



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES



Université de Paris

“Attractivité de l’exercice IDE en EHPAD”

Mme CURIS PHELIP Blandine

Mme AHITE Carine

Mme ROBIN BARIL Martine

Mme BAYER MONTEBAULT Maryline

Directeur de mémoire : Grégory LEDOUBLEE

**Diplôme Universitaire Infirmier(ère) Référent(e) et Coordinateur(trice)
en EHPAD et en SSIAD**

Promotion 2022

REMERCIEMENTS	2
RESUME/ABSTRACT	3
ABREVIATIONS/ACRONYMES	4
INTRODUCTION	5
I. SITUATION D'APPEL	6
II. HYPOTHÈSES	8
III. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	9
3.1 L'évolution et le regard sociétal de la prise en soin des personnes âgées. 9	
3.2 L'évolution du métier et l'image de l'infirmier(ère)	11
3.3 Les générations X, Y et Z	12
IV. CONCEPTS	13
4.1. Le "Care"	13
4.2. La "Bientraitance"	14
4.3. La "Qualité de vie au travail"	16
4.4. Le "Travail d'équipe"	18
V. METHODOLOGIE DE L ENQUETE	20
5.1. Organisation de l'enquête	20
5.2. Choix de l'outil	20
5.3. Déroulement de l'enquête	21
5.4. Limites et freins	21
VI. RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION	22
CONCLUSION.....	42
ANNEXES	44

Nous tenons à remercier particulièrement notre Directeur de Mémoire, Grégory LEDOUBLEE, qui nous a guidé avec patience et bienveillance, et dont les conseils avisés et pragmatiques nous ont permis de réaliser ce travail.

Nous remercions également Philippe LOPES dont les conseils techniques nous ont été très utiles, ainsi que Brigitte FEUILLEBOIS et l'ensemble de l'équipe pédagogique.

Enfin, nous tenions à remercier les professionnels des IFSI sollicités qui ont à l'unanimité répondu positivement à la diffusion de notre questionnaire et enfin un grand merci au panel d'étudiants infirmiers de 3ème année ayant pris le temps de collaborer à notre enquête.

La problématique à l'origine de ce mémoire, concerne un manque sans précédent de candidatures aux postes infirmiers notamment au sein des EHPAD dans lesquels nous travaillons. Cette carence est effective depuis au moins 2 ans, particulièrement depuis 2021 et nous amène à nous interroger : En quoi l'exercice IDE en EHPAD n'est-il plus attractif ?

Nos hypothèses sont nombreuses, les raisons de ce contexte sont probablement multifactorielles : le manque d'infirmier(e)s sur le marché du travail, la sollicitation excessive de celles en poste, l'image sociétale et médiatique des EHPAD, la dégradation des conditions de travail, la dépendance accrue du public accueilli, aggravées par la crise du COVID 19, ne sont que quelques-unes d'entre elles.

La méthode utilisée est une enquête sous forme de questionnaire. Les questions ouvertes ou fermées étaient à destination des étudiants infirmiers de fin de 3ème année, puisque ce sont les professionnels arrivant sur le marché du travail. Ce questionnaire nous permettra de confirmer ou infirmer nos hypothèses en recueillant leurs attentes, leurs souhaits, et les raisons de leurs choix futurs.

Les résultats de notre analyse nous montrent que moins de 20% de ces futurs professionnels souhaitent exercer en milieu médico-social. Ils sont toujours attachés aux valeurs des soignants, "le prendre soin", ou les soins relationnels, mais aussi à la diversité des champs d'action du métier. La qualité de vie au travail et le travail d'équipe sont des critères fondamentaux conditionnant le choix des postes infirmiers pour ces jeunes diplômés. Enfin, le rôle des IDEC en EHPAD est un enjeu majeur d'attractivité de la profession dans ce milieu, notamment la gouvernance managériale associée à l'amélioration des conditions d'accueil et d'exercice de ces futurs stagiaires et nouveaux professionnels.

ABSTRACT

The problem at the origin of this dissertation concerns an unprecedented lack of candidates for nursing positions, particularly in the EHPADs in which we work. This shortage has been effective for at least 2 years, particularly since 2021, and leads us to ask ourselves : Why is the practice of nursing in EHPAD no longer attractive ?

Our hypotheses are numerous, the reasons for this context are probably multifactorial : the lack of nurses on the job market, the excessive sollicitation of those in post, the societal and

media image of EHPAD, the degradation of working conditions, the increased dependence of the public received, aggravated by the crisis of COVID 19, are only some of them.

The method used was a questionnaire survey. The open and closed questions were intended for nursing students at the end of their third year, since these are the professionals entering the job market. This questionnaire will allow us to confirm or deny our hypotheses by collecting their expectations, their wishes, and the reasons for their future choices.

The results of our analysis show us that less than 20% of these future professionals wish to work in the medical-social field. They are still attached to the values of caregivers, "taking care", or relational care, but also to the diversity of the fields of action of the profession. The quality of life at work and teamwork are fundamental criteria in the choice of nursing positions for these young graduates. Finally, the role of the IDEC in EHPAD is a major issue in the attractiveness of the profession in this environment, particularly the managerial governance associated with the improvement of the conditions of reception and practice of these future trainees and new professionals.

ABREVIATIONS et ACRONYMES

ARS : Agences Régionales de Santé

AS : Aide-Soignante

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

DLU : Dossier de Liaison d'Urgence

DREES : Direction de la Recherche des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques

EEAP : Etablissement et Service pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées dépendantes

EMS : Etablissements Médico-Sociaux

ESI : Étudiants en Soins Infirmiers

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FNESI : Fédération Nationale des Etudiants en Soins Infirmiers

FV : Foyer de Vie

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

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

IME : Institut Médico Educatif

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MEDCO : Médecin coordonnateur

MIT : Management et Ingénierie du Tourisme

PCA : Plan de Continuité de l'Activité

QVT : Qualité de vie au travail

SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile

UVP : Unité de Vie Protégée

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les Hôpitaux, les EMS, ainsi que les professionnels du domicile “tirent la sonnette d'alarme”, en s'inquiétant du manque de personnel soignant. Une pénurie qui se concentre essentiellement pour la profession infirmière et qui pousse de nombreux établissements à fermer un certain nombre de lits, voire de services complets notamment dans le secteur gériatrique mais aussi au sein des EHPADs, pour lesquels les recrutements, en CDI entre autres, deviennent très difficiles, alors même que la demande dans ce secteur d'activité ne cesse de croître.

Face à cela, la population vieillit, avec l'arrivée prochaine de la génération des baby-boomers, le nombre de personnes dépendantes pourrait augmenter de 1,3 million en 2016 à 2,4 millions en 2060. Cela représente un enjeu majeur et interroge sur la place des personnes âgées dans notre société. Madame Myriam EL KHOMRI remet le 29 octobre 2019 son rapport au ministre des Solidarités et de la santé Madame Agnès BUZYN, il stipule que « pour répondre au vieillissement démographique et améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées, près de 93000 postes supplémentaires¹ devront être créés dans les 5 prochaines années (2020-2024), et pour pourvoir les postes vacants, 260000 professionnels devront être formés sur la même période. Les métiers du Grand âge sont des métiers d'avenir, porteurs de sens, pour lesquels des perspectives d'évolution doivent être renforcées dans les EHPADs et créées pour le domicile »².

Devant un secteur en crise, et un manque d'attractivité réel et inédit, les pouvoirs publics annoncent une volonté de mise en œuvre de mesures et d'un plan de mobilisation nationale s'appuyant sur les différents travaux réalisés à ce jour, (Rapport Myriam El Khomri, Rapport

¹ Ensemble des professionnels prenant en soins les personnes âgées

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/personnes-agees/article/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-l-attractivite>

Dominique Libault “Concertation Grand Âge et Autonomie”, Rapport Jeandel-Guerin etc.).Le temps de formation d'un(e) IDE demande 3 années, nous sommes dans l'incertitude post diplôme du choix d'orientation vers un exercice en EHPAD.

Notre problématique s'est appuyée sur une situation vécue pour laquelle nous nous posons la question : « **En quoi l'exercice IDE en EHPAD n'est -il plus attractif ?** ».

Cette situation oblige les structures à s'adapter pour veiller à la continuité des soins avec des IDE vacataires, intérimaires ou parfois non remplacé(e)s pendant des mois, voire avec des aides-soignant(e)s ou étudiants infirmiers auxquels certains actes IDE sont confiés, sous la responsabilité de l'infirmier(e). Il (elle) se retrouve alors seul diplômé(e) avec une charge de travail accrue. Cela ne lui permet plus de s'épanouir dans ses missions et ne facilite pas son investissement et son maintien en poste au sein de l'établissement.

Afin de répondre à cette problématique, nous avons effectué dans un premier temps une recherche bibliographique et dégagé plusieurs thématiques et concepts :

- > L'évolution et le regard sociétal de la prise en soin des personnes âgées
- > L'évolution du métier et l'image de l'IDE
- > Les générations X, Y et Z
- > Les concepts : le “Care” ; la “Bientraitance” ; la “Qualité de vie au travail” ainsi que le « travail d'équipe ».

Dans un second temps, nous avons réalisé une enquête auprès des étudiants IDE de fin de 3ème année de 9 IFSI du territoire national, l'analyse des résultats de cette enquête nous permettra de confirmer ou d'infirmer nos différentes hypothèses en identifiant notamment les motivations, les freins et les attentes des nouveaux diplômés envers le métier qu'ils s'apprêtent à exercer et plus particulièrement dans le milieu des EHPADs.

I. SITUATION D'APPEL

Mai 2004, je viens d'être diplômée IDE, je postule pour un CDI en structure médico-sociale, nous sommes une cinquantaine de candidats : ma candidature sera retenue.

Juin 2016, j'évolue sur un poste cadre IDE en EHPAD dans ce même établissement pour lequel j'effectue une gestion du recrutement dont des missions CDD/CDI IDE, le constat est sans appel : plus les années passent plus le nombre de candidats s'amenuise.

Le 15 juin 2021, à l'Association Anne Boivent située en Ille et Vilaine une réunion gestion de crise a lieu au siège, en voici l'anamnèse :

L'Association Anne Boivent accueille 980 résidents (personnes en situation de handicap enfants/adultes et personnes âgées) sur 11 sites différents. (Ille et Vilaine et Mayenne)

J'exerce en tant qu'IDEC dans un de ces établissements : la résidence Ste Anne située à Laignelet en Ille et Vilaine. C'est un EHPAD de 68 lits hébergement permanent dont 12 lits UVP ainsi que 4 places Accueil de Jour.

L'établissement dispose de 4 ETP IDE pour assurer une continuité de soins de 6h40 à 21h, 7/7 Jours.

Les congés payés d'été de l'équipe IDE débutent en juillet, le taux d'absentéisme toléré de la période est de 30%. N'ayant pu trouver de CDD pour effectuer les remplacements estivaux, l'équipe partait à l'initial sur une organisation en mode dégradé.

Le 31 mai 2021, une IDE se retrouve en arrêt maladie dans le cadre d'une grossesse, l'infirmière en CDD prévue initialement pour ce remplacement de 6 mois décline l'offre.

Immédiatement, une nouvelle diffusion de l'offre CDD 6 mois est réalisée à large échelle : Pôle emploi, plateformes offres d'emploi en ligne, réseaux sociaux, diffusion presse, l'ensemble des IFSI du grand ouest jusqu'au bassin nantais ainsi que la périphérie Ile de France, en vain.

Plusieurs établissements de l'Association rencontrant la même problématique, une réunion est organisée par le Pôle Ressources Humaines de l'Association.

La réunion Gestion de crise du 15 juin 2021 concerne 5 établissements associatifs du même bassin, l'objectif étant la mutualisation des moyens afin d'assurer une continuité de soins IDE minimale :

Une analyse précise des plannings est effectuée avec des solutions envisagées de façon quotidienne. Un remaniement des cycles de travail "PCA" est réalisé par établissement, ainsi qu'une répartition homogène des ETP IDE pour les 5 structures.

Sur Sainte Anne, le temps de présence infirmier sur l'été sera de 6h40 à 13h puis 16h00 à 19h40,

- En soutien de l'équipe, deux élèves IDE 2ème année validée, sont recrutées sur la globalité de l'été en tant que mission "aide pansement".
- L'IDEC assure « la permanence urgence » pendant la pause 13h-16h00 du Lundi au Vendredi sur ses jours de travail effectifs
- Le choix est également fait en interne de réitérer une formation destinée à l'ensemble des professionnels AS et Agents de soins de l'établissement avec pour thématique la gestion des urgences en l'absence de l'IDE : prise de constantes, édition DLU, appel 15, affichage des procédures et mise à disposition de fiches techniques.

En août 2021, un autre membre de l'équipe IDE se retrouvera en arrêt maladie nécessitant une nouvelle adaptation du Plan de Continuité de l'Activité.

Au final, l'ensemble des stratégies d'adaptation mises en œuvre ont permis d'assurer malgré tout un temps de présence IDE quotidien mais de façon restreinte. Ces solutions ne peuvent qu'être ponctuelles pour la sécurité et le suivi médical des usagers mais également afin de ne pas épuiser les professionnels.

En tant qu'IDEC, suite à 2 années de COVID, je me suis retrouvée une nouvelle fois face à une gestion de crise. Elle intervient à un moment où la fatigabilité des équipes est sans précédent.

Dix-sept années se sont écoulées entre 2004 et cette situation vécue en 2021, qui tend à se pérenniser.

Malgré le contexte national de carence IDE, il en ressort une problématique évidente :

« En quoi l'exercice IDE en EHPAD n'est-il plus attractif ? »

II. HYPOTHESES

Suite aux divers échanges au sein de « notre groupe mémoire », de nombreuses hypothèses ont été énoncées :

Tout d'abord « l'image » des EHPADs : quel regard porte la société sur ces établissements qui accueillent « nos aînés » ?

Puis vient le public accueilli, public souffrant d'une dépendance croissante nécessitant une prise en soins « polyopathologique » : complexité des maladies neurodégénératives et troubles apparentés ; maladies psychiatriques associées à des troubles démentiels ; multiples pathologies somatiques etc.

Cela peut s'avérer anxiogène pour de « jeunes diplômés ».

Ensuite viennent les hypothèses en lien avec la structure elle-même et/ou l'actualité en lien :

- > La représentation « entachée » par une médiatisation accrue depuis des années autour des thématiques de maltraitance et notamment dernièrement, l'affaire dite « d'ORPEA » ainsi que la gestion du COVID-19.
- > A cela s'ajoute un milieu d'exercice pas toujours adapté en termes d'architecture mais aussi un manque de moyens matériels.

Le manque d'attractivité peut être également dû à « la thématique des ressources humaines » :

- > Une forte carence en moyens humains avec des ratios d'encadrement insuffisants (IDE, AS, AES) compte tenu de l'évolution du public accueilli ; mais aussi des postes non pourvus au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou des temps de travail non suffisants

(Ergothérapeute, Psychologue, Médecin Coordonnateur, Kinésithérapeute, Psychomotricien(ne), IDEC, etc.).

- > Une carence en termes de rémunération.
- > Une absence ou insuffisance de Qualité de Vie au Travail.
- > Une déficience d'accès à la formation continue.
- > L'absence d'avantages tels que les missions « œuvres sociales » des Comités d'entreprises.
- > Du point de vue managérial, se pose également la question de l'efficacité du management notamment à travers l'Accueil et le suivi du parcours d'intégration du nouveau salarié.

Pour terminer, de façon globale, l'exercice en EHPAD peut être moins motivant de part :

- > Un travail dit « routinier ».
- > Une approche des soins déplorant un manque de technicité.

III. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

3.1 L'évolution et le regard sociétal de la prise en soin des personnes âgées.

Un retour dans le passé permet de réfléchir sur le regard que la société porte sur les EHPADs et leur population accueillie, mais aussi à la place qui leur est laissée et leur devenir.

Les lieux d'hébergement pour personnes âgées existent depuis **le XVII^e siècle**, ces institutions ne sont pas des lieux de soins mais de relégation, d'enfermement.

Il faut attendre **la loi du 7 août 1851** pour qu'une séparation soit faite entre l'hôpital où l'on soigne les malades et l'hospice. « Mais en créant ces solutions d'hébergement pour ces personnes âgées nécessiteuses, la société les avait catégorisées, ou plutôt avait catégorisé la vieillesse. Dans **la 2^{ème} partie du 19^{ème} siècle**, les hospices comptaient désormais une « infirmerie », destinée à accueillir les personnes en fin de vie. La vocation des hospices mélangeait donc la notion de médical et de social. »³

La loi du 14 juillet 1905 oblige les communes à porter assistance aux plus de 70 ans, aux infirmes et aux incurables. Le parc des hospices, déjà ancien, vieillit et se dégrade. La situation n'évolue qu'après la libération de 1945. « Organisant la filière sociale et médico-sociale, **la loi de 1975** a ainsi commencé par faire entrer le concept de « maison de retraite » dans le langage législatif, écartant définitivement le terme d'hospice. »⁴

³ Article MOBASPACE : <https://www.mobaspace.com/histoire-des-ehpad-accompagnement-de-nos-aines>

⁴ Article MOBASPACE : <https://www.mobaspace.com/histoire-des-ehpad-accompagnement-de-nos-aines>

« **La circulaire Franceschi du 7 avril 1982**, secrétaire d'État chargé des retraités et des personnes âgées y dénonce la requalification des hospices en maisons de retraite sans modification du fond *«les résidents y vivent dans une promiscuité, un inconfort, un état d'abandon affectif et social qui ne peuvent suffire à pallier les liens qui se créent entre ces exclus et le personnel qui, avec dévouement, les prennent en charge »*. La circulaire propose, comme substitut, un hébergement collectif pour personnes âgées ouvert sur la cité. »

« **En 1997, la loi sur la prestation spécifique dépendance**, vient réviser celle de 1975. Elle apporte notamment la notion de convention tripartite, avec un forfait soins, un forfait hébergement et un forfait dépendance, dont l'application fait l'objet d'un décret en 1999.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale fut promulguée ; ses objectifs majeurs résidaient dans la structuration et l'affirmation des droits individuels et collectifs des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le terme EHPAD remplaçait désormais celui de « maison de retraite ». »⁵

« **En 2007** se met en place un processus de médicalisation supplémentaire, "**PATHOS**", qui est fondé sur une évaluation des besoins de soins des résidents.

En 2009, nouvelle évolution avec la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST) qui crée notamment les ARS. Le système tel qu'on le connaît aujourd'hui a fini de prendre forme avec des exigences légales, réglementaires et qualitatives clairement cadrées ayant des limites toutefois budgétaires. D'autant que la problématique ne date pas d'hier. En 2018 déjà, France Info notait que 15 ans après la création des EHPAD, *« le manque criant de moyens fait ressurgir la vieille image de l'hospice »*. »⁶

« **En 2021**, Un EHPAD accueille des seniors souffrant en moyenne chacun de 8 pathologies. On y arrive en moyenne à 87 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes, et dans 40 % des cas, l'arrivée se fait à la suite immédiate d'une hospitalisation. Les échelles d'évaluation montrent que le degré de polypathologie en EHPAD a presque doublé en 20 ans (source CNSA, « la situation des EHPAD en 2017 »), et que le degré de dépendance a augmenté de 30 % sur cette période. Ainsi l'EHPAD de demain, avant d'être un EHPAD technologique ou encore un EHPAD à domicile, doit être un EHPAD plus humain. Temps suffisant pour prendre soin. Temps partagé entre soignants et résidents en dehors de tout acte de soin. Ce temps convivial nécessitera davantage de ressources humaines, et ce point essentiel n'est à ce jour pas encore tranché. Le changement viendra de la volonté de notre société à ouvrir son esprit et à changer son regard sur la perte d'autonomie et sur la maladie, cognitive notamment. Parce que la société aspire aujourd'hui à bien vieillir⁷ »

⁵ Article MOBASPACE : <https://www.mobaspace.com/histoire-des-ehpad-accompagnement-de-nos-aines>

⁶ EHPADIA Histoire accélérée des EHPADS : https://www.ehpadia.fr/Histoire-acceleree-des-EHPAD_a888.html

⁷ Article MOBASPACE : <https://www.mobaspace.com/histoire-des-ehpad-accompagnement-de-nos-aines>

3.2 L'évolution du métier et de l'image de l'infirmier(ère)

Quoi de plus ancien dans l'humanité que le besoin de réparer et de soigner les corps confrontés à la maladie, aux blessures, à la souffrance et au vieillissement ?

Depuis le soigneur du Moyen Âge, serviteur de Dieu qui porte secours aux malades et aux indigents, jusqu'à l'infirmière, religieuse, dévouée, omniprésente, icône de la chrétienté, il s'agit plus de charité chrétienne que de vocation⁸. Lors des grandes misères du 17ème siècle, Vincent de Paul va créer avec de riches donatrices, des foyers qui reçoivent les démunis, ou de jeunes filles se consacrent aux soins des malades et à l'enseignement. Il donne ainsi un essor sans précédent au métier d'infirmière. Les jeunes filles sont formées car "être infirmière, cela s'apprend". Ce sont des sœurs non cloîtrées, liées par des vœux non solennels, Pour lui, il faut "une disposition à servir"⁹.

Puis la Révolution française entame un changement de paradigme, la laïcisation¹⁰.

Florence Nightingale, en Angleterre, invente un métier, avec une vision moderne de l'organisation des soins et de la profession, qui va se répandre rapidement dans le monde entier¹¹. La Croix-Rouge et la Convention de Genève d'Henri Dunant, contribuent à internationaliser les secours et à les doter de textes de loi¹².

La professionnalisation se développe fin 19ème en France, le corps infirmier devient "républicain" professionnel¹³...

Les reconnaissances sociales et salariales de l'infirmière, ainsi que son statut, seront encore à venir durant le XXe siècle. Mais la pratique de la médecine leur est toujours interdite

Née en 1873, Léonie Chaptal va contribuer de façon cruciale à l'évolution du métier et de l'image de l'infirmière en France. Diplômée en 1903 à l'APHP, et crée son école dès 1905. En 1909, elle rédige son premier rapport sur "la reconnaissance administrative des écoles et l'institution d'un brevet de capacité professionnelle conférant le droit de porter le titre « d'infirmière diplômée de l'Etat français ». En 1922, un décret uniformise le programme de formation et crée le premier diplôme d'Etat français. L'Association Nationale des Infirmières Françaises naît en 1924¹⁴.

⁸ "Infirmières, Histoire et combats", P. Duley, Ed. de la Martinière, 09/2020 p 89

⁹ "Infirmières, Histoire et combats", P. Duley, Ed. de la Martinière, 09/2020 p 95

¹⁰ "Infirmières, Histoire et combats", P. Duley, Ed. de la Martinière, 09/2020, p. 117

¹¹ "Infirmières, Histoire et combats", P. Duley, Ed. de la Martinière, 09/2020, p. 103 à 110

¹² "Infirmières, Histoire et combats", P. Duley, Ed. de la Martinière, 09/2020 p 110à 114

¹³ "Infirmières, Histoire et combats", P. Duley, Ed. de la Martinière, 09/2020, p. 118 et 119

¹⁴ "Infirmières, Histoire et combats", P. Duley, Ed. de la Martinière, 09/2020, p. 121, 123, 124, 126

Les infirmières deviennent socialement incontournables, reconnues “d'utilité publique”, et la pandémie actuelle accélère leur progression...Le mythe de l'infirmière s'est construit lors des grandes périodes de misère, de crise ou lors de conflits majeurs. L'image des blouses blanches de La Grande Guerre est à la hauteur de ce qu'elles ont apporté par leur courage, leur professionnalisme et leur détermination.

Mais depuis le début de ce métier imprégné par la religion et le don de soi, le côté sacrificiel de la fonction n'a toujours pas disparu.

3.3 Le concept des générations X, Y et Z

« Ce concept a été inventé dans les années 60 par un professeur de management du MIT. L'idée de départ est que les travailleurs n'ont pas les mêmes attentes en fonction de leur génération.

Ainsi la génération X est celle des Occidentaux nés entre 1961 et 1981 ; compte tenu de leur âge, ils dirigent plutôt dirigeants. Leurs caractéristiques sont le respect de la hiérarchie et des règles, la fidélité à leur entreprise, même si le travail effectué n'est pas apprécié.

La génération Y, les personnes nées entre 1982 et 1995, conçoivent le travail comme plaisant, épanouissant et stimulant, surtout pas routinier. Ils sont plutôt impatients et rejettent la hiérarchie. Ils réclament plus de responsabilités.

La génération Z à partir de 1996, est née avec des technologies digitales matures, elles les utilisent de façon ininterrompue, avec parfois un manque de concentration. Ils contestent l'autorité et les organisations. Ils sont plus en quête de sens dans le travail.

Néanmoins, la tranche des 40-59 ans est équipée de smartphones à 57%. La contestation serait plutôt une caractéristique des jeunes, la génération X était à l'origine du mouvement contestataire de mai 68. Selon une étude d'IBM de 2016, les comportements et les aspirations au travail ne sont pas si éloignées entre générations, des missions épanouissantes dans une bonne ambiance. »¹⁵

« Pour les sociologues, chaque génération a une période historique en commun, avec des expériences et des influences identiques, un socle commun d'éducation et de vécu professionnel. L'un des enjeux à venir sera celui du management intergénérationnel. Il s'agit de faire communiquer et travailler ensemble plusieurs générations en profitant des atouts de cette diversité, en évitant les conflits entre acteurs aux valeurs et aux intérêts différents. »¹⁶

¹⁵ <https://www.pole-emploi.fr/employeur/des-conseils-pour-gerer-vos-ress/generations-x-y-z--un-rapport-au.html>, consulté le 04/08/22

¹⁶ https://www.journaldeleconomie.fr/Le-management-intergenerationnel_a10014.html, consulté le 04/08/22

4.1. Le "Care"

Le concept du " care " : prendre soin des plus vulnérables

« Le « care », vous connaissez ? Du mot anglais qui signifie « prendre soin ».

Prendre soin d'autrui. Le concept et les théories du care sont apparus aux USA au début des années 1980, initiés par les travaux de la psychologue Carol Gilligan, et ont donné lieu à de nombreux débats, recherches et publications dans les domaines de la psychologie, de l'éthique, de la sociologie, des sciences du travail, des sciences politiques et de l'économie. Ils parviennent, en France, au début des années 2000 dans le milieu universitaire, puis en 2010 dans l'espace public lorsque Martine Aubry fait référence à ce concept dans le cadre de son projet de « société du soin mutuel ». ¹⁷¹⁸

Analyse

Le concept du « care » fait totalement partie du soin chez la personne âgée.

"LE CARE "prend tout son sens tant dans la prise en charge verbale, un mot doux, une phrase d'encouragement, pour réassurer ou dans la prise en charge non verbale, "le toucher" pour rassurer, "l'empathie dans le regard", "le silence quand cela l'impose".

On retrouve plusieurs auteurs qui ont effectué des recherches sur « Le care » nous citerons ici Joan Tronto (politologue, professeure de sciences politiques et féministe américaine) qui en 1993 définit cela en quatre moments « l'attention, la responsabilité, la compétence et la réceptivité ».

Nous allons le définir ici en 3 dimensions :

- > **Une dimension sociétale** car il renvoie aux valeurs de chacun, « le vouloir bien faire » vis à vis du regard de l'autre. Dans ce contexte où la prise en charge de la personne âgée est un débat quotidien, cette dimension permet à chacun ou chacune de prendre conscience de la bienveillance chez le grand âge.
- > **Une dimension managériale et structurelle** car il engage, et emmène la hiérarchie à veiller au bon fonctionnement de la prise en charge des résidents : ceci permettra d'induire une relation de confiance entre le soignant et le soigné, tout en respectant les

¹⁷ <https://www.journaldeleconomie.fr/Le-management-intergenerationnel>

¹⁸ cf. annexe1

limites aux pratiques. C'est aussi un moyen de rassurer les familles quant au choix de l'établissement, car cela pose un cadre institutionnel.

- > **Une dimension professionnelle**, qui induit une implication dans le travail, liée aux protocoles, aux savoirs et des compétences acquises.

Ce concept peut devenir "une valeur éthique " des personnes qui s'occupent des autres, ce qui demande un dévouement important de la personne qui soigne.

Ce concept est une valeur primordiale dans le milieu du soin et implique totalement le soignant vis-à-vis du soigné.

Ce concept mis en évidence au quotidien, met en avant les bonnes pratiques soignantes et nous obligent en tant que professionnels à nous remettre en question quand cela est nécessaire. Ce concept a un impact sur le quotidien du résident qui se sent parfois délaissé par son entourage et qui attend du soignant une attention parfois « maternelle ».

4.2. La “Bientraitance”

Définition

« Le terme de bien-traitance voit le jour dans les années quatre-vingt-dix au sein du comité de pilotage ministériel de « L'opération pouponnières ». Cette opération avait pour objectif de rendre plus humain l'accueil de très jeunes enfants.¹⁹ »

Depuis sa création, le terme de bientraitance s'est enrichi de diverses réflexions. S'il était possible de faire une synthèse de ces apports, nous dirions qu'ils tournent la bientraitance vers le souci de l'autre dans sa singularité. Ils en font une démarche qui tend à apporter à la personne un maximum de bien-être en s'adaptant à chaque situation particulière.

La loi publiée en 2002 devait susciter l'espoir d'une bientraitance généralisée dans les établissements sociaux et médico-sociaux, force est de constater 20 ans plus tard que la question se pose toujours et est même d'une actualité criante, c'est pourquoi il nous a semblé indispensable de détailler la notion de bientraitance générale et managériale pour débiter notre étude de concepts.

Le concept de bientraitance

« Le concept de bientraitance naît dans un champ professionnel marqué par plusieurs concepts importants :

¹⁹ https://www.google.com/url?q=https://lesprosdela petiteenfance.fr/simone-veil-et-loperation-pouponnieres-la-bien-traitance-deja&sa=D&source=docs&ust=1657827603334334&usg=AOvVaw0EHZ9_OqOeM8WNE9uRVgL9

La Bienfaisance : Trouver au sein des pratiques, ce qui apportera un bénéfice et ce qui causera du tort.

La bienveillance : La bienveillance est une notion qui se situe au niveau de l'intention du professionnel, elle consiste à aborder l'autre, le plus fragile, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien pour lui. En outre, parce qu'elle comporte la dimension de veille, cette notion revêt aussi bien un caractère individuel que collectif. Le projet individuel et le projet d'établissement viennent soutenir cette intention.

La communication : observer les faits et éviter les jugements de valeur ; reconnaître ses propres sentiments pour que l'autre puisse exprimer les siens ; avoir conscience et exprimer ses propres besoins pour que l'autre puisse exprimer les siens ; savoir formuler sa demande et indiquer les actions concrètes qui peuvent contribuer à mon bien-être.

La sollicitude : La notion de sollicitude, développée principalement par le philosophe Paul Ricœur *, consiste à adopter envers l'autre, au sein d'une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que d'accentuer le déséquilibre. Le geste de sollicitude vise en tout cas à instaurer une relation équilibrée et respectueuse de l'autre. »²⁰
Ainsi, la bientraitance cherche à connaître non pas la nature des relations entre acteurs, mais leurs qualités. Elle nous informe également sur le fait que l'attention que l'on porte aux deux catégories d'acteurs (professionnels et usagers) n'est pas de même nature : l'un traite, l'autre est traité.

La bientraitance managériale

Parallèlement à l'émergence du phénomène de la maltraitance des personnes âgées, une inquiétude concernant la santé physique et mentale des professionnels de ce secteur se développe. L'épuisement professionnel est devenu au fil des années un problème préoccupant, voire dramatique après trois années de crise sanitaire. La bientraitance managériale prend ici toute son importance, elle doit être au cœur des travaux et des actions des équipes managériales des EHPADs.

Le rapport du Conseil de l'Europe de 2002 déclare que : Plus que les attitudes des professionnels, c'est le management qui est souvent dénoncé dans l'apparition de comportements maltraitants envers les usagers. La mauvaise organisation du travail à proprement parler et la mauvaise gestion des ressources humaines sont deux facteurs cités à plusieurs reprises dans ce rapport.²¹

²⁰ Jean-Jacques Amyot : Prévenir et lutter contre la maltraitance des personnes âgées, éditions Dunod P.26

²¹ [www.google.com/url?q=https://www.philippefabry.eu/rapport.php?f%3D15&sa=D&source=docs&ust=1657827603337449&usg=AOvVaw3IDS32oSRc0TYN2kqiTGSw](https://www.philippefabry.eu/rapport.php?f%3D15&sa=D&source=docs&ust=1657827603337449&usg=AOvVaw3IDS32oSRc0TYN2kqiTGSw)

Le rapport du sénat de juin 2003 dénonce, “dans certains cas, un indéniable problème de hiérarchie des priorités de la part des responsables d'établissements : lorsque les intérêts de l'institution passent avant ceux des personnes accueillies, les risques de maltraitance se multiplient.”²²

Le travail de l'IDEC a (aussi) ici toute sa place dans l'effort de bienveillance quotidienne auprès des équipes soignantes.

Les métiers du grand âge, auxquels nous prêtons un peu plus attention dans ce mémoire, nécessitent un management adapté, particulièrement centré sur la qualification, l'augmentation des moyens humains, l'échange et l'estime. Il convient avant tout d'enrayer le sentiment de dévalorisation qui a si longtemps animé les personnels accompagnant les aînés, quelle que soit leur qualification. La fonction de direction elle-même était sous-estimée puisque jusqu'à la loi de rénovation de l'action sociale de 2002, aucun diplôme n'était exigé pour diriger un établissement accueillant des personnes âgées. Tout comme, à ce jour, la fonction d'IDEC n'est pas clairement reconnue et légitimée via un référentiel métier.

4.3. La “Qualité de vie au travail”

Définition

En juin 2013, l'Accord national interprofessionnel (ANI) sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail a défini la notion de QVT comme étant « les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail, et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci, déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte ».²³

Ainsi, d'après L'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail), la QVT est caractérisée par 6 facteurs déterminants :

1. Les relations sociales et de travail : reconnaissance envers 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.
5. La réalisation du développement professionnel : intégration, formation, évolution de carrière, parcours du salarié dans l'entreprise.

²² https://www.google.com/url?q=https://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-10.html&sa=D&source=docs&ust=1657827603338347&usg=AOvVaw2xHG4M0o-CNiTL3lQo__06

²³ <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>

6. La conciliation entre vie professionnelle et vie privée : égalité professionnelle, égalité homme et femme, diversité, non-discrimination.

La QVT, une priorité

En décembre 2016, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, présente la « Stratégie Nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent », véritable changement structurel intégré au fonctionnement de l'hôpital pour les années à venir.

On en retiendra les 10 principaux engagements suivants :

1. Structurer la démarche pour garantir son suivi et son évaluation dans la durée.
2. Adapter les formations initiales et continues pour développer la qualité de vie au travail.
3. Revaloriser la médecine du travail et généraliser les services pluriprofessionnels de santé au travail.
4. Reconnaître les sujétions particulières liées aux rythmes de travail nécessaires à la continuité des soins.
5. Placer la qualité de vie au travail au cœur du dialogue et des politiques sociales.
6. Redonner plus de place à l'écoute, à l'expression et aux initiatives individuelles ou collectives au sein des équipes.
7. Favoriser la conciliation entre vie privée et vie professionnelle.
8. Accompagner le changement et sensibiliser l'ensemble des professionnels à la qualité de vie au travail.
9. Mieux accompagner les cadres dans leurs activités de management.
10. Détecter et prendre en charge les risques psychosociaux.

Le constat au quotidien est de rencontrer des problèmes d'attractivité dans nos établissements et ce de manière croissante depuis plusieurs années.

Si nous voulons fonctionner et toujours mieux fonctionner, il faut investir d'autres champs que le quantitatif. Il y a le champ de la valorisation des professions du grand âge, et il y a évidemment le champ qualitatif. Ce levier qualitatif est le seul levier immédiat que nous avons dans les établissements de santé pour réussir à être attractifs, pour réussir à pérenniser les effectifs dans les structures, et pour réussir à mieux travailler, mieux prendre en charge les usagers, les accompagnants et les accompagnés dans les structures sociales et médico-sociales.

Les établissements doivent et devront s'investir dans la qualité de vie au travail, cela devient une priorité au vu du contexte actuel.

La QVT dans le champ du soin passe par les aspects relationnels du travail avec le temps d'accueillir et d'accompagner le patient dans des conditions dignes, La crise sanitaire que nous venons de traverser aura eu le mérite de « pointer du doigt » ces conditions d'accueil et d'accompagnement de nos aînés au sein des EHPADs, et donc de faire réfléchir et réagir ceux qui nous dirigent, pour, nous l'espérons, faire de la QVT « LA priorité » des années à venir.

Jérôme Goeminne.²⁴

“Il faut donc redonner un sens, un sens qui ne serait pas un sens du sacrifice mais du travail en commun, du travail collectif pour prendre en charge nos usagers, nos accompagnants et nos accompagnés. Cela veut dire qu'il faut aujourd'hui prioriser l'ensemble des chantiers de qualité de vie au travail pour redonner un sens collectif, un sens moins sacerdotal, moins sacrificiel à nos métiers. Nous y croyons, nous en sommes acteurs et je pense que nous devons tous réussir à travailler en ce sens.”

4.4 “Le “Travail d'équipe”

Définition

“Le travail d'équipe et collaboration signifie faire partie d'un groupe et travailler en collaboration avec d'autres membres en vue d'atteindre un objectif commun relié au travail.

Il s'agit de :

=> faire partie d'un groupe et travailler en collaboration AVEC les autres membres, contrairement à travailler en compétition ou seul

=> reconnaître que le groupe fait partie intégrante de son environnement de travail par lequel les buts et les objectifs organisationnels peuvent être réalisés

=> faire preuve de respect et d'inclusivité envers tous les membres du groupe

=> faire preuve d'allégeance au groupe à tenter d'aider les autres membres.

Cela appuie la conviction que le groupe sera plus fort et mieux outillé pour réaliser ses buts et objectifs si tous les membres du groupe participent activement et collaborent les uns avec les autres.”²⁵

²⁴ cf livre blanc QVT à l'hôpital, www.weka.fr

²⁵ <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/organisation/carrieres-a-arc/renseignements-ont-deplaces/competences-arc-outils-evaluation-standardisee/competences-agence-revenu-canada-avril-2016/travail-equipe-collaboration.html>

Notion du “ travail d’équipe” en Soins Infirmiers

“De nos jours, cette répartition du travail est devenue nécessaire en raison de la complexité des protocoles, techniques et de celle de l’organisation du travail infirmier.

Dans un système où la mouvance du personnel est courante, que ce soit par maladie, pour les congés, pour les pauses ou les heures de repas ou toute autre forme d’absentéisme, une équipe peut amortir l’impact de la difficulté. »²⁶

Une équipe est constituée de plusieurs personnes, de formations et parcours différents, offrant la perspective d’un système « force » de connaissances et d’expériences. L’équilibre trouvé, il permettra une certaine constance dans les soins, mais aussi un partage des responsabilités parfois très lourdes.

« Le travail infirmier est sérieux, la qualité de vie des malades en dépend, quand ce n’est pas leur vie même. La constitution d’un tel groupe doit être une construction raisonnée, aussi stable que possible réunissant des personnes capables de s’engager, de travailler ensemble et de fournir un travail de qualité. Le travail en équipe comporte de nombreux avantages, à la condition d’en respecter les règles et de nous arrêter à constituer des équipes où la dynamique est porteuse d’évolution et de souci non seulement de la qualité des soins, mais aussi de la qualité de vie au travail. Il ne faut pas que ces équipes ne soient que des assemblages de travailleur(s) de passage. »²⁷

²⁶ <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/11/Le-travail-d-equipe-.pdf>

²⁷ <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2012/11/Le-travail-d-equipe-.pdf>

V. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous devons choisir un public cible : qui mieux que des futurs professionnels arrivant sur le « marché du travail » nous permettraient de connaître la réalité de l' « Attractivité de la profession en EHPAD » ?

Ce pourquoi nous avons choisi d'effectuer notre enquête auprès des ESI de différents IFSI de nos régions respectives, en ciblant les troisièmes années futur(e)s diplômé(e)s en 2022. Cela représente **9 IFSI**²⁸ soit **672 ESI** 3^{ième} année du territoire allant du bassin Parisien à l'ouest du territoire national. Le format choisi de l'enquête se veut être à l'ère du numérique face à ce public « connecté ».

L'analyse des résultats se présente sous forme narrative mais aussi enrichie de synthèses via l'utilisation de tableaux, graphiques etc. et ce volontairement afin d'en faciliter la compréhension.

5.1 Organisation de l'enquête

Nous avons organisé notre questionnaire en trois parties, la première pour obtenir une « photographie » de nos répondants (âge, motivations à l'entrée en IFSI et reconversion éventuelle). La deuxième partie ciblait l'exercice IDE "idéal" selon le panel interrogé, et enfin dans la troisième partie, nous avons réalisé un focus sur l'EHPAD permettant d'investiguer la représentation de l'exercice dans ce milieu, ainsi que les souhaits et attentes des étudiants.

5.2 Choix de l'outil

Assez rapidement au début de notre travail de mémoire nous avons pris la décision d'élaborer pour notre enquête un questionnaire via l'application « Google Forms ».

Nous connaissions cette application qui semblait adaptée pour l'enquête à réaliser de part son utilisation facile et son déploiement aisé. Il offre également en temps réel des résultats lisibles et de qualité. Nous avons volontairement posé des questions ouvertes ou fermées afin de recueillir des informations précises, réalistes, sans influence pour le panel interrogé.

Nous nous sommes réunies en visioconférences de manière régulière pendant plusieurs semaines pour concevoir ce questionnaire. Une fois élaboré et validé, un premier panel

²⁸ cf. annexe 2 : IFSI Brest, IFSI CH le Mans, IFSI Fougères, IFSI Versailles-Le Chesnay, IFSI Les Mureaux, IFSI St Joseph Paris, et IFSI des Diaconesses Paris, IFSI Leonie Chaptal, IFSI Gonesse

« TEST » (hors public cible) y a répondu afin d'évaluer la pertinence de l'outil et la structure du contenu. Cette étape a validé la démarche.²⁹

5.3 Déroulement de l'enquête

Nous avons établi un premier contact avec les IFSI cibles, l'objectif était d'amener et légitimer la démarche. Nous nous sommes présentées et avons expliqué ce projet. Après validation de l'envoi possible du questionnaire, nous avons adressé un mail pour diffusion de l'enquête à l'ensemble des IFSI. L'enquête s'est déroulée du 31 mai au 1 juillet 2022. Nous avons la contrainte du stage préprofessionnel débuté depuis fin mai et la fin du cursus prévu début juillet.

Au terme de 15 jours écoulés, sur neuf promotions de troisième année nous n'avions reçu que 20 questionnaires, nous avons donc relancé la démarche auprès des IFSI³⁰. Nous avons pu ainsi réussir à recueillir **101 réponses**³¹, ce qui nous fait un total de **15% de répondants**.

5.4 Limites et freins

Le premier frein rencontré, a été d'ordre organisationnel, du point de vue disponibilité de l'ensemble du groupe, ce travail représentant le projet commun de 4 professionnelles dont une travaillant de nuit.

Dans un second temps, nous avons "omis" dans la construction de nos questions via « Google Forms » de sélectionner le caractère "obligatoire" de chaque réponse, cela nous a valu d'obtenir des réponses incomplètes puisque certains items étaient non renseignés, nous avons corrigé cette erreur mais un peu tard et seules les dernières réponses en ont bénéficié. Cela a peut-être un peu impacté certains de nos résultats mais le nombre de questionnaires "complets" reçus étant conséquents, cela n'a que peu influencé notre étude.

²⁹ cf. annexe 3

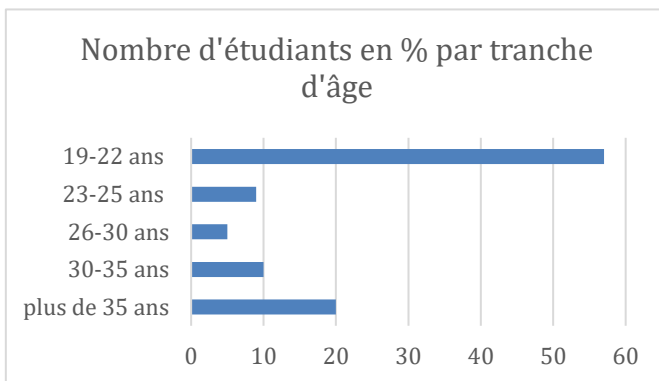
³⁰ cf. annexe 2 IFSI Brest, IFSI CH le Mans, IFSI Fougères, IFSI Versailles-Le Chesnay, IFSI Melon Les Mureaux, IFSI St Joseph Paris, et IFSI des Diaconesses Paris, IFSI Leonie Chaptal, IFSI Gonesse

³¹ cf. annexe 4

VI. RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

Par choix, l'Analyse des questions a été effectuée non pas par ordre numéraire mais en fonction des thématiques, ce qui permet une discussion d'approche plus logique :

Question n° 1 : « Quelle est votre tranche d'âge ? »



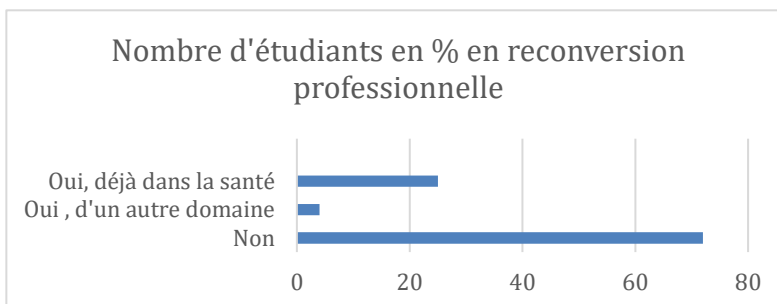
La majorité (57%) des étudiants sont entrés à l'IFSI en sortant du baccalauréat, ils ont entre 19 et 22 ans. 9 étudiants ont entre 23 et 25 ans. La catégorie la moins représentée est celle des 26 et 30 ans avec 5 étudiants. Ayant sensiblement les mêmes caractéristiques dans les réponses aux

questions suivantes, nous avons décidé de regrouper ces 3 tranches d'âges pour former la classe des 19-30 ans, soit 71 personnes, pour en faciliter l'analyse.

Néanmoins, un pourcentage non négligeable, environ 30%, ont plus de 30 ans. Cette tranche d'âge est en grande majorité en reconversion professionnelle.

De la même façon, les tranches d'âge 30-35 ans et plus de 35 ans seront regroupées dans la classe des plus de 30 ans.

Question n° 2 : « Etes-vous en reconversion professionnelle ? »



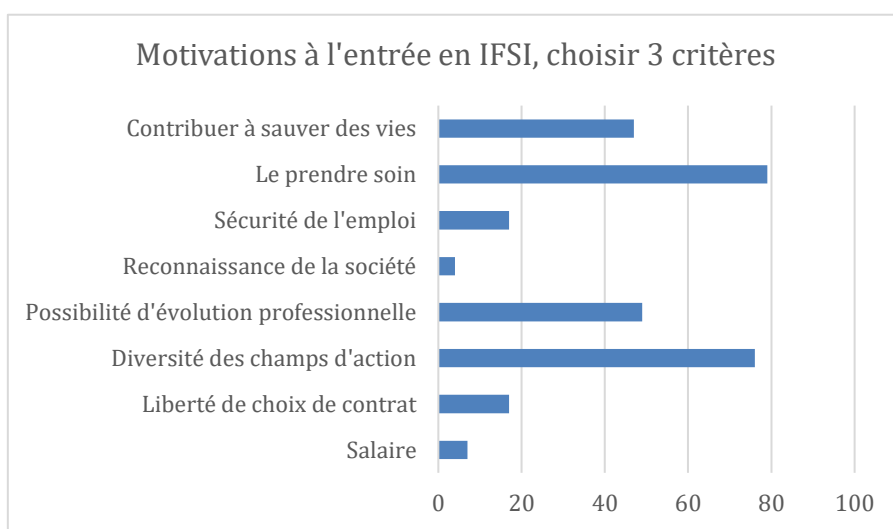
Les 3 seuls étudiants en reconversion professionnelle dans la tranche des moins de 30 ans, ont entre 26 et 30 ans, (3/5), dont 2 viennent d'un autre domaine que la santé.

80 % des plus de 30 ans sont en reconversion professionnelle, soit 9/10 des 30-35 ans, tous issus du domaine de la santé, et 75% (15/20) des plus de 35 ans, dont 2 seulement ne viennent pas de la santé. Nous pouvons supposer que ces étudiants venant du domaine de la santé en

reconversion professionnelle sont possiblement des aides-soignants, voire auxiliaires de puériculture qui souhaitent évoluer dans leur parcours...

En effet, nous verrons assez logiquement que les personnes de plus de 30 ans en reconversion, avaient pour motivation principale à l'entrée en IFSI, "La possibilité d'évolution professionnelle".

**Question n°3 : « Quelles étaient vos motivations à l'entrée en IFSI ?
(Choisir 3 critères sur 8 proposés) »**



Tout d'abord, il est à noter que 26 étudiants n'ont choisi qu'1 ou 2 critères, ceux cochés en plus sont non comptabilisés.

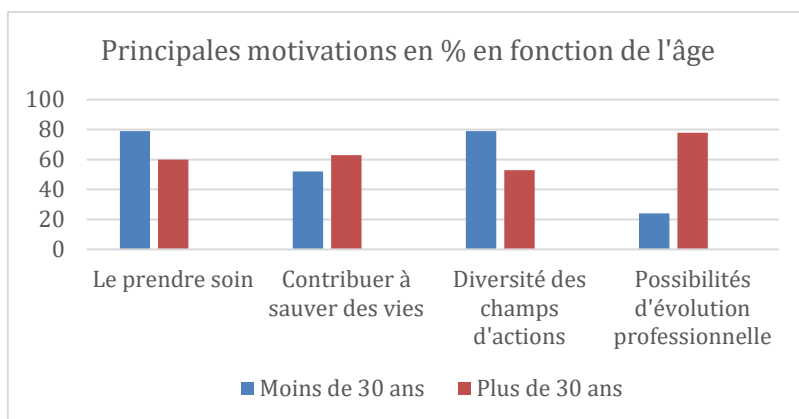
Les critères "contribuer à sauver des vies" et "Le prendre soin" sont caractéristiques des

métiers du soin. « La **possibilité d'évolution professionnelle** » est un critère ayant trait, comme « **La diversité des champs d'action** », à l'épanouissement professionnel. Nous voyons d'emblée 2 critères plébiscités à près de 80 %, « **le prendre soin** », nous nous y attendions, et « **la diversité des champs d'action** », qui permet de découvrir de nombreuses facettes du métier, utile en début de carrière. Ce critère est aussi en accord avec les attentes professionnelles des nouvelles générations Y et Z ³². Cette diversité peut leur permettre d'éviter la routine et d'adapter le genre de missions à accomplir selon leurs propres préférences, en changeant de poste et ainsi s'épanouir dans leur fonction.

Les critères « **Contribuer à sauver des vies** » et « **La possibilité d'évolution professionnelle** » sont également bien représentés pour presque 50%.

Quand nous analysons les 4 principales motivations citées en fonction de la classe d'âge dans le graphique ci-dessous, les degrés d'intérêt diffèrent :

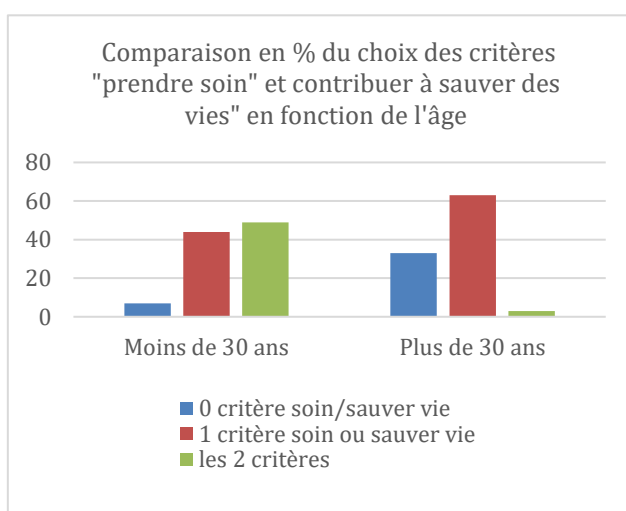
³² Définition dans la rubrique : « Recherches Bibliographiques »



Pour les plus de 30 ans, « **la possibilité d'évolution professionnelle** » est la motivation principale, choisie à 79%, ce qui peut être attendu puisqu'ils sont en reconversion professionnelle.

Les trois autres motivations sont représentées de façon équilibrée autour de 60 %.

Pour les 71 étudiants de moins de 30 ans, « **la possibilité d'évolution professionnelle** » représente moins de 25% des motivations choisies, assez logique au regard d'un début de carrière professionnelle. En revanche, ceux-ci ont comme principales motivations, à 79% (citées 56 fois chacune) « **Le prendre soin** » et les 2 autres à 55% (citées 36 fois). Ceci est en accord avec les recherches bibliographiques sur l'histoire du métier infirmier : ils vont en effet entrer, par choix, dans un métier historiquement dédié à ces fonctions. Cependant, nous allons voir dans le graphique suivant, que ces critères ne sont pas choisis à la même fréquence en fonction de l'âge, et essayer d'analyser pourquoi.



- 93% des moins de 30 ans choisissent au moins l'une de ces deux valeurs "soignantes" et presque 50 % les deux.

- 33% des plus de 30 ans ne les citent pas. Les 2/3 restants ne choisissent que l'une d'elles, et 1 sur 30 les deux. Il est probable que, la plupart de ces étudiants étant déjà dans le domaine de la santé, dans le soin, ce n'est pas ce qui les a principalement

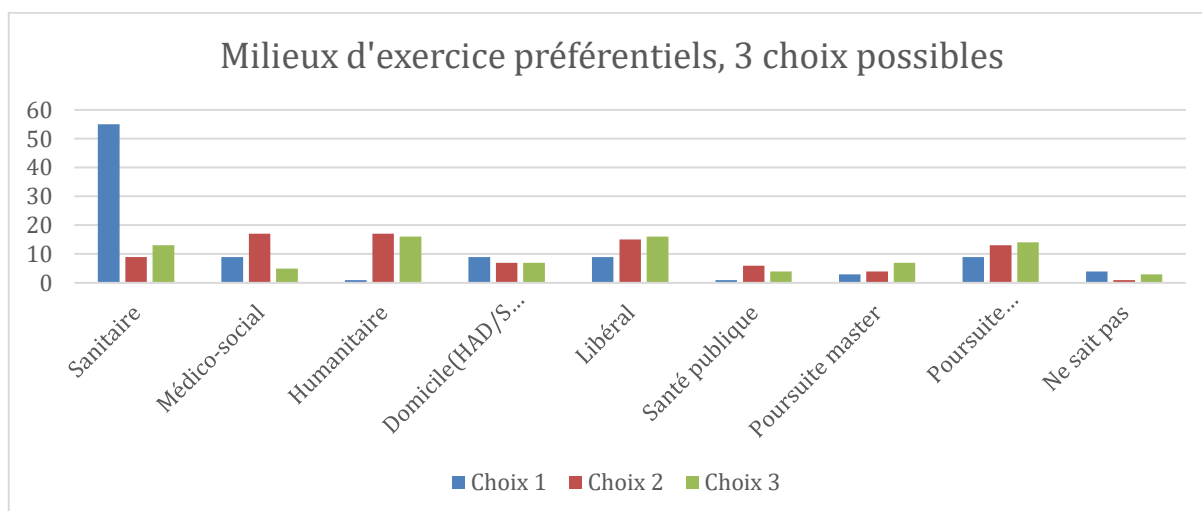
motivés pour devenir infirmier(ère), mais plutôt par ce qui a trait à la progression et à l'intérêt de leur carrière, avec pour motivation principale, l'évolution professionnelle. En effet, « **Le salaire** » ne représente que 13% des motivations citées par cette catégorie : « une auto-censure » ? Dans la catégorie des moins de 30 ans, un autre critère, lié à la tendance actuelle de comportement observé chez les nouveaux diplômés, est « **La liberté de type de contrat** », apparaissant à 15 % dans cette catégorie ; c'est en corrélation avec les attentes de la

génération Y et plus encore de la génération Z ³³, leur donnant la possibilité de choisir où et quand elles travaillent.

Nous constatons de manière générale, sur l'ensemble du territoire, un nombre croissant de professionnels de moins de 30 ans voulant exercer en CDD, ou ne faisant que des vacances, intérim... A contrario, le critère « **Sécurité de l'emploi** » est cité à hauteur de 15% ; il reflète peut-être l'assurance de trouver du travail, nous aurions pu essayer de corrélérer ces réponses avec le choix du secteur public de la question suivante.

Question n°4 : « Dans quel milieu souhaiteriez-vous exercer ? »

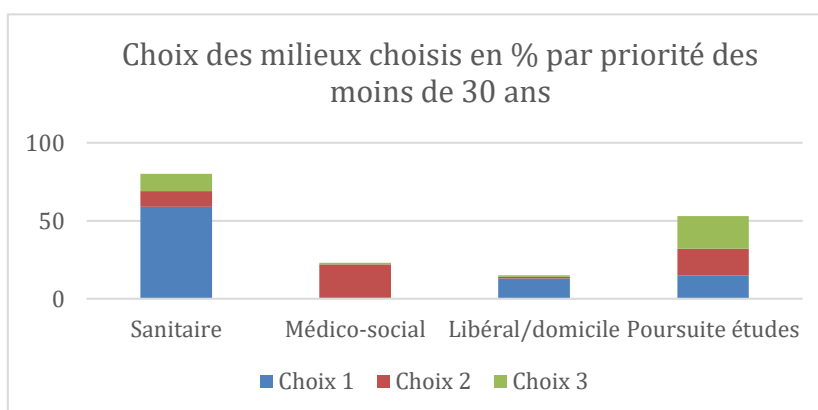
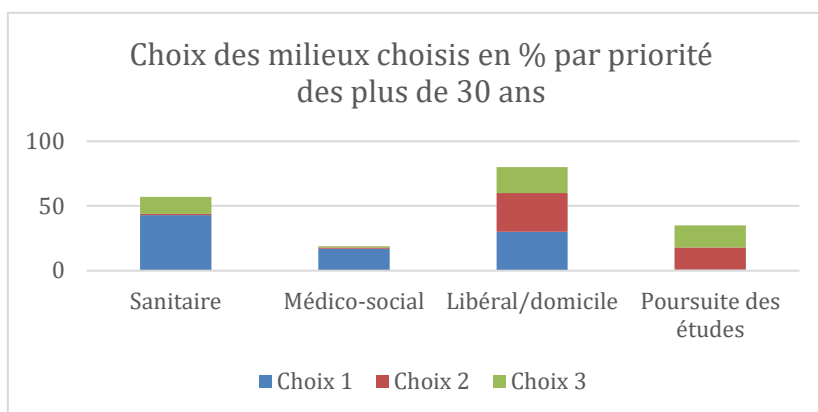
Nous avons proposé huit catégories possibles de milieux dans lesquels les infirmières peuvent exercer : **le sanitaire, le médico-social, l'humanitaire, le domicile, le libéral, la santé publique, poursuivre vers un master, continuer vers une spécialisation ou « Ne sait pas ».**



Pour faciliter l'analyse des réponses à cette question, nous allons regrouper le « domicile » et le « libéral », ainsi que la poursuite des études en master et continuer vers une spécialisation. La rubrique « Ne sait pas » est anecdotique et non reportée dans l'analyse. Nous avons remarqué également qu'il existe une différence de préférence en fonction de la tranche d'âge. Voici les deux graphiques avec les milieux d'exercice choisis, en 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} choix en fonction de l'âge. Le **milieu sanitaire** est plébiscité par les 2 catégories d'âge mais un peu moins chez les plus de 30 ans, davantage attirés par **le domicile**, à 30 % en 1^{er} et 2^{ème} choix. Nous pouvons nous demander si le choix du domicile serait en rapport avec un besoin de se sentir plus indépendant, ou une charge de travail imaginée comme moins importante,

³³ Définition dans la rubrique : « Recherches Bibliographiques »

comme ayant moins de contraintes, sans rapport hiérarchique. Le domicile attire tout de même 13 % des moins de 30 ans en 1^{er} choix, peut-être en rapport avec le vécu des stages, ou le besoin de liberté des nouvelles générations y et z³⁴.



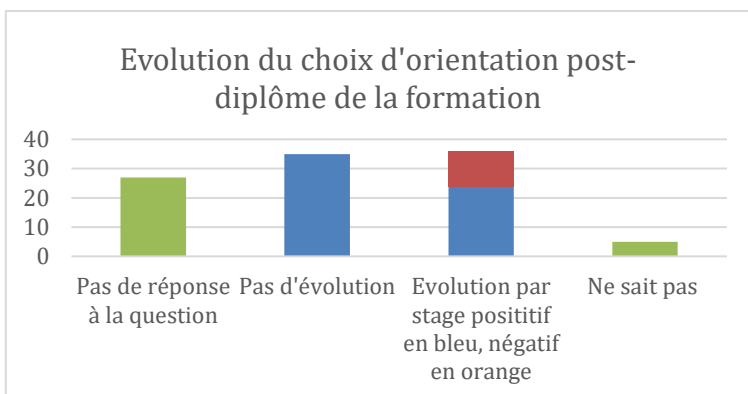
La poursuite des études est également bien placée dans les 2 catégories mais pas en 1^{er} choix chez les plus de 30 ans, alors qu'il représente 17 % chez les moins de 30 ans. Certains continuent leurs études en master ou en puériculture par exemple. Le **secteur médico-social** n'attire pas du tout les moins de 30 ans en 1^{er} choix, mais 21% en 2nd choix. Il n'est choisi en 1^{ère} intention que par 17% des plus de 30 ans ; soit moins de 20% de la totalité des étudiants.

Question n°5 : « Votre choix d'orientation post-diplôme a-t-il évolué au cours de votre formation ? si oui, pourquoi ? »

Il est étonnant que sur cette question, 27 ESI n'aient pas répondu. Peut-être que cette question n'était pas suffisamment bien posée : en effet, elle peut être interprétée de 2 manières : s'agit-il bien d'évoluer dans ses choix entre le début et la fin des études, de milieu de prédilection, pour exercer en tant qu'infirmière, dans le sanitaire, le médico-social, etc. Ou bien nous pouvons lire la question comme ceci : voulez-vous changer d'orientation de métier en sortant du cursus infirmier après vos 3 ans à l'IFSI ? Et dans ce cas, les étudiants ne trouvent pas forcément intéressant de répondre à la question. D'ailleurs une seule, de la tranche 19-22 ans, a répondu qu'elle envisage de poursuivre ses études pour se réorienter.

³⁴ Définition dans la rubrique : « Recherches Bibliographiques »

Les trente-huit autres répondent que leur choix a évolué, disant que c'est grâce ou à cause des stages, en grande majorité. Un(e) ESI seulement grâce à une intervention DRH à l'IFSI, deux autres grâce aux nouvelles connaissances acquises. Les autres ont simplement évolué dans leur choix, car leur vision, leurs représentations ont changé pendant les stages : idéalisation de la puériculture par exemple, ou simplement découverte de secteurs intéressants mais qui leur étaient inconnus jusque-là. Douze disent clairement avoir changé d'avis à la suite d'une ou plusieurs mauvaises expériences durant leurs stages. Trente-cinq d'entre eux n'ont pas changé d'avis par rapport à leur choix initial.

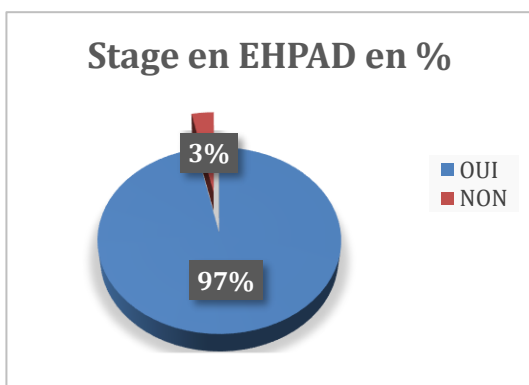


Enfin, sur les soixante-dix-sept personnes ayant répondu à la question, près de la moitié sont suffisamment influencées par les stages pour modifier leur choix de futur exercice professionnel. Nous ne savons pas dans quel milieu ils ont effectué les stages

qui les ont influencés. Cependant, nous pouvons nous demander si un stage bien ou mal vécu en EHPAD est en corrélation avec la décision d'exercer dans ce milieu ou au contraire de le rejeter. Nous supposons qu'il y a une grande importance au bon déroulement des stages au sein des établissements pour l'image du milieu dans lequel ils sont effectués. L'IDEC a dans ce cadre, un rôle central à jouer dans la préparation du bon déroulement du stage des étudiants, son accueil, ses apprentissages et son encadrement.

Nous tenterons de démontrer cette importance pour confirmer ou infirmer cette hypothèse dans l'analyse de la question suivante.

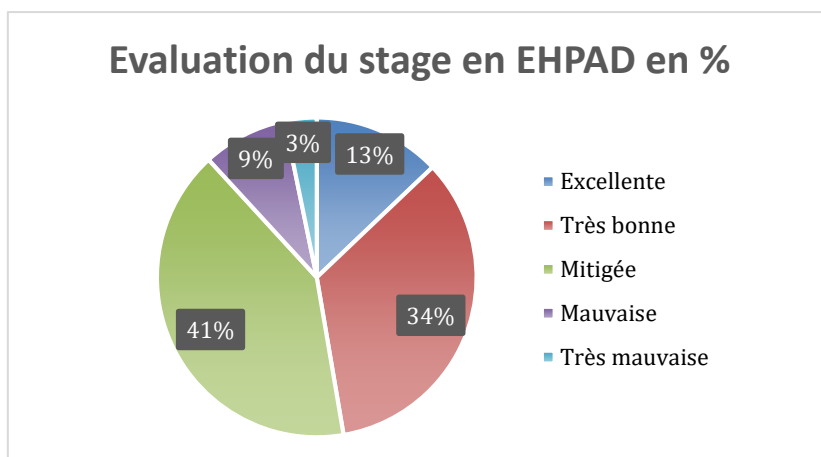
Questions n° 8 : « Avez-vous effectué un stage en EHPAD pendant vos études ? »



Cette question est une question fermée avec réponse oui/non. Elle prépare les réponses à la question 9. Sur 101 étudiants, 7 n'ont pas fait de stage en EHPAD soit 3% du panel.

Pourtant, l'un d'eux, de plus de 35 ans en reconversion professionnelle, souhaite exercer dans le milieu médico-social en 1^{er} choix, probablement issu de ce même milieu.

Question n°9 : « Si oui, quelle en serait l'évaluation ? »

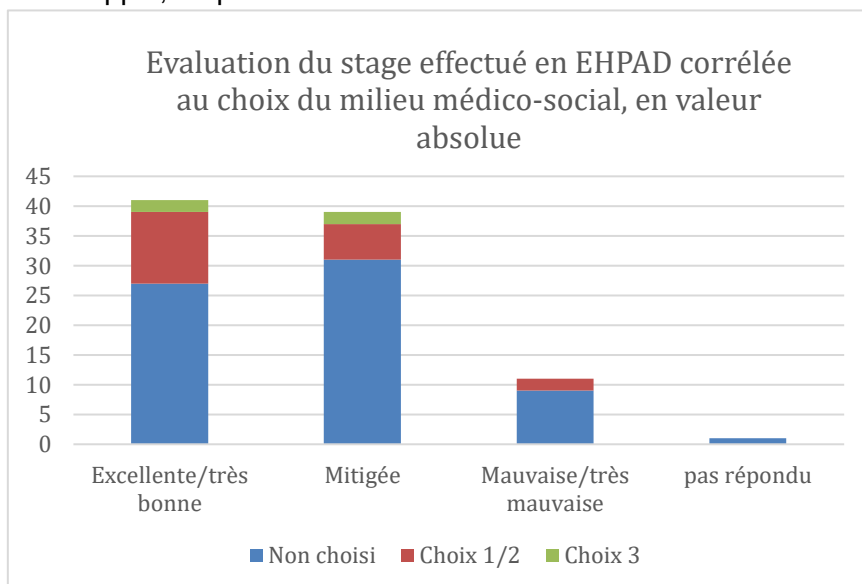


Nous souhaitons savoir comment le stage en EHPAD a été vécu par les étudiants en créant 5 appréciations possibles. Finalement, nous allons regrouper les évaluations « **Excellente** » et « **Très bonne** », ainsi que « **Mauvaise** » et « **Très**

mauvaise » pour faciliter la lecture et l'interprétation des données de la question 9. Nous voyons que leur avis est « **mitigé** » pour un peu moins de la moitié d'entre eux, et 12 % en ont eu une « **mauvaise** ou **très mauvaise** » expérience. Les très bonnes évaluations ne représentent pas la moitié des évaluations avec 47%. Ces résultats ne nous semblent pas satisfaisants et nous laissent penser que les EHPADs ont une marge de progrès possible en termes d'accueil des stagiaires.

Pour tenter de répondre à la question de savoir comment l'évaluation du stage influence le choix d'orientation des futurs professionnels IDE, nous allons corréliser dans le graphique ci-dessous l'évaluation du/des stage(s) en EHPAD avec les choix préférentiels d'exercice en milieu médico-social des étudiants donnés à la question 4.

Pour rappel, un peu moins de 20% des 101 étudiants disent vouloir exercer dans ce milieu.



Sur les 94 restants, 41% ont une expérience « **mitigée** » de leur stage en EHPAD, 12% « **mauvaise** » ou « **très mauvaise** », soit plus de la moitié. Or, en corrélant ces données à celles de la question 4, c'est-à-dire le type de milieu qu'ils choisiront

après leurs études, nous voyons que ces étudiants choisissent en moyenne 2 fois moins le secteur médico-social, que ceux qui y ont vécu une très bonne expérience ; à savoir 15 à 18% contre 29%. Nous nous attendions à cette corrélation, et nous interprétons ces valeurs comme assez significatives pour affirmer que le bon déroulé du stage peut conditionner le choix d'exercice des futurs professionnels arrivants sur le marché du travail infirmier.

Il est de la responsabilité de l'équipe d'encadrement des établissements de créer les conditions d'accueil favorables aux étudiants stagiaires. Il s'agit ainsi de les conforter dans leur choix ou de les faire évoluer positivement dans leur position, par rapport à l'exercice infirmier en EHPAD. Un livret d'accueil spécifique pour les étudiants, un temps dédié pour son accueil par l'IDEC/référent, avec notamment la visite et la présentation du personnel du service/EHPAD, de l'organisation de l'établissement, des échanges réguliers, un suivi de son intégration et de l'atteinte de ses objectifs tout au long du stage, sont autant de pistes de conditions favorables à son bon déroulement. Même si l'impact de l'image des EHPADs n'aide pas, nous pouvons nous demander si le faible nombre d'infirmier(e)s postulant à des postes d'IDE en EHPAD, notre problématique, peut-être en partie liée à des mauvaises expériences vécues dans ce milieu.

Cependant la limite du questionnaire ne nous permet pas de savoir pour quelle(s) raison(s) les étudiants ont évalué leur stage de cette façon. Ainsi, nous aurions pu intégrer ce questionnement à notre enquête.

Il est également intéressant, nous semble-t-il, de corrélérer l'intérêt spécifique des étudiants pour le milieu médico-social demandé en question 10, à leurs choix pour les différents milieux d'exercice, sanitaire, médico-social, humanitaire, etc...

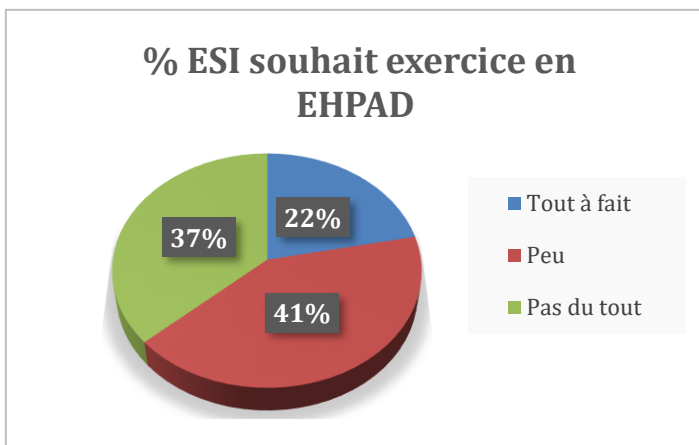
Comme attendu, sur les 21% d'étudiants qui sont tout à fait intéressés par le milieu médico-social, un peu plus de la moitié le notifie comme un des 3 choix préférentiels : nous aurions espéré des chiffres un peu plus importants.

Or, étonnamment, sur les 38% d'étudiants se disant pas du tout intéressés par le milieu médico-social, 24% d'entre eux le notifie dans leurs choix préférentiels. Les 41% d'étudiants se disant peu intéressés par ce secteur le citant à 17% dans leur 3 choix.

Certes, le secteur médico-social n'est pas uniquement représenté par les EHPADs, mais aussi par les FAM, FV, EEAP, IME, MAS ce qui pourrait expliquer ce décalage.

Question n°10 : « L'exercice en structure médico-sociale plus spécifiquement en EHPAD vous intéresse-t-il ? »

Dans cette question, nous avons essayé de comprendre si la structure de l'EHPAD attire les étudiants.



Sur 101 réponses apportées, 100 ESI ont répondu à cette question, ce qui représente la majorité :

22% des 100 étudiants à avoir répondu sont « **tout à fait** » intéressés par la structure de l'EHPAD,

41% sont « **peu attirés** » par cette structure, ce qui représente près de la

moitié des réponses apportées.

Pour finir 37% ont répondu ne « **pas du tout être intéressés** » par la structure de l'EHPAD.

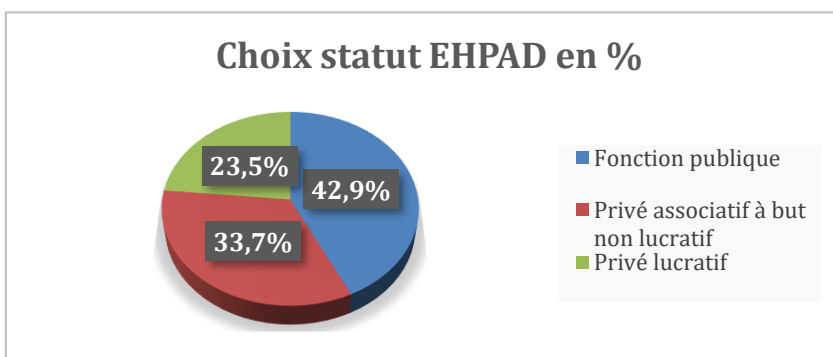
Une moyenne aussi à prendre en compte, pour la suite de l'analyse :

En mettant en corrélation les réponses apportées avec les pourcentages, on constate que la structure de l'EHPAD attire peu ou pas du tout les étudiants représentant 78 %.

Par ces réponses apportées on peut supposer dans notre analyse que la structure de l'EHPAD ne sera pas le premier choix de structure des futurs infirmiers.

Le « **peu attiré** » montre une nouvelle fois que ces structures seront de plus en plus en manque de personnel infirmier car rappelons que les nouveaux diplômés doivent être un moyen facilitant de recrutement.

Question n°11 : « Si vous étiez amené(e) à travailler en EHPAD, vous choisiriez le statut ? »



Dans cette question nous demandions aux ESI quel statut ils choisiraient en priorité :

S'ils étaient amenés à travailler en EHPAD, les ESI avaient le choix entre :

- La fonction publique
- Le privé associatif à but non lucratif
- Le privé lucratif

Nous avons pu obtenir 98 réponses à cette question. Nous avons choisi ces 3 statuts car ils sont les plus connus de tout le monde cela facilite donc aussi l'analyse.

Intéressons-nous au statut de la « **fonction publique** » qui obtient 42,9 % des résultats, ensuite vient en deuxième position le statut « **privé à but non lucratif** » qui obtient 33,7% et dans un dernier temps le « **privé lucratif** » 23,5%,

Cette question nous renseigne juste sur les statuts dans lesquels les étudiants souhaiteraient se diriger après leur diplôme.

Il ne spécifie aucune structure. Car rappelons que les structures EHPAD peuvent être privées ou publiques.

Cette question prépare la question suivante et permet de comprendre le choix des étudiants.

Question n°12 : « En rappelant le statut choisi à la question précédente, pourriez-vous donner les raisons de votre choix ? »

Cette question a été difficile à analyser car les réponses sont variées. 61 réponses ont été obtenues.

Pour mieux comprendre l'analyse, nous avons regroupé les réponses par statut (cf. question précédente) en ressortant les points forts.

C'était une question ouverte pour laquelle les étudiants ont pu s'exprimer et donner leur avis ouvertement :

> Public

- « Sécurité de l'emploi »
- « Accès aux soins sans distinction »
- « Évolution plus rapide »
- « Effectif conséquent »
- « Conditions de travail agréables »
- « Accès aux soignants plus facilement »
- « Mutation en interne dans la fonction publique »
- « Evolution professionnelle par le biais de la formation »

Selon les ESI et suite aux réponses apportées, on constate que la fonction publique est le statut qui a reçu le plus de commentaires.

Les points mis en avant sont les qualités recherchées par un(e) futur(e) employé(e). Ce sont des points forts qui pourront l'amener à travailler dans le domaine public.

Rappelons que la fonction publique est le plus grand pôle de recrutement de soignants sur le territoire.

Par ces différentes réponses, on peut retrouver les aspects de la qualité de vie au travail, un élément essentiel au choix de l'environnement d'exercice.

>Privé associatif à but non lucratif :

- « Correspond aux valeurs de la personne »
- « Bienveillance »
- « Travail plus humain et moins à la chaîne »
- « Qualité de vie au travail »

Le choix du privé à but non lucratif a été le deuxième choix des étudiants. En effet, on remarque que cela résulte des qualités propres à la personne, ses valeurs, le sens même du travail infirmier retrouvé dans sa nouvelle profession, mais aussi un secteur encadré, à taille humaine.

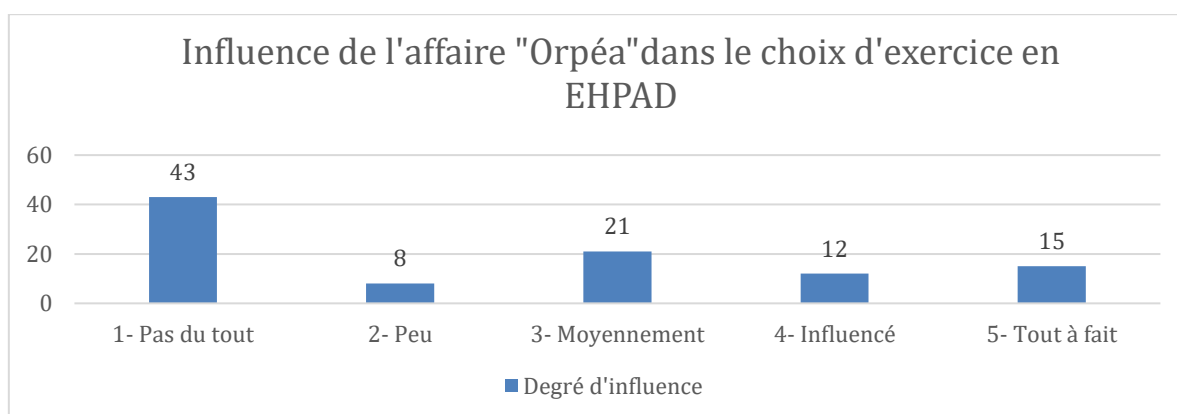
->Privé lucratif

- « Facilité à quitter son poste en privé »
- « Bénéfices réinjectés dans l'établissement et pour les résidents »
- « Moyens humains et matériels plus importants »
- « Salaires plus attractifs »

Ceux qui font le choix du privé mettent le doigt sur la flexibilité qu'offre ce secteur, c'est-à-dire le choix de rompre son contrat à tout moment : point important pour de futurs infirmiers car c'est un moyen de pouvoir choisir.

Le salaire y est cité c'est un moyen de motivation pour les jeunes diplômés.

Question n°13 : « L'affaire médiatique autour d'«Orpea» influence t'elle votre choix ? »



Sur 101 réponses obtenues au questionnaire, 99 étudiants ont répondu.

Cette question nous permet de connaître l'impact de cette affaire tant médiatisée pour les étudiants.

Nous avons obtenu un graphique à 5 niveaux :

- > Le **niveau 1**, représente « **pas du tout influencé** » choisi pour 42 ESI

- > Le **niveau 2**, « **peu influencé** », pour 8 ESI
- > Le **niveau 3**, « **moyennement influencé** » pour 21 ESI
- > Le **niveau 4**, « **influencé** », pour 12 ESI
- > Le **niveau 5**, « **tout à fait influencé** » pour 15 ESI

En analysant, nous constatons que 71 personnes « **n'ont pas été** » à « **moyennement influencés** » par l'affaire « Orpéa », nous pouvons supposer que ces étudiants n'étaient pas ou peu informés sur cette affaire ou au contraire le « désintérêt » du grand âge fait qu'ils s'y intéressent très peu.

En effet, le constat est clair, malgré la médiatisation de cette affaire, seulement 27 ESI ayant répondu, sont influencés par cette histoire, ce qui reste une faible partie des réponses.

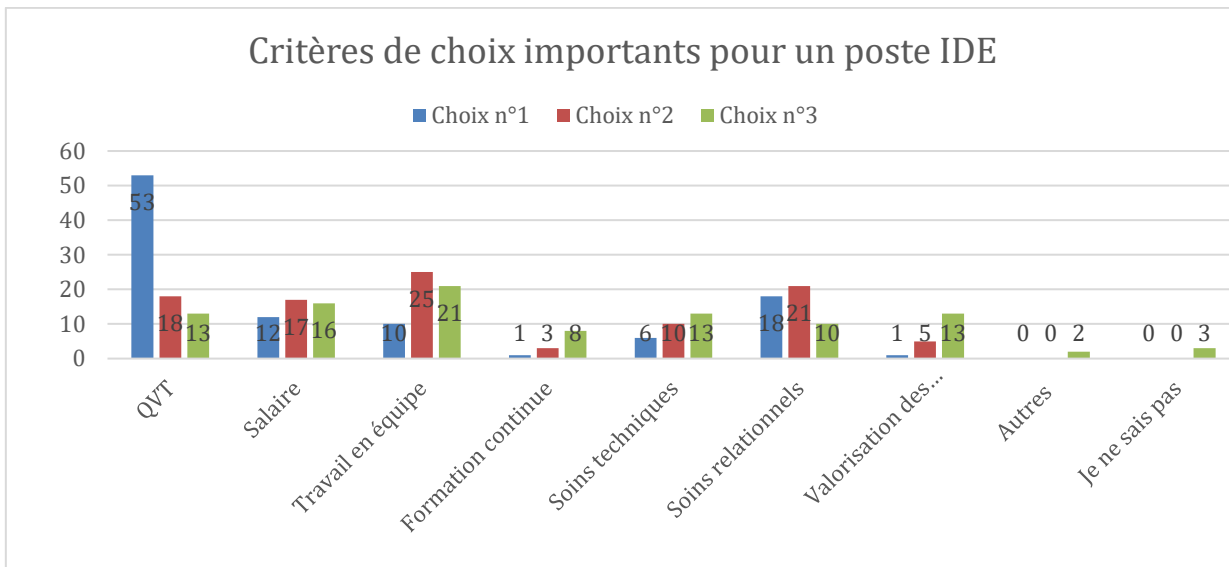
L'affaire « Orpéa » a surtout ouvert les yeux du gouvernement sur la manière dont les séniors étaient traités dans certains EHPADs, ceci est un « signal d'alarme » dans une profession qui se veut attractive pour les ESI. Elle remet en question les pratiques soignantes, cela peut être un frein important pour « les jeunes diplômés », tant dans leur choix de carrière que dans le choix du public avec lesquels ils souhaiteraient s'engager.

Dans les quatre questions précédentes, l'objectif était de connaître le ressenti des jeunes diplômés sur la structure de l'EHPAD en passant par le statut dans lequel ils souhaitent exercer ainsi que leur ressenti sur l'affaire médiatique « Orpea ».

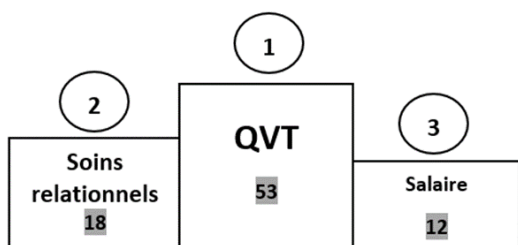
Il est évident que l'EHPAD n'est pas une structure qui attire dans un premier temps. Le choix du statut de la structure reste important car il met en exergue les avantages et les inconvénients, ce qui détermine le choix de chacun.

L'affaire « Orpéa » même si elle a semble-t-il peu influencé les étudiants, a quand même eu des répercussions sur l'avis de chacun et amène un autre regard dans ce rapport avec le grand âge.

Question n°6 : « Quels sont pour vous les critères de choix importants pour un poste IDE ? »

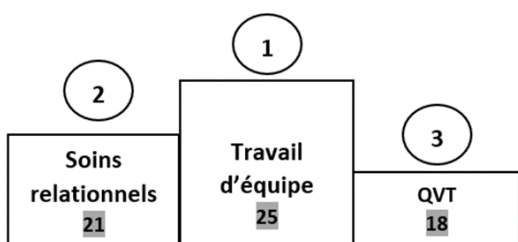


Les ESI devaient répondre en effectuant le choix de 3 critères par ordre d'importance le choix n°1 étant le plus important. Voici le podium des critères par choix :



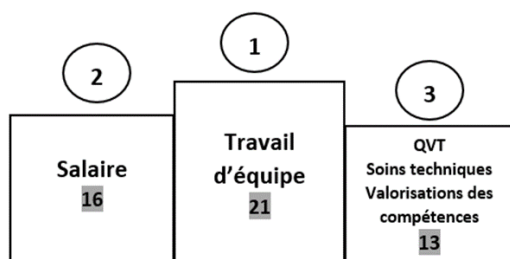
Choix n°1= le plus important :

La Qualité de Vie au Travail arrive en premier avec 53 réponses puis les soins relationnels 18 réponses et enfin le salaire qui comptabilise 12 réponses.



Choix n°2= choix intermédiaire :

Le travail d'équipe arrive en premier avec 25 réponses puis les soins relationnels avec 21 réponses et enfin la QVT qui comptabilise 18 réponses.



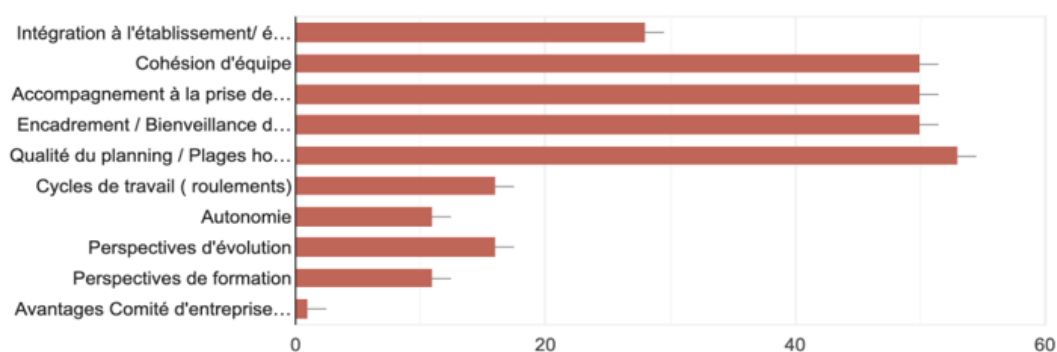
Choix n°3= dernier choix :

Le travail d'équipe arrive une nouvelle fois en premier avec 21 réponses puis le salaire avec 16 réponses, enfin ex aequo la QVT, les soins techniques et la valorisation des compétences avec chacun 13 réponses.

Au total, nous constatons que la **Qualité de Vie au travail représente le critère de choix le plus important** car il est majoritaire en choix n°1 mais aussi parce que c'est le seul critère qui est mentionné dans les trois choix, il a été cité au total par 84 personnes sur 101 soit plus de 8 ESI sur 10.

Le travail d'équipe arrive en second cité 56 fois, **les soins relationnels** 49 fois et **le salaire** n'arrive qu'en 4^{ème} position avec 45 fois, cela ne représente pas la moitié du panel.

Question n°7 : « Si vous deviez améliorer votre vie au travail, quels seraient les critères par degré d'importance ? »



Dans la continuité de la question 6 qui était en quelque sorte un préambule au choix d'un poste IDE, nous avons voulu demander aux ESI dans la question 7: les critères qui, une fois en poste en EHPAD seraient importants pour eux afin d'améliorer leur vie au travail, en les classant par ordre d'importance, avec comme objectif pour nous IDEC de savoir ce que nous pourrions mettre en avant dans nos futurs recrutements, la règle pour cette question était de mettre maximum trois critères sans ordre de préférence, nous avons choisi de classer les items tout d'abord par catégories puis par ordre de réponse (3 réponses max) pour faciliter l'analyse.³⁵

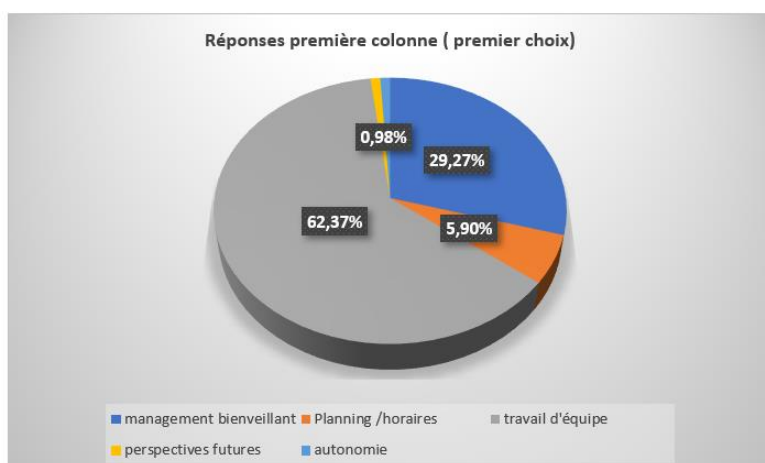
Les items (au nombre de 10) ont donc été regroupés en 5 catégories :

- > **Le management bienveillant** regroupe tout ce qui a trait à l'encadrement et l'accompagnement à la prise de poste

³⁵ cf. annexe 6

- > **Le travail d'équipe** regroupe quant à lui l'intégration à l'établissement, à l'équipe et la cohésion d'équipe
- > Ensuite viennent les **planning/horaires** qui regroupent la qualité du planning et les cycles de travail (roulements)
- > **Les perspectives** regroupent aussi bien la formation que l'évolution professionnelle dans l'établissement.
- > **L'autonomie et les avantages CSE** ont été traités différemment compte tenu du peu de réponses.

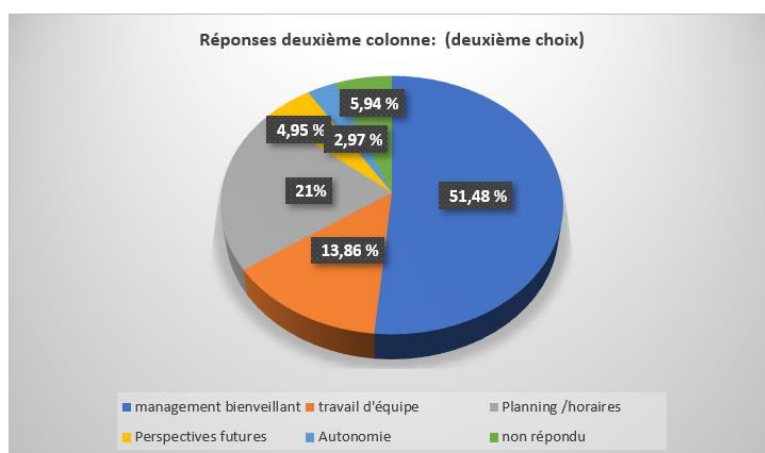
Réponses première colonne (premier choix) :



Nous pouvons voir ici dans la première réponse que les 101 ESI ont répondu soit 100 % des participants. Le **travail d'équipe** pour ces futur(e)s diplômés, pour 62,37 % (63 votes) représente le premier choix. En deuxième position avec 29,27 % (30 votes) le **management bienveillant**,

arrivent ensuite le **planning et les horaires** avec 5,9 % (6 votes). Les **perspectives futures** qui clairement ne sont pas une priorité pour améliorer leur vie au travail remportent 0,98 % (1 vote) mais aussi de façon similaire l'**autonomie** pour 0,98 % (1 seul vote).

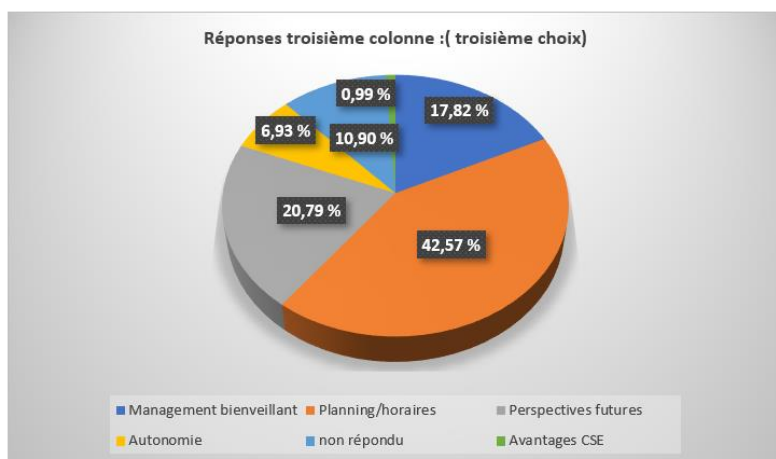
Réponses 2ème colonne (second choix) :



Pour les deuxièmes choix de critères, l'item plébiscité sans équivoque est le **management bienveillant** avec 51,48 % (52 votes) soit près d'une ESI sur deux , nous notons au passage un intérêt moins flagrant que le **travail en équipe** à la question précédente, la **qualité du planning** et les **horaires**

arrivent en deuxième position avec 20,79 % (21 votes), puis vient le **travail en équipe** avec 13,86 %(14 votes), les **perspectives futures** recueillent 5 voix et l'**autonomie** dans le travail 3, à noter que 6 répondants n'ont pas jugé bon de mettre plus d'un item dans leurs réponses d'où les 5,94 % de non réponses pour ce deuxième choix.

Réponses troisième colonne (3ème choix) :



En troisième position, sur les 101 ESI qui ont répondu à cette question seuls 90 ont jugé bon de donner un troisième choix d'item, le **choix du planning** et des **horaires** arrivent en tête avec 42,57 % (43 votes) les **perspectives futures** pour la première fois dans cette question prennent

de l'importance avec 20,79% (21 votes), la **bienveillance du management** est toujours bien présente avec 17,82% (18 votes), l'**autonomie au travail** recueille ici 7 votes, 1 dernier vote pour les **avantages CSE**(le seul de toutes les réponses données ...).

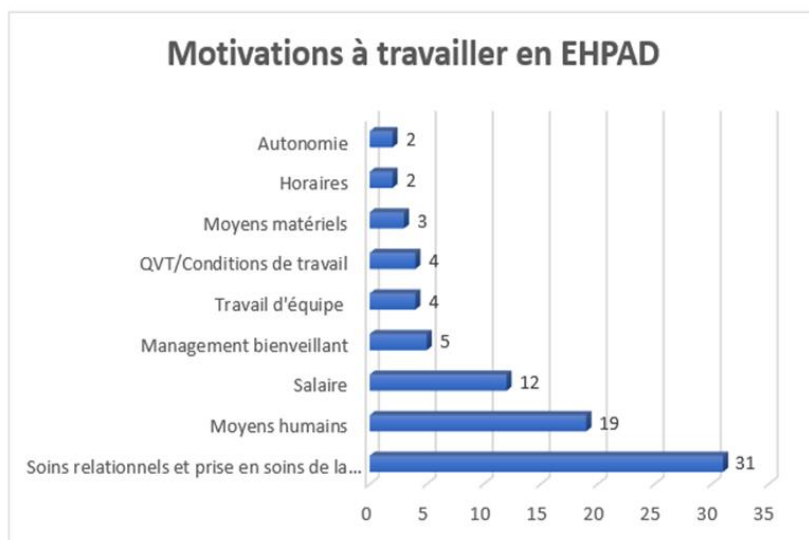
A noter que dans cette troisième colonne, **le travail et la cohésion d'équipe** est inexistante, probablement car elle avait été mise dans les deux premiers choix pour la majorité des répondants.

Au total, les réponses à cette question 7 sont très éclairantes et représentent la QVT dans les critères de choix de poste pour les futurs recrutements infirmiers. Il semblerait que cet axe de travail soit une des priorités à mettre en place dans les établissements pour que ce dernier y devienne plus attractif.

Question n°14, « Qu'est ce qui pourrait vous motiver à travailler en EHPAD ? »

Nous avons effectué le choix d'une question « ouverte » dans l'objectif de ne pas influencer le panel interrogé et obtenir un maximum d'informations.

76 ESI ont répondu sur 101. Chaque réponse contient majoritairement plusieurs thématiques. Nous avons donc effectué l'analyse de cette question non pas sur un pourcentage total de réponses du panel mais sur le contenu formulé, 9 thématiques ressortent³⁶ :



Le **management**, le **travail d'équipe**, le **salaire**, les **soins relationnels et prise en soins de la personne âgée**, la **QVT** et les **conditions de travail**, les **moyens humains**, les **moyens matériels**, les **horaires** et l'**autonomie**.

La principale motivation d'exercice en EHPAD pour les ESI représente **les soins relationnels et la qualité de prise en soins des personnes âgées**, cela a été cité 31 fois dont (« soins relationnels avec le résident », « prise en soins humaine des résidents », « avoir plus de temps pour prendre soin correctement des résidents » etc.). Ensuite, cité 19 fois les **moyens humains** nécessaires à l'exercice dont (« plus de soignants pour moins de patients », « plus de moyens budgétaires et humains », « plus de personnel et moins travailler à la chaîne » etc.).

En 3^{ème} position arrive **le salaire** cité 12 fois, puis **le management bienveillant** 5 fois dont (« organisation ++ de la structure », « l'organisation et l'encadrement », « pas de pression » etc.). Le **travail d'équipe** cité 4 fois (« cohésion d'équipe », « une équipe de folie » etc.) comme la **qualité de Vie au travail et conditions de travail** (« des conditions de travail bien meilleures », « une nette amélioration des conditions de travail » etc.). Les **moyens matériels** sont cités 3 fois (« matériel adapté aux prises en charge », « matériel et moyens de travail » etc.). Pour finir, cités 2 fois **les horaires** de travail ainsi que **l'autonomie** dans la gestion du travail.

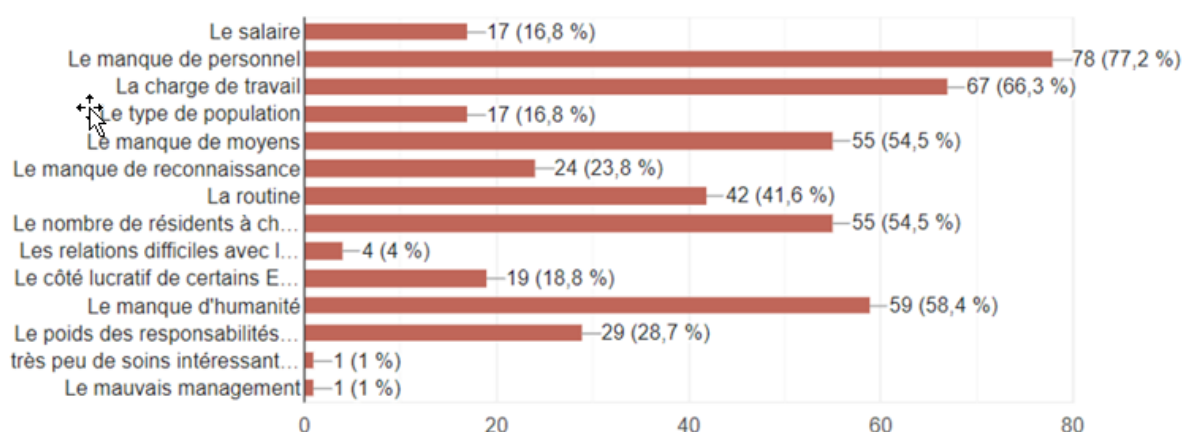
A ces 9 items, s'ajoutent 10 citations dont 4 sans levier de motivation (« je ne sais pas », « rien pour le moment », « rien dans l'immédiat », « pas grand-chose ») puis 6 isolées (« faire

³⁶ Cf. annexe 5

évoluer les choses, les changer », « un établissement correct et respectueux », « pas de nuit », « routine », « régularité des personnes âgées », « diversité des prises en soins, très formateur ».

Au total, les ESI placent **les soins relationnels apportés aux résidents** comme étant la motivation principale à travailler en EHPAD ce qui est concordant avec le besoin en **moyens humains** arrivant en 2^{nde} position.

Question n°15 « Qu'est ce qui pourrait être un obstacle à travailler en EHPAD ? »



Dans la question 15, il était demandé ce qui pourrait être un obstacle à travailler en EHPAD pour des jeunes diplômés. Cette question a clairement suscité un intérêt puisque la totalité des personnes y ont répondu (101 réponses). Dans cette question il n'y avait pas de nombre limité de réponses, en analysant de près ces réponses ³⁷ nous pouvons remarquer que seulement 9 personnes n'ont mis que deux items, les 92 autres personnes en ont mis plusieurs voire presque tous.

Volontairement nous n'avons pas fait de catégories pour analyser ces réponses, les items étaient, selon nous, tous remarquables, notamment pour pouvoir a posteriori agir sur ces raisons de ne pas vouloir prendre un poste IDE en EHPAD. Néanmoins, nous avons pu faire quatre sous-groupes d'items en fonction du nombre de fois que ceux-ci ont été cités :

- Le **manque de personnel et la charge de travail** sont les deux items qui ont été cités le plus de fois : 78 fois cités pour le manque de personnel et 67 pour la charge de travail), le manque de personnel totalise la première place citée 60 fois et 10 citations mentionnent la charge de

³⁷ cf. annexe n°7

travail, le score s'inverse pour la seconde place avec 18 fois le manque de personnel et 42 fois la charge de travail.

- En deuxième position nous avons la peur de **la routine**, citée 42 fois par nos ESI, **le trop grand nombre de résidents à charge** cité 55 fois (mais néanmoins jamais cité en premier lieu dans les choix des items) le **manque d'humanité** qui peut régner dans certains EHPAD a été mis en avant 59 fois. Et **le manque de moyens** 53 fois cité comme étant un obstacle pour venir travailler en EHPAD.
- Le troisième groupe d'items le plus nommé est : **le manque de reconnaissance** cité 24 fois, **le salaire et le type de population** (personnes âgées) apparaissent ici dans 17 réponses chacune, **le poids des responsabilités** revient 29 fois et le **côté lucratif de certains EHPAD** est avancé 19 fois.
- Les ESI avaient la possibilité de répondre librement avec un autre item, seuls deux en ont mentionné un nouveau, il s'agissait pour l'un de la **peur de l'ennui** et pour l'autre **un mauvais management**.

Nous pouvons conclure à cette question en disant que les résultats concordent avec les réponses données à la question précédente, la notion de **manque de personnel** est perçue comme rédhibitoire pour venir travailler en EHPAD.

Question n°16 : « Quelle serait votre prétention salariale en net (hors primes de dimanche, férié, nuit etc.) ? »

	Réponse prétention salariale	Nombre d'étudiants	Analyse par tranche	
			Tranches	Nombre
ANALYSABLE	1700	3	Tranche n° 1 < 1800 euros	5
	1750	2		
	1800	8	Tranche n°2 1800-2000 euros	35
	entre 1800 et 2000	1		
	entre 1850 et 2000	1		
	1900	6		
	1900/2000	1		
	2000	18	Tranche n°3 2100-2300 euros	12
	2100	5		
	2200	5		
Aucune idée 2200/2300	1	Tranche n° 4 2400-2500 euros	13	
2300	1			
2400	2	Tranche n°5 > 2500 euros	2	
2500	11			
2700	1			
2800	1	X	34	
"mon salaire me convient"	1			
"aucune idée désolée"	1			
"je ne sais pas"	1			
"je n'ai pas d'idée"	1			
"aucune idée"	1			
"je sais pas"	1			
"cela dépend de la structure"	1			
Pas de réponse	27			

Analyse des réponses Question n° 16 Questionnaire "Attractivité de l'exercice IDE en EHPAD"

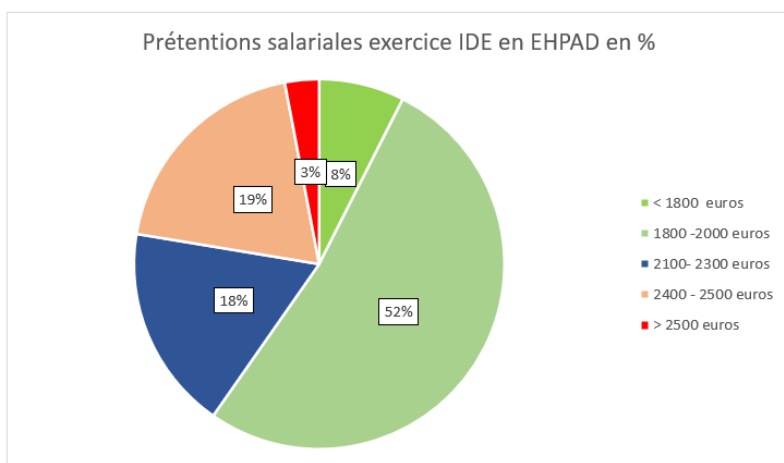
Bien que cette question soit plus difficile à traiter via le type choisi, nous avons délibérément fait le choix d'une question ouverte, cette liberté d'expression nous permettait de connaître de façon plus précise l'attente des étudiants. Une question fermée avec tranches aurait pu influencer le répondant à cocher une prétention salariale plus élevée. Voici une analyse globale des réponses : sur 101 répondants, 34 réponses ne sont pas analysables,

dont 27 sont sans réponse, 6 autres n'ont pas d'opinion, enfin une personne a répondu "mon salaire me convient" sans précision de ce dernier.

Pour les 67 réponses analysables, les prétentions salariales se situent entre 1700 et 2800 euros.

4 réponses indiquent des écarts entre deux valeurs.

Afin de clarifier l'analyse en intégrant ces 4 données, les résultats ont été fractionnés comme suit :



Tranche n°1 : <1800 euros :

5 répondants soit 8%

Tranche n°2 : 1800 – 2000 euros :

35 répondants soit 52%

Tranche n°3 : 2100 - 2300 euros :

12 répondants soit 18%

Tranche n°4 : 2400 - 2500 euros :

13 répondants soit 19%

Tranche n°5 : > 2500 euros :

2 répondants soit 3%

Au total, pour **60%** des réponses analysables, la prétention salariale est de **2000 euros et moins.**

Il est apparu pertinent d'effectuer un rapport croisé avec la question n° 1 en analysant les questionnaires de façon individuelle : la prétention salariale est-elle en corrélation avec l'âge du répondant ?

	Tranche n° 1	Tranche n°2	Tranche n° 3	Tranche n°4	Tranche n° 5	Pas de réponse/idée
19/22 ans	2	22	6	3	1	23
23/25 ans	1	3	1			4
26/30 ans	1	1				3
30/35 ans	1	3	2	2		2
> 35 ans		6	3	8	1	2
TOTAL	5	35	12	13	2	34

40 ESI ont répondu **2000 euros et moins** dont 70% (28) ayant moins de 25 ans, donc nous pouvons affirmer que la prétention salariale est en corrélation avec l'âge du répondant.

6 personnes >35 ans ont tout de même répondu entre 1800 et 2000 euros, elles ont effectué une reconversion professionnelle mais exerçaient déjà dans le domaine de la santé.

A l'aube du virage sociétal nécessaire dans l'accompagnement du vieillissement de nos aînés, l'IDE au sein des EHPADs détient un rôle central et primordial. Son engagement, ses compétences et ses valeurs humanistes auprès des personnes âgées, pérennisent une légitimité d'accès au système de santé, et à la dignité pour chacun, quel que soit l'environnement dans lequel il évolue.

A ce jour la pénurie d'IDE notamment dans ces établissements remet en question cet équilibre et ce droit à la santé. Si aucune action n'est réalisée, au-delà d'une crise, un « tsunami » sanitaire se dessine.

Ce travail avait pour objectif de continuer les démarches gouvernementales et sociétales en répondant à cette question « En quoi le métier d'IDE n'est-il plus attractif en EHPAD ? »

L'enquête nous a permis de confirmer clairement la plupart de nos hypothèses de départ.

La désertion de ce milieu d'exercice chez les jeunes générations est en partie liée au regard actuel assez « péjoratif » que nous portons sur le grand âge et nos aînés, s'y ajoute l'Affaire « Orpée » qui a vraisemblablement influencé 26% des ESI interrogés, ce qui aggrave le peu d'attractivité que ce secteur représente.

Les formations en soins infirmiers ont bénéficié d'une nouvelle réforme en intégrant le processus PARCOURSUP en 2019, permettant un accès après le baccalauréat sans concours. La formation actuelle offrant moins de diversité de stages : si ceux-ci se déroulent « mal » notamment en EHPAD, les ESI n'y reviendront pas en post diplôme. Nous notons également une « perte » d'étudiants plus importante au cours de ces trois années (19% pour ce panel interrogé)³⁸, due entre autres à des erreurs d'orientation : ce que constatent actuellement les IFSI avec lesquels nous échangeons.³⁹ Nous nous sommes rapprochés de la FNESI qui n'a actuellement pas ces données, et nous oriente vers les ARS pour y répondre.

Deux des motivations principales le « prendre soin » et le « sauver des vies » en relation avec la « vocation infirmière » sont toujours bien présentes pour cette « nouvelle génération », sans être au détriment de leur épanouissement professionnel.

³⁸ cf. annexe 2

³⁹ cf. annexe 2

Comme attendu, la Qualité de Vie au travail est citée de façon significative et influence le choix du milieu d'exercice :

- Le besoin d'accroître les moyens humains pour abaisser la charge de travail est un des leviers principaux.
- Le management bienveillant.
- La nécessité d'augmenter les moyens matériels : adaptés et innovants.
- L'amélioration du travail d'équipe.
- L'optimisation des horaires et des cycles de travail permettant l'adéquation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Les prétentions salariales quant à elles bien qu'ayant leur importance ne sont pas, loin de là, l'unique levier à actionner pour recruter et fidéliser les futurs soignants dans les EHPADs.

Le travail d'analyse a aussi permis d'élargir le champ des hypothèses notamment l'injustice flagrante entre soignants en poste, soignants vacataires et intérimaires, « liberté » et salaire plus importants étant deux attentes relevées dans notre étude. Une mise à niveau des salaires entre ces trois types de contrats pourrait être une solution à la pénurie actuelle.

Pour rendre plus attractif nos EMS auprès des nouvelles recrues infirmières, plusieurs actions seraient opportunes :

Un premier type d'actions concerne l'admissibilité en IFSI : Pourrions-nous suggérer au-delà de la pré-sélection PARCOURSUP, une ultime épreuve orale intégrant un jury composé de membres de l'équipe pédagogique ainsi que des professionnels de terrain comme les IDEC ?

Mais aussi accroître l'investissement des IDEC dans le parcours pédagogique des étudiants à différents moments : présentation des ESMS, du public accueilli, possibilité de visites des Etablissements avec présentation des spécificités (rencontre avec les professionnels, connaissance des différents modes d'hébergement, présentation de techniques non médicamenteuses innovantes, réalisation d'ateliers étudiants-résidents etc.), optimiser l'Accueil des stagiaires au sein des structures.

Le second type d'actions consiste pour la structure, à faire évoluer la qualité de vie au travail, à travers l'optimisation de l'Accueil des nouveaux salariés via un système de Tutorat et ainsi permettre d'exercer leur profession dans un environnement rassurant, humain, et motivant. Ensuite il est primordial de favoriser leur fidélisation par le biais d'un management bienveillant et une organisation permettant d'allier vie professionnelle et vie personnelle. Une évaluation

de la Qualité de Vie au travail doit être mise en place pour permettre à l'employeur d'obtenir une cartographie réaliste du vécu et ainsi connaître l'Attractivité de l'établissement sur cette thématique.

Le troisième type d'actions concerne le salaire proposé qui reste néanmoins une motivation. Des inégalités salariales persistent en fonction du statut d'exercice : public, privé associatif, privé à but lucratif ; une diminution des écarts pourrait être facilitante. Il serait aussi important de valoriser des compétences spécifiques acquises lors de formations ; mais aussi de dédommager « pourquoi pas » les infirmières lors de l'absence inopinée d'une collègue, alourdissant ainsi de manière significative leur charge de travail.

Toutes ces pistes sont autant de sources d'espoir, pour l'amélioration de la prise en soin de nos aînés et l'engouement pour ce métier.

Pour cela, en tant qu'IDEC nous souhaiterions poursuivre cette démarche d'Amélioration Continue de l'Attractivité, certes sur le plan local, régional mais avant tout sur le plan national. Ce travail réalisé pourrait être, nous l'espérons un levier supplémentaire et une source d'inspiration « de terrain » à destination des pouvoirs publics.

Annexe 1

« Le Care »

Cette émergence dans le débat public a entraîné de vives critiques semblables à celles souvent adressées aux théories du care. On prétend qu'elle n'est qu'une préoccupation purement intellectuelle et féminine, faisant l'apologie des vulnérabilités et de la dépendance au détriment de la performance et de l'autonomie, concernant le domaine privé et intime et non le domaine public et politique, risquant de nous détourner de concepts plus utiles pour l'action sociale et politique, comme la solidarité, la justice ou l'égalité. « Le care » peut se décrire comme une réponse aux nombreux besoins des personnes vulnérables, réalisé par des proches et des professionnels, avant tout des femmes.

Un « travail » en 4 phases

Sa complexité a été décrite par la philosophe politique Joan Tronto en 1993, qui isole quatre phases :

- La première consiste à reconnaître qu'un besoin est là, ce qui mobilise l'attention (« to care about ») et la sollicitude, l'empathie (« to care for ») vis-à-vis de la personne vulnérable.
- La deuxième consiste à décider de répondre au besoin décelé et à organiser la réponse (« to care of »), ce qui mobilise le sens de la responsabilité vis-à-vis de la personne vulnérable.
- La troisième consiste à prendre soin (« to give care ») de la personne vulnérable par un travail concret auprès d'elle.
- La quatrième permet de vérifier auprès de la personne vulnérable que son besoin a été bien identifié et que la réponse a bien été organisée puis réalisée (« to receive care »), ce qui mobilise à nouveau attention, empathie et sollicitude.

C'est bien la subtile complexité de ce travail qui explique les difficultés à traduire le mot « care ». Toutes ces dimensions doivent être présentes pour que l'accompagnement soit de qualité.

Réponse à la vulnérabilité

La problématique du « care » continue de susciter à la fois des perplexités, des interrogations, des réticences mais aussi des certitudes, des réponses et des adhésions, dans le monde des chercheurs en sciences humaines et sociales comme dans celui des professionnels du soin, sans compter celui des « soignants » non professionnels que sont les aidants familiaux. A la

fois attitude attentionnée et travail de prendre soin, c'est un concept plus large que la seule humanisation des soins. Cette notion rassemble toutes les modalités de réponses que notre société peut apporter aux situations de vulnérabilité, liées en particulier à l'âge, à la maladie, au handicap ou aux difficultés sociales.

Un nouveau site internet dédié

Face à cette réalité, le groupe Humanis lance un nouveau site internet, Agir pour "lecare.com", à destination des professionnels et du grand public, afin de promouvoir « le care » comme nouvel enjeu de société et d'apporter des réponses pédagogiques et pratiques. Conçu comme un véritable espace d'information et d'échange, il propose des actualités concrètes, un forum de discussions, une médiathèque qui s'enrichit progressivement d'articles et d'illustrations sonores ou vidéos. Pour Laurent Huyghe, directeur action sociale du groupe Humanis, « il est nécessaire de faire avancer le débat de société sur la place, le financement, l'organisation et la qualité du « care » à domicile et dans les institutions ». »⁴⁰

⁴⁰ <https://www.journaldeleconomie.fr/Le-management-intergenerationnel>

Annexe 2

IFSI interrogés via Google Forms.

Nom IFSI	Promotion initiale (Effectif 1 ^{ère} année)	Promotion 3 ^{ème} année diplômée 2022
IFSI Fougères	50	50 (dont 5 transferts)
IFSI CH Le Mans	120	100
IFSI Gonesse	110	85
IFSI ST Joseph (Paris)	118	92
IFSI Léonie Chaptal	100	90
IFSI les Diaconesses (Paris)	82	58
IFSI Versailles - le Chesnay	74	45
IFSI Meulan-Les Mureaux	62	44
IFSI CH Brest	110	108
<u>TOTAL IFSI</u>	826	672
<u>% diplômés</u>		81%
<u>% répondants</u>		15% (101/672)

Annexe 3

Le Questionnaire

Attractivité du travail en EHPAD

Nous sommes 4 étudiantes en cours de Diplôme Universitaire IDEC EHPAD et SSIAD à l'Université Paris Descartes.

Nous réalisons un mémoire de n d'études ayant pour thématique l'attractivité de l'exercice IDE en EHPAD, pour cela nous avons besoin de vous, Étudiants mais aussi futurs collègues.

Voici un questionnaire anonyme, la complétion est estimée à 10 minutes.

Les données recueillies permettront d'effectuer ces travaux universitaires mais aussi participer à la démarche d'évolution de la profession.

Nous vous fournirons les résultats si vous le souhaitez.

Nous comptons sur vous pour répondre à l'ensemble des questions. Merci à tous !

*Obligatoire

Faisons connaissance

1. 1- Quelle est votre tranche d'âge ? *

Plusieurs réponses possibles.

- 19 - 22 ans
 23 - 25 ans
 26 - 30 ans
 30 - 35 ans
 plus >de 35
ans

2. 2- Etes-vous en reconversion professionnelle ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Oui mais déjà dans le domaine de la santé
 Oui mais je viens d'un autre domaine
 Non

3. 3- Quelles étaient vos motivations à l'entrée en IFSI (choisir trois critères) *

Plusieurs réponses possibles.

- Contribuer à sauver des vies
- Le prendre soin
- La sécurité de l'emploi
- La reconnaissance de la société
- La possibilité d'évolution professionnelle
- La diversité des champs d'action (humanitaire, formation, urgences, pédiatrie, etc.)
- La liberté du choix de contrat (CDI, CDD, intérim, vacations etc.)
- Le salaire Autre :
- _____

Votre exercice IDE :

4. 4- Dans quel milieu souhaiteriez-vous exercer ? *

* FAM (Foyer d'accueil médicalisé), FV (Foyer de vie) , IME (Institut médico éducatif) , EEAP (Etablissement et service pour enfants et adolescents polyhandicapés) EHPAD /

** Médecine du travail, Médecine scolaire / *** IPA : Infirmière en Pratique Avancée, IBODE , Puer

Plusieurs réponses possibles.

	choix 1	choix 2	choix 3
Sanitaire (CH, Clin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico - social *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humanitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domicile (HAD, SSIAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé publique **	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poursuivre les études vers un master	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuer vers une spécialisation ***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne sait pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 5- Votre choix d'orientation post-diplôme a t-' il évolué au cours de votre formation ? *

Si oui, pourquoi ?

6. 6 - Quels sont pour vous les critères de choix importants pour un poste IDE ? *
Plusieurs réponses possibles.

	Choix 1	Choix 2	Choix 3
Qualité de vie au Travail (QVT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins techniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins relationnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valorisation des Compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. 7 - Si vous deviez améliorer votre vie au travail, quels seraient les critères par degré d'importance ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Intégration à l'établissement/ équipe
- Cohésion d'équipe
- Accompagnement à la prise de poste
- Encadrement / Bienveillance du management
- Qualité du planning / Plages horaires
- Cycles de travail (roulements)
- Autonomie
- Perspectives d'évolution
- Perspectives de formation
- Avantages Comité d'entreprise (CSE)

Spécificité exercice en EHPAD

8. 8 - Avez - vous effectué pendant vos études un stage en EHPAD ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

9. 9 - Si oui quelle en serait l'évaluation ? *

Une seule réponse possible.

- Excellente
 Très bonne
 mitigée
 Mauvaise
 Très mauvaise

10. 10 - L'exercice en structure médico-sociale plus spécifiquement en EHPAD vous intéresse t'il ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Tout à fait
 Peu
 Pas du tout

11. 11 - Si vous étiez amené(e) à travailler en EHPAD, vous choisiriez le statut : *

Une seule réponse possible.

- Fonction publique
 Privé associatif à but non lucratif
 Privé lucratif

12. 12 - En rappelant le statut choisi à la question précédente, pourriez-vous donner les raisons de votre choix ? *

13. 13 - L'affaire médiatique autour d'ORPEA influence-t-elle votre choix ? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Pas du tout Tout à fait

14. 14 - Qu'est ce qui pourrait vous motiver à travailler en EHPAD ? *

15. 15 - Qu'est ce qui pourrait être un obstacle à travailler en EHPAD ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Le salaire
 - Le manque de personnel
 - La charge de travail
 - Le type de population
 - Le manque de moyens
 - Le manque de reconnaissance
 - La routine
 - Le nombre de résidents à charge
 - Les relations difficiles avec les familles
 - Le côté lucratif de certains EHPAD
 - Le manque d'humanité
 - Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
 - Autre :
-

16. 16 - Quelle serait votre prétention salariale (en net et hors primes de dimanche, férié, nuit etc.)? *

Google Forms

Annexe 4

Les Réponses au Questionnaire

Attractivité du travail en EHPAD

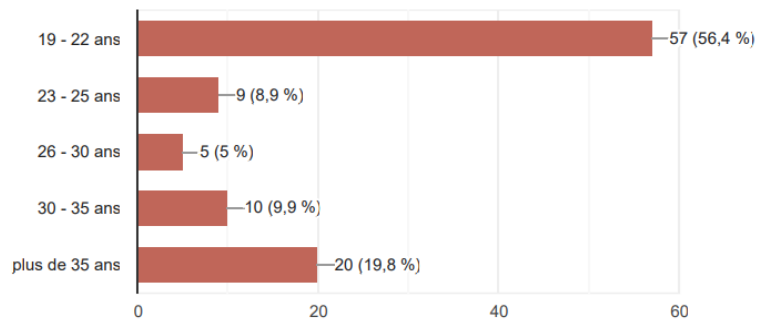
101 réponses

Faisons connaissance

1- Quelle est votre tranche d'âge ?

[Copier](#)

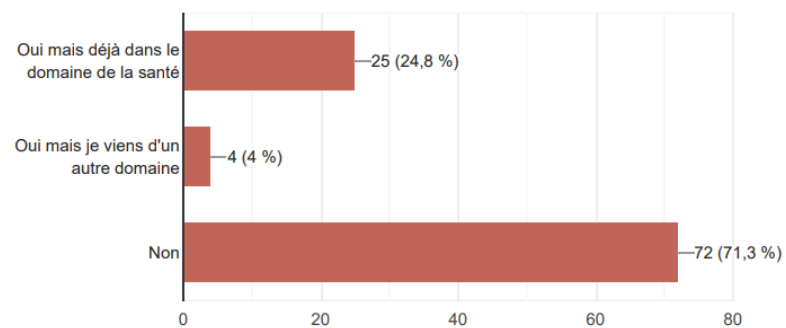
101 réponses

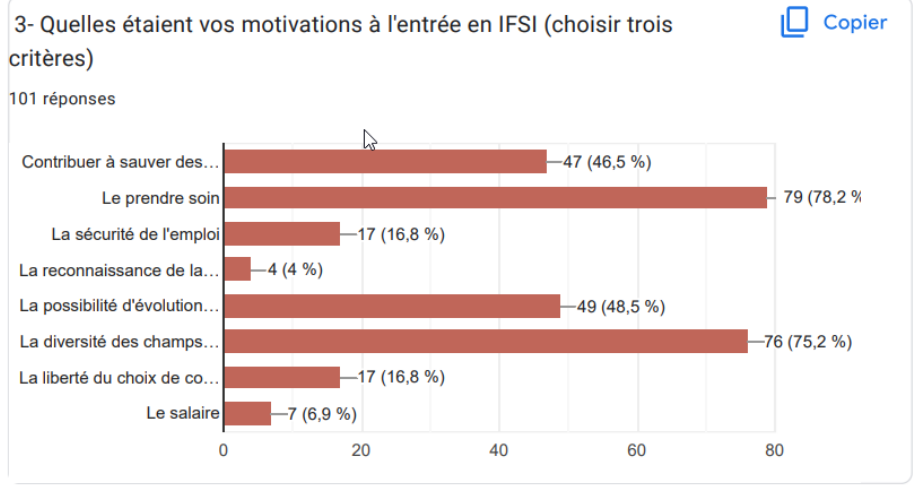


2- Etes-vous en reconversion professionnelle ?

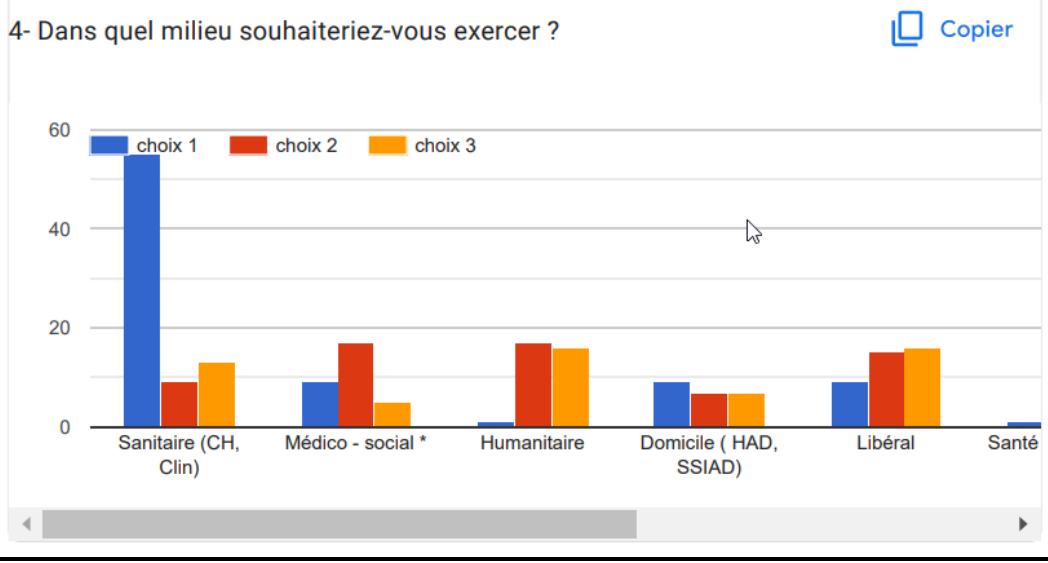
[Copier](#)

101 réponses





Votre exercice IDE :



5- Votre choix d'orientation post-diplôme a t il évolué au cours de votre formation ? Si oui pourquoi ?

74 réponses

Non

Non

Oui, découverte de nouveaux services qui ont changé mes représentations

Je voulais me spécialisée vers puer mais les trois ans mon démoraliser et casser plus de motivations + payer 6000€ l'année et les concours

Oui par la découverte d'autres services et l'approfondissement de mon projet de départ qui finalement ne me convenait pas

Oui du aux stages

Non, il est resté le même.

Apprentissage de nouvelles connaissances

Oui, les différents stages effectués m ont permis de découvrir différentes facettes du métier infirmier

je ne sais pas quoi faire

Oui en raison des conditions sanitaires actuelles

non, il n a pas évolué

non

Oui, je voulais faire puéricultrice avant de me rendre compte de l'impact de l'image des enfants malades pouvaient être compliquer à gérer, et je me suis, au final, plu énormément en addictologie !

J'ai réalisé mon stage pré professionnel en pédiatrie. Je me suis rendue compte que ça ne me correspondait pas en tout cas le service.
De plus, je ne l'ai pas très bien vécu avec l'équipe.

Oui par la découverte en stage

Oui, de par la réalité du terrain, le manque de reconnaissance de la société, la crise du covid 19...



Oui,. Je pensais faire puéricultrice, finalement prendre soin des adultes me va très bien. + envie d'un travail et de stopper l'école

Non dès l'entrée en formation j'avais l'idée de vouloir continuer

Mon choix a évolué car grâce aux différents stages effectués durant la formation, j'ai pu découvrir des domaines qui me plaisent davantage

Oui à cause d'un stage mal passer

Oui par rapport aux stages effectués

Non, j'ai toujours voulu commencé dans un CH pour acquérir de la techniques dans les différents domaines et spécialistées

Non je ne sais toujours pas.

Cadre de santé, enseignement

oui, car j'ai pu découvrir les services qui me plaisaient ou nous au cours des stages

Oui... Très déçue de la dureté des lieux de stage

Oui grâce à l'intervention des drh

Oui car j'ai réalisé des stages auxquels je ne mettais pas intéresser avant mais en y réalisant un stage mon rendu intéresser par différents domaines

Perte de sens

Par rapport aux stages et aux vacations dans les différents services

Oui vu le manque de personnel dans les établissements de santé

oui, les conditions de travail à l'hôpital ont fait que je ne souhaite pas y travailler

Oui, avec les stages

Oui, j'aimerais continuer mes études pour faire une reconversion

Non j'ai jamais vraiment eu d'idée précise

Non

Oui, car j'ai pris conscience de la réalité en étant vraiment sûr le terrain lors des stages

Non il est resté le même

Oui avec la diversité des stages et des acquisitions théoriques.

J'avais le projet de devenir puéricultrice mais j'ai découvert au cours de mes stages que prendre en soins un enfant malade m'affectait beaucoup et que finalement c'était tout le côté relationnel auprès de l'adulte et de la personne âgée qui m'attirait le plus (d'où le projet de travailler à domicile ou en libéral)

Oui, je voulais un service de pédiatrie pour être puer finalement je me suis aperçu qu'avec les enfants étant moi même maman de 2 jeunes enfants je pouvais pas sans faire de transfert

Oui car j'ai découvert les différents terrains grâce aux stages

Oui, j'ai fait un stage au bloc ce qui m'a plus donc j'aimerais me spécialiser en tant qu'iade et travailler au bloc

A cause des stages

Oui suivant les stages réalisés

Non je souhaite toujours me diriger vers la même voie

Oui

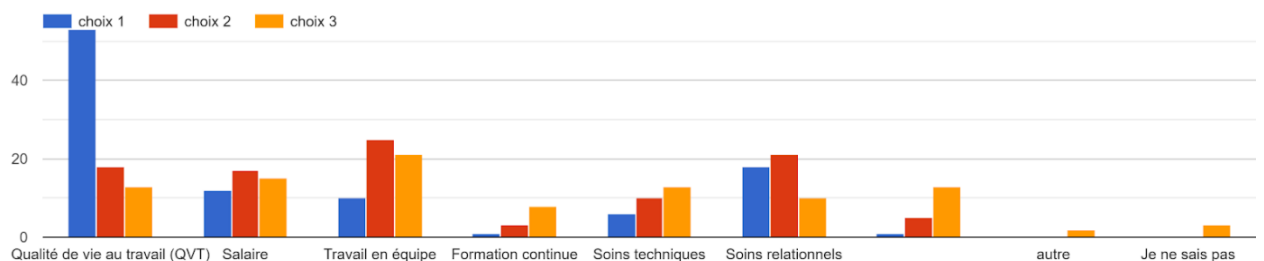
oui, avec les stages dans différents services et établissements

Oui,

Oui vers un service plus spécifique auquel je n'aurai pas envisagé de travailler

Oui

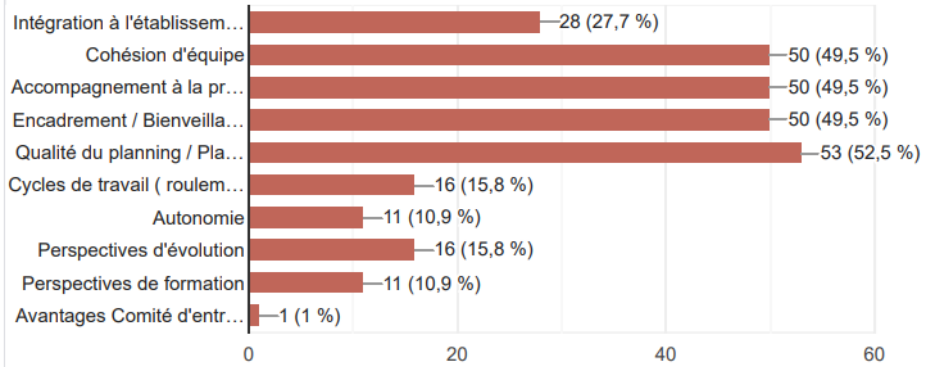
6 - Quels sont pour vous les critères de choix importants pour un poste IDE ?



7 - Si vous deviez améliorer votre vie au travail , quels seraient les critères par degré d'importance ?

 Copier

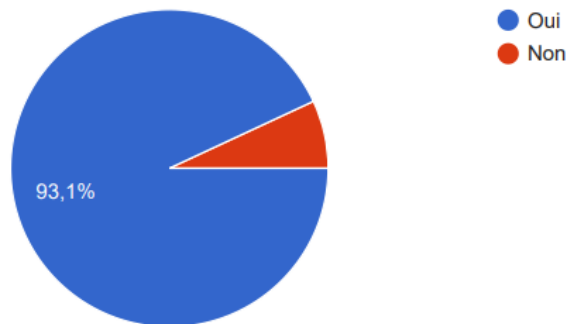
101 réponses



Spécificité exercice en EHPAD

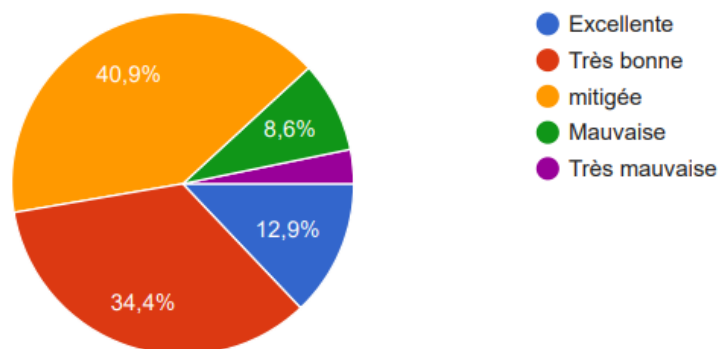
8 - Avez - vous effectué pendant vos études un stage en EHPAD ?

101 réponses



9 - Si oui quelle en serait l'évaluation ?

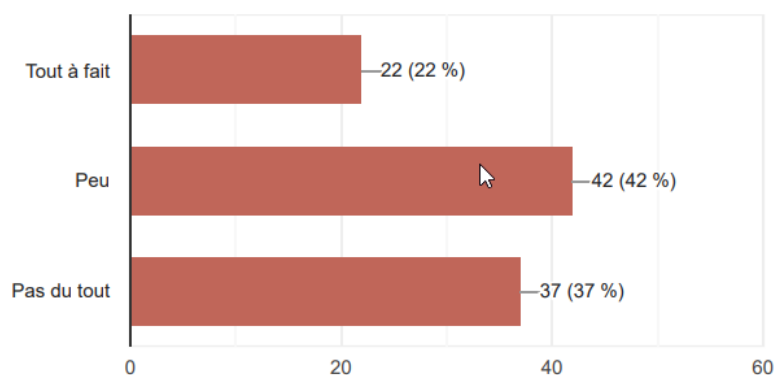
93 réponses



10 - L'exercice en structure médico-sociale plus spécifiquement en EHPAD vous intéresse t'il ?

[Copier](#)

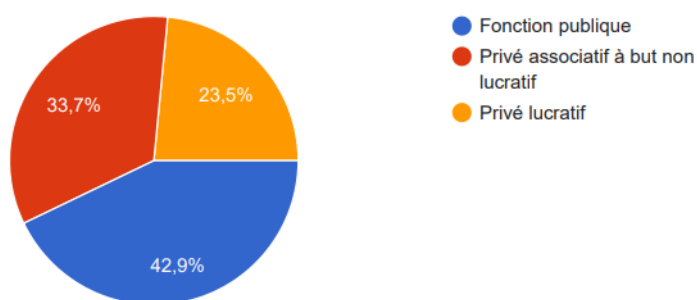
100 réponses



11 - Si vous étiez amené(e) à travailler en EHPAD, vous choisiriez le statut :

[Copier](#)

98 réponses



12 - En rappelant le statut choisi à la question précédente, pourriez vous donner les raisons de votre choix ?

61 réponses

Les valeurs de la Fonction Publique me correspondent « encore » : accès aux soins sans distinction, ...

Expériences dans les lieux de stages : plus de moyens dans le privée que dans le public

Les ehpad publique font moins parler d'elles et sont plus encadrées

Sécurité de l'emploi

Privé associatif à but non lucratif - pour la qualité de vie au travail

Ayant effectuée mes stages dans des EHPAD publics, je vois bien qu'il s'agit d'une position assez inconfortable pour les soignants : manque de moyens, pas de titularisation même après 5 ans d'exercice dans la fonction publique...

Je perçois le privé associatif comme davantage tourné vers l'intérêt des personnes soignées, avec peut être plus de moyens que le public

Attachée à la fonction publique, au service public
Prix de l'hébergement fixé par le Conseil Général. Moins de notion de profit que dans le privé.

Une bonne considération du personnel

Niveau salariale plus intéressant

Aider tout le monde peut importe ces moyens

Une bonne considération du personnel

Niveau salariale plus intéressant

Aider tout le monde peut importe ces moyens

Je suis restée 17 ans AS dans un ehpad privé associatif à but non lucratif. Je ne connais pas le fonctionnement des autres statuts.

Par contre, je sais que je gagnais moins qu'en public. Je n'étais pas rappelée sur mes repos. Ma convention collective était correcte : 5 semaines de cp annuel, pas de rtt. Manque de personnel. Mes résultats de diplôme étant dans un mois si je suis diplômée j'ai un cdd pour remplacement congés maternité en had. Je vais découvrir ce qu'est le public. Pour l'instant, je ne souhaite plus travailler en structure à aujourd'hui.

effectif conséquent, conditions de travail agréables

Fonction publique car meilleur salaire et évolution plus rapide

Ce n'est pas du tout un milieu qui m'attire, donc pourquoi pas le faire mais en étant peut être un peu mieux payée

Sécurité emploi



Je ne suis pas sûr. En terme de salaire, je pense que c'est mieux. Cependant, je ne souhaite que sa soigner à la chaîne : je veux prendre du temps pour mes patients.
Je me trompe peut être mais le privé n'est pas dans cet esprit là. Le scandale ORPEA le démontre.

Accès aux soignants plus facilement

Je ne sais pas

Privé associatif à but non lucratif : il y a trop de résidents dans la fonction publique, on est plus dans un travail à la chaîne. Dans cette option, la prise en soins des résidents est plus adaptées et réaliste, elle nous permet de mettre des choses en place pour leur confort

EHPAD public conditions de travail difficiles pour les professionnels. Et parfois conditions de vie déplorable pour les patients.

Initialement employée de la fonction publique (promotion professionnelle)

Je ne sais pas trop

J'ai répondu parce qu'il fallait une réponse mais malheureusement la qualité d'un ehpad ne dépend pas de son statut ni de ses moyens ...

Gagner plus

Je ne connais que des Ephad publique et donc je ne connais pas les modalités d'une structure privée

Echanges facilités avec le ch

L encadrement

La qualité des soins, et l'accompagnement des aînés.

Service publique

Mieux rémunéré pour le même travail

Rémunération

Accompagnement en animation

Car tout est toujours question de budget... On ramène tout à l'argent et le bien-être des patients et personnels importe pas

Dans le publique les moyens donner sont trop faible et le personnels n'est donc pas suffisamment équipé pour bien accompagné les patients



Sécurité de l'emploi

Je connais que le privé pour ces structures

Privée non lucratif

X

Je sais pas les différences

Plus petite structure donc prise en charge de qualité selon moi

Les personnes payent très chères pour des chambres qui ne sont souvent pas adaptées, manque de matériel dans les étages, manque de personnel

Non

Je préfère car plus facile de quitter son poste en privée

Les moyens mis à disposition

Ayant exercée dans la FP, j'y trouve certains avantages tel que la possibilité d'évolution par le biais de formations ou le salaires par exemples

Moins de dépassement de tâches et d'horaires

Salaire et le matériel suffisant pour travailler

Les bénéfices seraient réinjectés dans l'établissement et pour les résidents.

Privé associatif à but non lucratif : correspond à mes valeurs et reconnu pour sa culture de la bienveillance

Pour le salaire et les conditions de travail, car dans le public les conditions de travail ne sont pas top top

J'ai l'impression que les structures privées prennent mieux en soins les patients

Sécurité de l'emploi et salaire

Mon expérience me permet de juger la différence entre un EHPAD public et privé. meilleure qualité de prise en soin pour les résidents dans un Ehpad à but non lucratif

Travaille plus humain et moins à la chaîne il me semble

Meilleur salaire, possibilité d'évolution



Fonction publique - ne sait pas

car plus de moyens donc de matériel et qualité (pour soignants et patients)

Car cela permet de pouvoir faire une mutation en interne dans la fonction publique

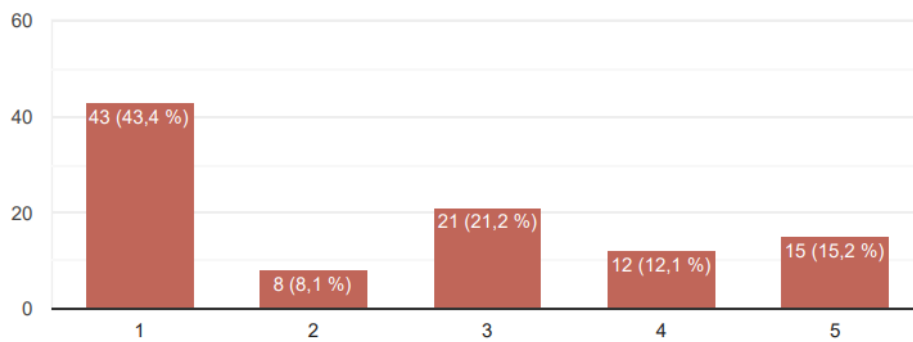
Privé = client, non residents ; publique = peu de moyen, usine à la chaîne

Je sais pas

13 - L'affaire médiatique autour d'ORPEA influence t elle votre choix ?



99 réponses



14 - Qu'est ce qui pourrait vous motiver à travailler en EHPAD ?

76 réponses

Salaire

Plus de personnel

La relation avec la personne âgée

Le salaire

Réduction de prise en charge pas plus de 30 à 35 personnes, travail d'équipe, humanité

salaires, moyens adapté (assez de soignants)

Le salaire et des moyens humains et matériels

Davantage de personnels

Prise en soins humains des résidents, qualité de vie au travail

La relation privilégiée avec les résidents (fait qu'il s'agisse d'un lieu de vie).

Le relationnel avec les patients

Un meilleur ratio soignant-résident

Les soins relationnels, le contact avec les personnes âgées

Soin relationnel avec le résident

le salaire

Un établissement correct et respectueux

Le relationnel

J apprécie les personnes âgées

conditions de travail réunis : personnel suffisant, matériel et moyens de travail, cohésion d'équipe.

Rien pour le moment

Routine



Pas de nuit

Faire évoluer les choses, les changer

Avoir la garantie d'une équipe complète et en nombre suffisant

La diversité des prises en soins, très formateur

Charge de travail raisonnable.

Améliorer les conditions de travail et de surcroit les conditions de prises en soins des personnes âgées

Un salaire plus élevé

- plus de personnel donc moins de charge de travail car trop souvent il y a 1 soignant qui doit effectuer les soins pour une dizaine de patients à la chaîne sans forcément être attentif aux demandes des résidents.

Tout simplement s'occuper des résidentes âgées, les accompagner, prendre soin d'elles pour cette fin de vie. Les respecter et leur donner des soins dignes de ce nom

Le relationnel avec les résidents

La prise en compte de la charge de travail en étant plus d'une infirmière pour 60-80 résidents voir plus

Population soignée

Les Horaires

Pas grand chose

Travailler avec les personnes âgées

Rien dans l'immédiat.

Autonomie
Relation avec la personne âgée
Travail équipe

Respecter nos aînés

prendre soin des anciens

Relationnel



La prise en soins des personnes âgées, soins relationnels ++, connaissances des résidents, salaire

Pouvoir prendre le temps... Être plus bienveillant... Leur accordé plus d'importance... De respect... Plus de soignants pour moins de patients...

Des conditions de travaux bien meilleure

Travail humain , plus de personnel , des cadres qui s'investissent et traitent correctement les gens

Le relationnel dans un lieu de vie. Nous ne sommes pas dans un hôpital mais chez les résidents.

La qualité de travail

les soins relationnels, la continuité des soins et le fait que ça soit un lieu de vie

Très bon salaire

Les soins relationnels

Le relationnel

Salaire

L'organisation et l'encadrement

La population et le projet de la structure d'accueil

Regulariter des personnes soignées

Une nette amélioration des conditions de travail

L'accompagnement des personnes isolées, sans ressources ni familles. Combler ces manques

Le nombre de personnel pour vraiment prendre le temps auprès de la personne âgée, améliorer leur qualité de vie.

Le nombre d'ide par rapport au nombre de résidents

Bon salaire, respect des soignants, matériels adapté aux prises en charge, organisation+++ de la structure, personnel en nombre, respect des patients et encore tellement d'autres...



Le contact relationnel. Le suivi des résidents au long cours, l'autonomie dans la gestion du travail

Avoir plus de temps pour prendre soin correctement des résidents

Plus de personnels
Médecin coordinateur

Relationnel et pas de pression

Les soins relationnels

Plus de personnel et moins travailler "à la chaîne"

Le bien être des personnes âgées et le fait qu'ils soient agréables

le salaire, une équipe de folie

Les horaires et le salaire

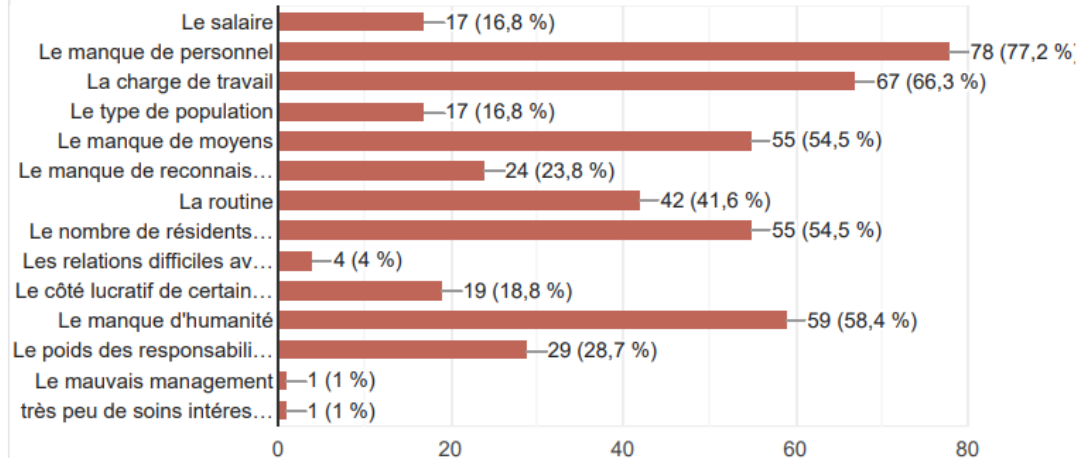
Plus de moyens budgétaire et humains

Je ne sais pas

15 - Qu'est ce qui pourrait être un obstacle à travailler en EHPAD ?



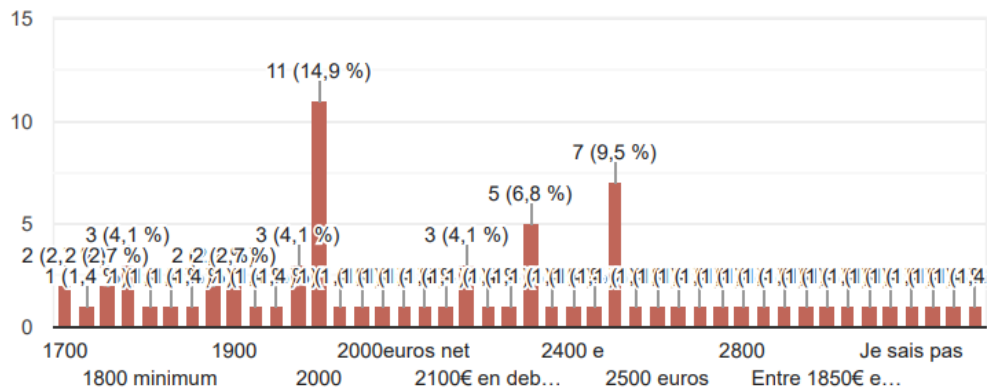
101 réponses



16 - Quelle serait votre prétention salariale (en net et hors primes de dimanche, férié, nuit etc)?



74 réponses



Annexe 5

Résumé par tableau Question n°14 « Qu'est ce qui pourrait vous motiver à travailler en EHPAD ? »

<u>Management</u>	1-Pas de pression 2- Respect des soignants 3- Organisation ++ de la structure 4- L'organisation et l'encadrement 5- Des cadres qui s'investissent et traitent correctement les gens
<u>Travail d'équipe</u>	1-Cohésion d'équipe 2- Travail d'équipe 3- Une équipe de folie 4- Travail d'équipe
<u>Salaire</u>	1-Salaire 2- Le salaire 3- salaire 4- Très bon salaire 5- Un salaire plus élevé 6- Le salaire 7- Salaire 8-Bon salaire 9- Le salaire 10- Le salaire 11- Le salaire 12- Salaires

Soins relationnels et prise en soins de la PA

- 1-Relation avec la PA
- 2-Le relationnel dans un lieu de vie. Nous ne sommes pas dans un hôpital mais chez les résidents.
- 3- Le bien être des PA et le fait qu'ils soient agréables
- 4- La prise en soins des PA, soins relationnels++, connaissance des résidents
- 5-Le relationnel avec les patients
- 6- Le relationnel
- 7- Prendre soin des anciens
- 8- Tout simplement s'occuper des PA, les accompagner, prendre soin d'elles pour cette fin de vie. Les respecter et leur donner des soins dignes de ce nom.
- 9- Relationnel
- 10- les soins relationnels, la continuité des soins et le fait que ce soit un lieu de vie
- 11- Respect des patients
- 12- Les soins relationnels
- 13- Respecter nos aînés
- 14- Humanitude
- 15- Relationnel
- 15- Travailler avec les personnes âgées
- 16- Soins relationnels
- 17- J'apprécie les personnes âgées
- 18- L'accompagnement des personnes isolées, sans ressources ni familles. Comblar ces manques
- 19- Soins relationnels avec le résident
- 20- Relation avec la personne âgée
- 21- Prise en soins humains des résidents
- 22- Soins relationnels
- 23- Population et projet de la structure d'Accueil
- 24- Les soins relationnels, le contact avec les personnes âgées
- 25- Le contact relationnel, le suivi des résidents au long cours
- 26- La relation privilégiée avec les résidents (fait qu'il s'agisse d'un lieu de vie)
- 27- Le relationnel avec les résidents
- 28- Population soignée
- 29- Avoir plus de temps pour prendre soin correctement des résidents
- 30- Améliorer les conditions de travail et de surcroît les conditions de prise en soins des personnes âgées
- 31- Avoir plus de temps pour prendre soin de nos aînés bienveillance

<p><u>QVT/conditions de travail</u></p>	<p>1- Des conditions de travail bien meilleures 2- Une nette amélioration des conditions de travail 3- la qualité de travail 4- Qualité de vie au travail</p>
<p><u>Moyens humains</u></p>	<p>1-Plus de personnel 2-plus de personnel donc moins de charge de travail car trop souvent il y a 1 soignant qui doit effectuer les soins pour une dizaine de patients à la chaîne sans forcément être attentif aux demandes des résidents. 3- Conditions de travail réunis ; personnel suffisant 4- Le nombre de personnel pour vraiment prendre le temps auprès de la PA, améliorer leur qualité de vie. 5- Meilleur ratio soignant-résident 6- Personnel en nombre 7- Réduction de prise en charge, pas plus de 30 à 35 personnes 8- Avoir la garantie d'une équipe complète et en nombre suffisant 9- Plus de personnel et moins travailler « à la chaîne » 10- Moyens humains 11- Travail humain, plus de personnel 12- Pouvoir prendre le temps ...être plus bienveillant...leur accordé plus d'importance...De respect.....plus de soignants pour moins de patients 13- Le nombre d'IDE par rapport au nombre de résidents 14- Plus de moyens budgétaires et humains 15- Prise en compte de la charge de travail en étant plus d'une infirmière pour 60-80 résidents voir plus. 16- Davantage de personnels 17- Plus de personnel, médecin coordonnateur 18- Charge de travail raisonnable 19- Moyens adaptés (assez de soignants)</p>
<p><u>Moyens matériels</u></p>	<p>1-Matériel et moyen de travail 2-Matériel adapté aux prises en charge 3- Moyens Matériels</p>
<p><u>Horaires</u></p>	<p>1-Les horaires 2-Les horaires</p>

<p><u>Autonomie</u></p>	<p>1-Autonomie 2-L'autonomie dans la gestion du travail</p>
<p><u>Autres</u></p>	<p>1-Rien dans l'immédiat 2- Faire évoluer les choses, les changer 3- Pas grand-chose 4- Un établissement correct et respectueux 5- Rien pour le moment 6- Pas de nuit 7- Routine 8- Régularité des personnes âgées 9- Je ne sais pas 10- Diversité des prises en soins, très formateur</p>

Annexe 6

Résumé par tableau de la question n°7 : « Si vous deviez améliorer votre vie au travail, quels seraient les critères par degré d'importance ? »

	A	B	C
1	choix numéro 1	choix numéro 2	choix numéro 3
2	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires	perspectives d'évolution
3	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	encadrement /bienveillance management
4	accompagnement a la prise de poste	qualité du planning /plages horaires	autonomie
5	accompagnement a la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
6	accompagnement a la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
7	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
8	encadrement /bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	cycles de travail (roulements)
9	encadrement /bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	perspectives de formation
10	accompagnement a la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
11	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	encadrement /bienveillance management
12	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste
13	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	cycles de travail (roulements)
14	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement prise de poste	cycles de travail (roulements)
15	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	encadrement / bienveillance management
16	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	perspectives de formation
17	encadrement/bienveillance du management	autonomie	perspectives d'évolution
18	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires
19	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	qualité du planning /plages horaires
20	accompagnement à la prise de poste	perspectives d'évolution	
21	qualité du planning/plages horaires	cycles de travail (roulements)	autonomie
22	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	perspectives de formation
23	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	cycles de travail (roulements)

	A	B	C
23	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	cycles de travail (roulements)
24	intégration à l'établissement /équipe	encadrement / bienveillance du management	perspectives d'évolution
25	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
26	intégration à l'établissement /équipe	qualité du planning /plages horaires	perspectives d'évolution
27	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
28	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste
29	cohésion d'équipe		
30	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
31	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires	cycles de travail (roulements)
32	cohésion d'équipe	qualité du planning /plages horaires	perspectives d'évolution
33	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	perspectives d'évolution
34	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste
35	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	autonomie
36	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires
37	cohésion d'équipe	qualité du planning /plages horaires	cycles de travail (roulements)
38	qualité du planning/plages horaires		
39	intégration à l'établissement /équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
40	accompagnement à la prise de poste	cycles de travail (roulements)	
41	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
42	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement prise de poste	encadrement /bienveillance management
43	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	encadrement /bienveillance management
44	encadrement /bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	cycles de travail (roulements)
45	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires

Annexe 6 (suite)

	A	B	C
46	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires	cycles de travail (roulements)
47	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste
48	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires	cycles de travail (roulements)
49	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires
50	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	cycles de travail (roulements)
51	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste
52	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
53	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires
54	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires
55	intégration à l'établissement /équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
56	encadrement /bienveillance du management	perspectives d'évolution	perspectives de formation
57	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	cycles de travail (roulements)
58	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
59	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires
60	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	perspectives d'évolution
61	intégration à l'établissement /équipe	autonomie	perspectives de formation
62	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	cycles de travail (roulements)
63	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	encadrement / bienveillance management
64	cohésion d'équipe	qualité du planning /plages horaires	perspectives d'évolution
65	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	qualité du planning /plages horaires
66	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	perspectives de formation
67	accompagnement à la prise de poste	perspectives d'évolution	perspectives de formation
68	cohésion d'équipe	accompagnement prise de poste	qualité du planning /plages horaires

	A	B	C
70	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	
71	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
72	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
73	cohésion d'équipe	cycles de travail (roulements)	avantages / comité d'entreprise
74	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	perspectives d'évolution
75	intégration à l'établissement /équipe	qualité du planning /plages horaires	cycles de travail (roulements)
76	qualité du planning/plages horaires	autonomie	perspectives d'évolution
77	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste
78	encadrement /bienveillance du management		
79	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	perspectives de formation
80	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires
81	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires
82	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance management
83	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	autonomie
84	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste	encadrement /bienveillance management
85	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste	encadrement /bienveillance management
86	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires
87	autonomie	perspectives d'évolution	perspectives de formation
88	qualité du planning/plages horaires	perspectives d'évolution	perspectives de formation
89	accompagnement à la prise de poste	encadrement / bienveillance du management	autonomie
90	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste
91	encadrement /bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	perspectives de formation
92	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	

	A	B	C
91	encadrement /bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	perspectives de formation
92	cohésion d'équipe	encadrement / bienveillance du management	
93	qualité du planning/plages horaires		
94	perspectives d'évolution		
95	cohésion d'équipe	qualité du planning /plages horaires	autonomie
96	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	encadrement /bienveillance management
97	intégration à l'établissement /équipe	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires
98	intégration à l'établissement /équipe	cohésion d'équipe	encadrement /bienveillance management
99	encadrement /bienveillance du management	qualité du planning /plages horaires	autonomie
100	encadrement /bienveillance du management		
101	encadrement /bienveillance du management	accompagnement à la prise de poste	
102	cohésion d'équipe	accompagnement à la prise de poste	qualité du planning /plages horaires
103			
104	29,70 (30)	(52.) 51,48	18. 17,82
105	62,37 (63)	(14). 13,86	
106	5,9 (6)	(21). 20,79	43. 42,57
107	0,99 (1)	5. 4,95	21. 20,79
108	0,99 (1)	3. 2,97	7. 6,93
109	nul	6. 5,94	(11). 10,89
110			(1). 0,99

Annexe 7

Résumé par tableau de la question n°15 : « Qu'est ce qui pourrait être un obstacle à travailler en EHPAD ? »

15 - Qu'est ce qui pourrait être un obstacle à travailler en EHPAD ?
Le manque de personnel, La charge de travail, La routine, Le nombre de résidents à charge
Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le manque de moyens, Le nombre de résidents à charge, Les relations difficiles avec les familles
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le type de population, La routine, Le manque d'humanité
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le type de population, Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine
Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le type de population, Le manque de reconnaissance, La routine
Le manque de personnel, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le salaire, Le manque de personnel, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
La charge de travail, Le type de population, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité

Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de reconnaissance, La routine, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
La charge de travail, Le type de population, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité, très peu de soins intéressants, ennui
Le type de population, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge
La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité
Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le salaire, Le manque de personnel, Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le type de population, La routine, Le manque d'humanité
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le côté lucratif de certains EHPAD
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le type de population, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité
La charge de travail, Le type de population, Le nombre de résidents à charge, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD
Le manque de personnel, La charge de travail, La routine, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La routine, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, La routine
Le manque de personnel, Le type de population, Le manque de moyens, La routine, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)

Le manque de personnel, La charge de travail, Le type de population, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, Le manque d'humanité
Les relations difficiles avec les familles, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
La charge de travail, Le type de population, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le type de population, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
La routine, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le nombre de résidents à charge, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
La charge de travail, Le manque de moyens
Le manque de personnel, La charge de travail, Le type de population
La charge de travail, Le type de population, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, La charge de travail, Le type de population, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité

Le manque de personnel, Le manque de moyens, La routine
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de moyens, La routine
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque de reconnaissance, La routine, Le nombre de résidents à charge, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge, Les relations difficiles avec les familles, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le manque de moyens, Le mauvais management
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le côté lucratif de certains EHPAD
Les relations difficiles avec les familles, Le manque d'humanité
La charge de travail, Le manque de moyens
Le manque de personnel, La charge de travail, Le côté lucratif de certains EHPAD, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le type de population, Le manque de moyens, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens, La routine, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le salaire, Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, Le manque de moyens, Le côté lucratif de certains EHPAD

Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de moyens
Le manque d'humanité
Le manque de reconnaissance
La charge de travail, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, Le manque d'humanité, Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site)
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La routine, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, La charge de travail, Le manque de reconnaissance, Le nombre de résidents à charge, Le manque d'humanité
Le manque de personnel, Le manque de moyens, Le manque d'humanité
Le manque de personnel
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge
Le manque de personnel, La charge de travail, Le nombre de résidents à charge
Légende :
Manque de personnel : 78 fois cité ; 60 fois en première place 18 fois en seconde place ; zéro autre place
La charge de travail : 67 fois cité ; 10 fois en première place ; 42 fois en seconde place ;
La routine : 42 fois citée ; une fois en première place
Nombre de résidents à charge : 55 fois cité ; jamais en première place
Le manque de reconnaissance : 24 fois cité ;
Le manque d'humanité : 59 fois cité ; 1 fois en réponse unique ; 4 fois en seconde place ; 38 fois en dernière position
Le manque de moyens : 53 fois cité ; 3 fois en première place ; 13 fois en seconde place ; 25 fois en troisième place
Les relations difficiles avec les familles : 4 fois cité ; 2 fois en première place
Le salaire : 17 fois cités ; 17 fois en première place
Le poids des responsabilités (pas de médecin sur site) : 29 fois cités ; une fois en réponse unique
Le type de population : 17 fois cités ; 2 fois en première place ; 9 fois en seconde place
Le côté lucratif de certains EHPAD : 19 fois cités ; une fois en première fois ; une fois en seconde fois
Autre : 2 fois (mauvais management, ennui)