avoir déjà un cycle de travail pour qu'elles puissent aussi sur un plan plus personnel aussi s'organiser. On est dans un monde de travail féminin, avec des mamans, et ça déjà ça contribue à la qualité de vie au travail.*

*Pour moi la QVT, c'est que l'établissement ne rechigne pas sur les dépenses. Ce qui est le cas. C'est-à-dire si on a besoin de matériel ou de techniques, on loue ! on n'a jamais eu il y a en a déjà trop, on ne loue pas....*

*Pour moi la QVT, c'est l'écoute. Je pense qu'elles en ont, avec tous les encadrants que nous sommes. Je pense qu'elles en ont, avec le bureau ouvert etc etc. Mais finalement, à une époque, si je reviens dans l'histoire, elles ont eu une directrice très autoritaire, qui n'arrêtait pas de dire : Taisez-vous c'est moi qui parle ! donc elles ont vécu dans la terreur. Là elles ont une équipe d'encadrement qui jongle entre cadre, écoute pédagogie etc etc mais ça ne suffit pas non plus. Je n'arrive pas même pas, je vous donne des suppositions, je n'arrive même pas à tout emboîter.*

*La directrice est restée plus d'un an, elles vivaient toutes avec la terreur. A l'époque, même la cadre a changé, c'était l'autoritarisme.*

*Finalement, être dans l'écoute ça ne suffit pas.*

*Par contre une chose à laquelle je suis très attachée, c'est le respect. Elles ont le droit de ne pas être d'accord mais elles doivent le dire avec respect et ce n'est pas le cas de tout le monde.*

*Sur l'autre site, individuellement, elles vont revenir faire leur mea culpa, pour s'excuser ! ici jamais ! je suis incapable de l'expliquer pourquoi. Ici je trouve qu'il faudrait travailler sur les valeurs essentielles de notre travail, professionnels, humaines. Ce serait une piste de travail. Ici c'est le cadre est multitâche et c'est normal parce qu'il a choisi d'être cadre. Sur l'autre site, c'est la reconnaissance que le cadre fournit du travail. Il fournit du travail, parfois il est dans son bureau mais c'est parce qu'il a plein d'autres choses à faire. Il y a quelques mois, ici, je me suis pris une réflexion par une aide-soignante : la cadre elle a qu'à sortir de son bureau !!*

*Je me suis expliquée avec elle individuellement mais là par contre, c'était un manque de respect, donc je suis intervenue de façon très synthétique devant tout le monde, sans me justifier devant tout le monde mais après à un moment donné il y a eu un recadrage dans le bureau parce que la cadre en gros il fallait qu'elle sorte de son bureau, comme si elle n'avait rien à faire dans son bureau, comme si elle ne faisait rien dans son bureau. C'est terrible ça. Sur l'autre site, j'ai toujours eu une reconnaissance des équipes, ici jamais, c'est normal tu es cadre, alors que c'est la même organisation. C'est lié à des histoires de vie individuelles, de l'éducation indirectement. Moi j'ai eu mon diplôme en 1997, je n'ai pas toujours été d'accord avec mes encadrants, j'ai dit les choses mais toujours avec respect, toujours. Il y a l'éducation, il y a, comment dire, il y a le niveau pas intellectuel mais de réflexion parce que le niveau est plus élevé sur l'autre site.*



**Est-ce que tu penses que c'est lié au niveau de diplôme ?**

*Euh, il y a plus de diplômée sur l'autre site oui, euh moi je serai tenté de dire que ce n'est pas une histoire de diplôme, par rapport à celles qui ont des débordements de langages, et pour tt elles ont connu une période difficile avec l'ancienne directrice.*

*Pour moi la QVT ça passe par pouvoir un échange*

**10. Dans votre établissement, des actions ont-elles été mises en œuvre pour la QVT des soignants ?**

**11. En tant qu'IDEC (ou cadre) comment pouvez-vous agir sur la QVT ?**

*Ça passe par la communication. Il faut pouvoir informer, dire les choses. Je suis très transparente avec les choses. Même si les choses ne sont pas forcément très, même si on est sur une loi, c'est comme ça. Je suis très importante, même si la chose n'est pas forcément idéale pour elles mais je dis les choses. Je suis quelqu'un qui a besoin de sens pour les faire. Si je n'ai pas de sens, je ne vais pas pouvoir la faire ou je vais mettre beaucoup de freins. Je fonctionne comme ça avec les équipes c'est-à-dire le pourquoi donner du sens, le pourquoi parce que je l'ai décidé ou le pourquoi parce que c'est une loi, mais ici ça ne suffit pas.*

*Par contre je reste convaincue qu'ailleurs ça suffit, la communication, le matériel etc etc... Par exemple ici il y a eu énormément de divorce en 2019, elles n'étaient pas bien mais moi je n'y peux rien, et c'était avant le covid. Même si c'est choisi ce n'est pas rien. Mais moi je n'y peux rien, mais celles qui était déjà épuisée avant, oui il y a eu des arrêts, en lien avec des situations personnelles. J'ai l'impression qu'il y a un contexte de société individuel qui est beaucoup, plus complexe que sur l'autre site finalement.*

**12. Trouvez-vous que la QVT ait un effet sur l'absentéisme des soignants dans votre établissement ?**

*La QVT pour moi ça ne suffit pas pour lutter contre l'absentéisme. Et je ne t'aurai jamais répondu ça en 2020. Je t'aurais dit l'inverse. On est finalement à 2 ans et demi de la nouvelle orga et le soufflé est retombé, comme un couple, rires.*

*Je reste convaincu que pour travailler en Ehpad, il faut des profils d'infirmiers qui dynamisent l'établissement. Ce qu'on n'a pas du tout. Moi qui ai travaillé en médecine en chirurgie, il y a des va et vient, des actes etc etc. Ici on sur de l'accompagnement, on est sur un projet de vie c'est leur dernier lieu de vie finalement, on n'est pas sur un service actif, et pour moi il faut aussi qu'on ait des infirmières qui puissent dynamiser le groupe. Moi je ne peux pas être toute seule à dynamiser, je pense. Je ne peux*

*pas être toute seule à dynamiser si derrière il y a des infirmières qui... Oui pour moi ça fait cascade. Pour moi c'est flagrant.*

*Il y aurait un travail de fond à faire sur le recrutement. Finalement, c'est le métier qui va mal, ils donnent plus envie. Avant c'était dans le bâtiment et aujourd'hui c'est dans le médico-social. Donc comment dans un jury, tu vas dire, il faudrait tel ou tel profil mais il faut revoir ses exigences à la baisse. Finalement on ne pose plus les mes questions qu'avant. Il y a des candidates qu'on prend aujourd'hui qu'on n'aurait jamais prises auparavant.*

*Je crains devoir vivre la même chose la semaine prochaine pour l'infirmier, il faut s'y attendre, le métier va mal.*

*Je l'ai réclamé haut et fort les analyses de la pratique ; mais fait avec nos psychologues mais elles ne pouvaient pas avoir les 2 casquettes. J'ai fait des pieds et des mains pour en avoir parce qu'elles avaient besoin de déposer des choses. Mais depuis la collectivité ne s'est pas soucier d'avoir un intervenant extérieur, on l'a eu ponctuellement par rapport au covid, mais on n'a pas d'occurrence.*

*On ne peut pas créer de changement chez quelqu'un. On peut les emmener à réfléchir. Soit il va changer lui-même et tant mieux il va continuer comme il l'a toujours fait. Je pense que les problèmes de fond qui reviennent, je retiens qu'il faudrait quelqu'un extérieur à l'encadrement qui intervienne sur des fondamentaux, des thématiques précises, comme qu'est-ce que le respect, c'est quoi l'écoute, qu'est-ce que prendre soin de l'autre, travailler sur des valeurs !*

### **13. Quels leviers, en dehors de la QVT, pensez-vous pouvoir utiliser pour lutter contre l'absentéisme ?**

*Une question qui pourrait ouvrir sur une autre réflexion, c'est comment ce qui marche à un endroit, avec un encadrant ne fonctionne pas ailleurs avec un autre encadrant ?*

## **Annexe 4 : Entretien 3**

Entretien avec IDEC/Cadre (YV)

### **1. Etes-vous cadre ou IDEC ?**

*Je suis cadre. Je suis diplômé de 2014.*

### **2. Depuis combien de temps exercez-vous cette fonction au sein d'un EHPAD ? Dans cet EHPAD ?**

*J'exerce en EHPAD depuis 7 ans. Dans cet EHPAD depuis 2 ans dans cet EHPAD.*

### **3. Qu'appréciez-vous dans votre fonction au sein de l'EHPAD ?**

*Alors moi j'avais un parcours hospitalier et ce que j'apprécie en EHPAD c'est quand même qu'il y a plus de relationnel, plus de contact, bah déjà avec les résidents forcément on les côtoie sur du long terme et puis même avec les familles. Même si des fois c'est compliqué moi j'aime le côté relationnel et petite équipe aussi au sein de l'EHPAD.*

### **Qu'appréciez-vous un peu moins ?**

*Bah c'est vrai qu'actuellement je me sens bien dans mon travail. Après des fois peut être d'avoir fait le tour. Ce qui manque en EHPAD, même si là on a un nouveau directeur et qu'on va faire un peu d'innovation, ce sont les projets. Enfin je ne sais pas... même au niveau basique des soins d'hygiène on est vraiment en retard par rapport au monde hospitalier mais ce qui est normal, ici on est en lieu de vie. C'est ce qui pourrait un petit peu faire qu'on est un peu dans la routine.*

### **Vous n'avez pas eu l'occasion encore de développer des axes particuliers ?**

*Après le contexte est particulier. J'étais dans une structure associative avant alors bon je découvrais un petit peu. C'était un fonctionnement... Euh, là voilà j'ai beaucoup appris et après bah ce qui était un peu compliqué c'est que j'étais avec des équipes qui avaient une grosse réticence au changement, c'était un gros frein au changement donc voilà. Et puis bah ici avec le contexte covid, enfin en gros je suis arrivé ça fait 2 ans et quelques mois après y'a eu la COVID. Puis une direction qui a changé donc là... en fait souvent en EHPAD, il y a un renouveau quand on change de direction.*

### **4. Etes-vous confronté à un absentéisme des soignants (AS et IDE) ?**

*Non... Enfin vraiment de manière ponctuelle, on n'en souffre pas. Il n'y a personne dans l'équipe qui s'absente de manière régulière. Après on a des manques de poste, mais les absences du coup sur un planning fait avec des vacataires ou des titulaires il y a rarement d'absence de dernière minute.*

**D'accord et vous arrivez en ce moment notamment à remplacer facilement quand il y a des vacances etc. ?**

*Euh les soignants ça va... parce que comme on est dans un EHPAD privé il y a quand même des... on va dire il n'y a pas forcément des aides-soignantes diplômées. Voilà, donc du coup il y a des faisant fonction. Au niveau infirmier, c'est depuis huit mois les remplacements sont vraiment difficiles. Surtout si on n'a pas un pool de vacataires fiables c'est très compliqué. Juillet a été compliqué avec... bah... il a suffi qu'on est en arrêt maladie infirmière et c'était l'enfer. Il y a des avantages mais actuellement... J'en ai discuté avec des boîtes d'intérim et il y a beaucoup d'infirmiers actuellement qui préfèrent ne pas s'engager et qui font vraiment que de l'intérim et au plus offrant. De toute façon on voit que tout est négocié et après ici on a de la chance parce qu'il y a 4 postes infirmiers. Je n'ai jamais eu les quatre en CDI. Déjà c'était compliqué de recruter et en fait on a des vacataires assez réguliers et là on a eu de la chance, on a un infirmier on a un infirmier qui en avait marre de faire de l'intérim. Il voulait se poser pour des raisons familiales donc qui est là en CDD. Mais bon juillet a été compliqué mais bon quand je suis là ça va. Après ce sont des imprévus, un infirmier vacataire qui avait pris beaucoup de jours en août et puis sa maman est tombée malade du COVID donc... Ben... Il est parti aux Antilles s'en occuper. Bon mais là encore avec de la chance on a trouvé une jeune diplômée qui acceptait d'être là pour 3 mois. On a souffert mais là ça va.*

**5. A quoi sont liées les absences principalement ? (non posée)**

**6. Que pensez-vous de cet absentéisme auquel vous êtes confronté ?**

*J'essaie de me référer à mon ancien EHPAD où c'était plus compliqué mais au niveau RH en général c'est un peu... peut être maintenant... j'ai un petit peu de recul sur la profession et du fait des changements de direction... enfin c'est compliqué... le défi c'est que les gens aient envie de venir travailler. Et là actuellement on fonctionne beaucoup à la confiance et à l'investissement sur des petits... enfin on essaie de faire des microprojets pour qu'ils soient valoriser parce que... enfin je parle surtout au niveau des soignants. Ils se sentent souvent dévalorisés, y compris par les familles des fois. C'est une réalité, ils leur parlent très mal ou qui... enfin voilà... qui les prennent pour des bonnes. Je trouve qu'actuellement ça fonctionne parce qu'on est un établissement qui n'avait pas de souci d'absentéisme mais on a eu des soucis de harcèlement entre collègues. Donc voilà... du coup il y a eu un gros travail de fait à cet égard... donc on s'est séparé des gens, mais du coup c'est beaucoup mieux au niveau soignant. Il y a une sérénité quand même actuellement. Ils travaillent ensemble. Il y a des équipes qui se sont reformés... enfin même si c'est... on va dire... par étage elles sont 3. De former une équipe ça prend quand même du temps, de se connaître parce que dans le travail d'équipe on fait avec les qualités et les défauts de l'autre et chacun palie à l'autre... enfin chacun s'imbrique et chacun fait avec ce qu'est*

*l'autre. Et donc là ça commence à fonctionner. Ce n'est pas idéal hein mais là ça commence à fonctionner.*

### **7. Pensez-vous qu'il y ait un lien avec la spécialité, la gériatrie et plus spécifiquement l'EHPAD ?**

*Oui parce que pour avoir connu le milieu hospitalier, ici pour les soignants il y a une certaine fatigue physique qui est vrai parce que c'est compliqué le travailler en EHPAD. C'est environ dix à onze toilettes par matinée donc c'est très physique. Et puis aussi une fatigue des fois psychologique parce qu'il y a des résidents qui sont pas faciles. Il y a des familles aussi qui ne sont pas faciles donc... c'est toujours vexant pour un soignant qui fait au mieux pour un résident d'avoir des reproches. Après c'est parce qu'on a vu des exemples dernièrement avec une résidente avec qui ça se passe très bien, avec sa fille aussi, une résidente qui va beaucoup mieux et il y a quelqu'un d'autre de sa famille qui est venu et qui a fait beaucoup de reproches. Quand je suis revenue de congés, les soignants étaient vraiment atteints. C'est une réalité dont je parle. On peut avoir des doutes sur certaines prises en charge... là j'ai aucun doute. Les soignants manquent de reconnaissance des familles et je pense aussi de l'encadrement parce que souvent c'est ce qu'ils demandent, y compris les infirmiers. Du coup je parle plus de mon poste mais on est entre les deux. On doit quand même leur dire quand ça ne va pas mais dire aussi aux familles que quand elles exagèrent. Après c'est compliqué, on marche sur des œufs. Il faut savoir le dire quand les soignants font bien leur travail. Je pense qu'il y a un besoin de reconnaissance de toute façon.*

*Il y a aussi un autre point... alors du coup qui touche plus la vie personnelle des soignants... enfin en tout cas dans les deux EHPAD... c'est souvent des femmes qui ont un statut assez précaire... enfin qui s'occupe de leur famille en France mais aussi souvent dans un autre pays étranger... donc il y a souvent une pression. Je pense que du coup c'est vrai que des fois je ne connais pas tout... mais des fois elles ont un trop gros problème, elles sont obligées de venir me voir en me disant là je ne pourrais pas travailler. Elles me confient des choses mais des fois elles doivent s'occuper de... enfin je ne sais pas... des enfants, des cousins, des nièces, de quelqu'un qui est décédé. Enfin elles ont une charge aussi mentale des fois importante et des fois elles sont fatiguées et des fois elles vont au-delà de leurs possibilités physiques.*

### **8. Quelles justifications sont le plus souvent évoquées par les professionnels ?**

*Souvent les absents c'est... mal quelque part... on va dire des douleurs diverses pas vraiment argumenté sans forcément d'arrêt de travail mais aussi un recours aux arrêts de travail plus facile que dans d'autres professions.*

**Lié à leur charge de travail, leurs horaires, le travail isolé sans pouvoir travailler en binôme ?**

*C'est toujours compliqué. Elles demandent beaucoup... enfin elles disent souvent il faut qu'on soit en binôme... mais en même temps quand on leur dit là il faut le faire en binôme elles ne le font pas par manque de temps. En fait souvent on leur demande... l'idéal serait d'avoir un soignant de plus mais ce n'est pas possible même si après voilà il y a des aides ponctuelles, nous on a une psychomotricienne qui peut aider ou avoir un œil qui peut sur des toilettes compliquées mais voilà c'est tout. Mais c'est vrai qu'elles aimeraient... souvent ils me disent : il faut la faire à 2... oui je suis d'accord, il faut mais je n'ai personne en plus pour. Et le temps qui est détaché à deux pour l'une et bah du coup il y en a un autre qui peut en pâtir. Ou ça peut être de l'aide au repas enfin voilà... malheureusement même si est un lieu de vie, c'est ce qui peut être un peu compliqué, on ne peut pas accéder à toutes les demandes individuelles de soins. C'est compliqué... là on a une dame qui est arrivé, sa famille souhaiterait qu'elle mange au restaurant midi et soir mais le soir c'est pas possible parce que je ne peux pas détacher un soignant pour l'aider le soir. Elle a besoin d'aide, de stimulation sinon il ne mangera pas et on peut pas. Ça veut dire que pour une dame c'est quatre ou cinq résidents qui vont mal manger ou ne pas être couchés. C'est vrai que c'est compliqué les contraintes. Et les familles ont du mal aussi à comprendre d'autant plus que... ça je le ressens plus dans le privé que dans l'associatif parce qu'elles payent. Je l'entends plus que quand j'étais dans l'associatif mais voilà c'est vrai que le prix c'est global.*

#### **9. Qu'est-ce que vous évoque la Qualité de Vie au Travail ?**

*La qualité de vie au travail pour moi, c'est offrir enfin dans l'établissement, d'offrir les meilleurs enfin... d'améliorer le quotidien. Alors nous on essaie de travailler... alors bon il y a tout ce qui aide au travail... enfin lève malade. Là on essaye de travailler avec un exosquelette pour soulager les charges enfin on va avoir une aide-soignante test. Après la qualité de vie au travail c'est aussi... enfin nous c'est une des choses qui pêche ici... c'est d'avoir des vrais lieux de repos. En fait l'établissement est trop petit donc il y a une petite salle où elles font leur repas et normalement il y a une salle de repos mais qui est au sous-sol, qui n'est pas du tout accueillante. Si j'avais la possibilité de faire une pièce en plus, je pense que déjà pour elles ça leur ferait du bien parce que c'est important d'avoir une vraie pause où elles se reposent. Souvent elles n'habitent pas forcément à côté donc ce sont des filles qui se lèvent vers 4 ou 5h du matin. Donc elles ont besoin d'une vraie pause pour reposer leur esprit et leur corps et là pour l'instant on ne leur offre pas. La qualité de vie au travail c'est plein de choses. C'est se sentir reconnu par ses collègues, par la hiérarchie enfin ça passe par des règles de politesse du quotidien. C'est juste dire Bonjour. Quand elles ont besoin de parler d'un problème être à l'écoute. C'est de pas se sentir brutalisé par les résidents parce que c'est ça aussi qui est compliqué des fois... enfin je pense que vous connaissez. Il y a des résidents agressifs qui tapent, qui crachent ou des familles agressives. Enfin et du coup voilà... c'est reconnaître aussi leurs difficultés du quotidien.*

**10. Dans votre établissement, des actions ont-elles été mises en œuvre pour la QVT des soignants ?**

*Alors là on a commencé... mais ça commence tout juste. On a fait une première formation pour les acteurs PRAPS (programme accès aux soins et à la prévention) qui ont fait avec un intervenant qui a remontré les gestes d'ergonomie. Enfin mais c'est quelque chose... enfin voilà... moi j'ai suivi la formation et c'était déjà trop dense. En effet le groupe essaie de mettre en place une politique pour tout ce qui est troubles musculo-squelettiques... enfin pour les éviter. Je pense que c'est quelque chose qui va prendre fin voilà... dans 5 ans il y aura peut-être des bénéfices. Après il y a aussi des actions... euh... toutes les chambres, ont les équipes de rails de transfert. Après c'est nouveau donc y a peu d'adhésion pour l'instant. Il y a peu d'adhésion parce qu'en fait il faut beaucoup de suivi mais ça faciliterait leur travail. Il faut qu'elles se rendent compte que ça facilitera leur travail. En fait parfois c'est le cas sur des soignants qui viennent d'autres établissements où c'est utilisé. Elles leur montrent ou elles leur disent que c'est bien. Mais sincèrement ça se fera progressivement. Ici en tout cas, dans l'établissement il y a beaucoup de réticence à utiliser le matériel d'aide au lever. Elles ont l'impression de perdre leur temps.*

**11. En tant qu'IDEC (ou cadre) comment pouvez-vous agir sur la QVT ?**

*Moi c'est vrai que j'ai toujours un principe parce que je trouve que c'est important... c'est vrai que tous les jours je vais voir... je passe partout. Déjà pour voir si tout le monde va bien et j'ai j'essaye de dire Bonjour à tout le monde et puis voilà. J'essaye aussi d'avoir des moments... enfin je vais aux transmissions... je m'intéresse à elles, j'essaie d'être à l'écoute enfin si j'écoute que quelque chose ne va pas... Enfin voilà j'essaye de m'intéresser au mieux et après moi j'essaye aussi de reporter du coup à mon directeur quand je sens des tensions ou un malaise sur certains points, parce qu'il y a des moments où je ne sais pas... on a des réunions un peu de cadrage... bah c'est de lui dire voilà comment ils réagissent là. Par exemple, là il y a eu des paroles un petit peu maladroites. Et puis après on essaye aussi actuellement d'essayer d'organiser des moments conviviaux avec les équipes, des moments ou ben voilà on parle pas du tout de boulot et où on va boire un verre, on mange quelque chose ensemble. Après du coup c'est très court parce qu'elles doivent repartir puis c'est après le travail mais voilà. On ne fait pas ça tous les mois mais on a fait ça 2 ou 3 fois par an.*

**12. Trouvez-vous que la QVT ait un effet sur l'absentéisme des soignants dans votre établissement ?**

*Je pense que oui parce que je retiens toujours un peu pour l'établissement un exemple de de la crise sanitaire. Où voilà tout le monde avait peur et c'est normal mais on n'a pas eu d'absentéisme... enfin il y a des gens qui se sont arrêtés pour des raisons médicales mais on n'a pas eu de refus de travailler dans l'unité COVID. Enfin voilà... parce qu'on était là et je pense qu'elles se sont senties soutenues et*

*qu'elles ont vu qu'on était là physiquement aussi, on ne les a pas laissés. On a tous fait, je pense, des grandes journées et on a eu très peu d'absence. En fait, sans mentir je pense que l'équipe était quasiment au complet tout le temps. Donc je pense aussi que ce qu'on avait commencé à instaurer avec notre nouvelle direction a commencé à agir. Du coup elles étaient là en poste alors qu'elles auraient pu se dire bon bah on arrête, parce qu'il y avait vraiment un vécu à la première vague. C'était compliqué quand même. Je pense qu'ils ont besoin de sentir qu'en cas de problème on est là enfin moi c'est ce que j'essaie de dire, c'est de leur dire que bon bah si ça ne va pas bon, bah je peux aider. Aujourd'hui j'essaie de leur dire que quand ça ne va pas, je peux pas tout voir, alors faut pas hésiter à me dire. Y a 3 unités je suis à droite à gauche donc du coup je préfère qu'elles me parlent quand y a un souci.*

### **13. Quels leviers, en dehors de la QVT, pensez-vous pouvoir utiliser pour lutter contre l'absentéisme ?**

*Dans la qualité de vie au travail, je pense qu'il y a aussi le fait d'être investi dans les projets de l'établissement. Après je sais pas si... je n'ai pas vérifié... je ne sais pas si en augmentant les soignants ça diminuerait l'absentéisme. Je ne sais pas... je crois pas. Je pense que quand on s'absente, c'est plus profond qu'une histoire financière. Alors ça compte bien sûr, par contre ça compte dans l'autre sens, par contre nous ça arrive qu'on ait une absence d'une journée... ben souvent la direction est d'accord pour que les soignants aient des heures supplémentaires comptées. Enfin voilà, après ils ont besoin qu'on les reconnaisse par contre quand ils ont une journée de galère parce qu'il manque quelqu'un... pas comme si de rien n'était. Pour moi la clé c'est la reconnaissance, de tout, de tout ce qu'il faut faire et de ce qu'ils font et ce qu'ils sont, et que c'est de reconnaître aussi l'individu comme tel et que l'individu c'est pas le même et qu'il ne fonctionne pas pareil.*

*C'est quand même tout ce qui a été dans la qualité de vie au travail parce que c'est lié à l'équipe. Dans nos métiers de soins, la notion d'équipe est importante même si c'est qu'un binôme mais pour moi cette notion est importante. Je ne sais pas, on va dire qu'une aide-soignante qui est bien payé, si elle travaille à deux avec quelqu'un, par exemple la nuit... c'est là où on le ressent la nuit... quand il y a un problème dans une équipe... nous elles sont trois... Il y a vite des soucis. Ou des fois ça peut être un conflit. Moi ça m'est arrivée dernièrement, j'avais convoqué enfin demandée des explications sur une plainte d'une résidente et du coup elles se sont un peu disputées parce que y en a une qui a eu l'impression que l'autre ne la soutenait pas parce qu'elle était pressée de partir le matin et qu'elle n'est pas restée avec sa collègue. Elle m'a appelé le soir parce qu'elle ne voulait pas travailler ensemble... du coup ça aurait pu avoir un impact. Après tout s'est arrangé mais c'est très important. En fait l'entente entre les équipes, là actuellement de nuit, on le sait c'est compliqué. Elles sont obligées de travailler à deux sur certains changent. On sait que ça ne fonctionne pas forcément très bien. Ici elles sont trois de nuit dont une qui est en unité de vie protégée. Ça peut être un facteur... ça va il n'y a pas d'absentéisme... mais ça peut*



*être un facteur d'absentéisme je pense de ne pas s'entendre. L'entente est d'autant plus importante que les résidents en pâtissent forcément quand les gens ne s'entendent pas.*

## RESUME

L'absentéisme en EHPAD est une difficulté rencontrée au quotidien par les IDEC ou Cadres de santé. En tant que managers, nous sommes amenés à nous interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour y apporter des solutions. Le développement de la qualité de vie au travail (QVT), peut-il agir sur l'absentéisme du personnel ? A travers nos recherches nous avons voulu d'abord comprendre les causes, les conséquences de cet absentéisme, définir ce qu'est la QVT et chercher à établir l'existence ou non d'un lien entre les deux. Nous avons interrogé des cadres de santé et des infirmières coordinatrices (IDEC) sur leurs vécus, leurs perceptions de cette situation et sur les leviers qu'elles mettaient en place pour y faire face, afin de confronter nos recherches et la réalité du terrain.

De façon unanime, toutes ont confirmé que leurs missions étaient fortement impactées par cette problématique croissante, allant même jusqu'à influencer sur la vision positive qu'elles ont de leur métier.

Des points communs ont été mis en évidence entre nos recherches et leur expérience. L'absentéisme peut s'expliquer par une pénibilité physique et psychique, un manque de reconnaissance du domaine gériatrique, un manque de moyen en personnels et une perte de sens de la mission.

Outre la réflexion sur les actions et les moyens à mettre en place pour limiter cet absentéisme, en agissant sur la qualité de vie au travail de nos équipes, nos investigations nous ont menés à nous interroger bien au-delà. Également à nous questionner sur l'existence d'éventuelles corrélations entre le bien-être au travail des cadres ou des IDEC et celui de leurs équipes.

**Mot clés :** EHPAD - Absentéisme - Qualité de vie au travail - Infirmière Coordinatrice – Management

## ABSTRACT

Absenteeism in residential facilities for dependent elderly people (EHPAD) is a problem encountered on a daily basis by nurse coordinators (IDECs) or health executives. As managers, we are led to wonder about the means to be implemented to bring solutions. Can the development of quality of life at work (QWL) have an impact on staff absenteeism ? Through our research, first we wanted to understand the reasons and consequences of this absenteeism to define what QWL is and try to establish whether or not there is a link between the two. We interviewed health executives and nurse coordinators (IDECs) about their experiences, their perceptions of this situation and the levers they were putting in place to deal with it in order to compare our research with the reality on the ground.

All of them unanimously confirmed that their missions were strongly impacted by this growing problem even going so far as to influence the positive vision they have of their occupation.

Common points were highlighted between our research and their experience. Absenteeism can be explained by physical and psychological hardships, a lack of recognition of geriatric field, a lack of staff resources and a loss of meaning in the mission.

In addition to the reflection on the actions and the means to put in place to limit this absenteeism, by acting on the quality of life at work of our teams, our investigations led us to question ourselves far beyond. Also to question ourselves on the existence of possible correlations between well-being at work of health executives or nurse coordinators and that of their teams.

**Keywords :** Residential facilities for dependent elderly people (EHPAD) - absenteeism - quality of life at work - nurse coordinators - management