



EHESP

Master II Administration de la Santé

Parcours :

**ANALYSE et MANAGEMENT des
ORGANISATIONS de SANTE**

(AMOS-Paris)

Promotion : **2022 - 2023**

Date du Jury : **Septembre 2023**

**Attractivité de la profession infirmière
en EHPAD : Promouvoir l'implication
des soignants au service de la qualité
au travail**

Romain PENNA

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants du Master 2 AMOS-Paris, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'EHESP.

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite exprimer ma gratitude envers **l'équipe pédagogique de l'EHESP** pour leur présence et leur disponibilité tout au long de mon année de Master 2 AMOS. Grâce à vos enseignements et à votre encadrement, j'ai pu m'épanouir et je pense être devenu un meilleur professionnel.

Je tiens particulièrement à remercier **mes collègues de formation** avec qui j'ai eu le plaisir de travailler. Notre soutien mutuel et notre entraide ont été essentiels pour avancer pendant cette formation.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance envers **la CPTS 15** qui m'a accueilli pendant mes trois mois de stage de fin d'études. Ce stage m'a permis de découvrir un poste en lien avec ma formation. Je souhaite également remercier **les professionnels de santé** qui ont généreusement consacré de leur temps pour répondre à mes questions et contribuer à la réalisation de mon travail.

Je remercie aussi **Madame Benestroff**, psychologue clinicienne et titulaire d'un doctorat en littérature française, qui occupe le poste de maître de conférences à l'Université de Paris. Elle a relu mon mémoire avec attention, prodigué des conseils précieux et utiles afin d'améliorer son contenu.

Enfin, je tiens à exprimer une reconnaissance précieuse envers **ma compagne** qui m'a apporté une aide inestimable, ainsi qu'envers **ma famille** pour leur écoute et leur soutien tout au long de ma reprise d'études supérieures.

« Ce qui est décisif pour notre situation, c'est que nous avons cessé d'agir au sens propre du mot ; nous agissions plutôt, sans le savoir, à l'aide de ce que nous faisons, et nous avons atteint la fin de toute responsabilité possible. »

G. Anders, *« La menace nucléaire. Considérations sur l'âge atomique »*, Paris, Le serpent à plumes, 2006, p. 72

Sommaire

Introduction.....	1
1.1 Cadre contextuel et situation de départ	3
1.2 Caractéristiques législatives et politiques des EHPADs.....	6
1.3 Choix de la population a étudié : Les Infirmiers diplômées d'état (IDE).....	8
1.4 Recours à l'exercice de l'intérim paramédicale : effets délétères sur l'organisation de travail	12
2 Les politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel face à l'émergence des nouvelles générations de soignants	15
2.1 Définition des concepts d'attractivité, de fidélisation et d'implication du personnel	15
2.2 Les caractéristiques des nouvelles générations de soignants	17
2.2.1 L'identité professionnelle par l'identité personnelle.....	18
2.2.2 L'image et la valeur métier	20
2.3 Analyse des conditions de travail et adaptation aux aspirations des nouvelles générations de soignants : Un nouvel équilibre ?.....	22
2.3.1 Les conditions de travail.....	22
2.3.2 L'existence d'un mal être soignant	25
2.3.3 Le bien-être au travail	27
2.3.4 Améliorer les conditions de travail et promouvoir la qualité de vie au travail : enjeux et perspectives	28
2.3.5 Vers quel modèle faut-il se tourner : L'exemple de la marque employeur ou du contrat psychologique pour révéler l'appartenance ?	30
2.4 Problématique.....	32
3 Enquêtes et observation de terrain : Appréhender les enjeux	33
3.1 Justification de l'enquête	33
3.2 Objectifs propres à l'enquête.....	33
3.3 Méthodologie de la recherche : L'entretien semi-directif	34
3.4 Lieu de la recherche et organisation interne.....	35
3.5 Techniques d'enquêtes et recueil de données	36
3.6 Modalités de restitution des résultats.....	37

3.7	Respect de la confidentialité et de l'anonymat.....	38
3.8	Limites et critiques de la méthode.....	38
3.9	Présentation des résultats	39
3.10	Tableau synthétique des résultats catégorisés par mots clés	49
4	Discussion et préconisations possibles	51
4.1	Préconisations au niveau institutionnel	51
4.1.1	Favoriser une organisation de travail « capacitance »	51
4.1.2	Favoriser un management de proximité : clé de motivation et d'implication des professionnels de terrain.....	54
4.1.3	Prévenir le désengagement au travail et la non-qualité au travail	56
4.1.4	Promouvoir l'ouverture de l'EHPAD sur le territoire et favoriser les interactions avec les communautés de professionnels de santé	58
4.2	Préconisations au niveau individuel	59
4.2.1	L'empowerment au service des soignants.....	59
4.2.2	Augmenter l'encadrement des stagiaires sur les lieux d'exercice.....	60
	Conclusion	62
	Bibliographie.....	65
	Liste des annexes.....	I
	Annexes.....	II

Liste des sigles utilisés

ADJ : Accueil de jour
AMP : Aide médico-psychologique
ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT : Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ASD : Aide-soignant(e) diplômé(e)
ARS : Agence régionale de santé
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNR : Conseil national de la refondation
CPTS : Communauté professionnelles territoriales de santé
CODIR : Conseil de direction
CPOM : Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH : Direction des ressources humaines
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESSMS : Etablissement service social et médico-social
ETP : Equivalent temps plein
GIR : Groupe iso-ressources
GMP : Gir moyen pondérée
HPST : Hôpital patients santé territoire
IDE: Infirmier(e) diplômé(e) d'état
IDEC : Infirmier(e) coordinateur-riche
LASV : Loi d'adaptation de la société au vieillissement
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
LMSS : Loi de modernisation du système de santé
OMS : Organisation mondiale de la santé
PMP : pathos moyen pondéré
QVT : Qualité de vie au travail
PA : Personnes âgées
PAI : Projet d'accompagnement individualisé
PASA : Pôle d'activité de soins adaptés
RH : Ressources humaines
RSMS : Recherche sur les services et management en santé
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

Introduction

Au cours de mon année de formation menant au diplôme de Master 2 « *Analyse et Management des Organisations de Santé* », j'ai entrepris un travail de fin d'études visant à approfondir une réflexion sur un sujet relevant du champ de la *Recherche sur les services et le management en Santé* (RSMS).

Mon choix s'est porté sur l'étude des raisons qui poussent certain(e)s infirmier(e)s, sortant de formation, à se tourner vers l'intérim plutôt que de s'engager dans un poste fixe. Les motivations qui m'ont permis de choisir ce sujet, se sont particulièrement basées sur des faits que j'ai pu constater à de nombreuses reprises en EHPAD, surtout depuis l'apparition de la pandémie du COVID-19 en 2020, qui a considérablement fragilisé l'activité de soignant.

Au regard des recherches documentaires approfondies que j'ai effectuées, j'ai constaté de nombreux récits de soignants qui remettaient en question l'image de leur profession. Divers rapports, articles et ouvrages tentent de développer ce point de vue afin d'analyser et de comprendre les attentes des soignants vis-à-vis de leurs conditions de travail, du sens et de l'implication au travail recherché dans un emploi fixe.

Mon travail de mémoire vise à examiner le lien entre l'attractivité des EHPADs du point de vue des infirmier(e)s, et les pratiques de gestions managériales mises en œuvre par les établissements pour favoriser l'adhésion du personnel dans sa capacité à agir. Cette recherche vise à promouvoir l'implication des infirmier(e)s et à améliorer la qualité de vie au travail. Mon raisonnement et mes hypothèses seront développés à travers les quatre parties principales que structurent ce mémoire.

Dans un premier temps, il m'a paru important de faire un récapitulatif sur l'aspect législatif et réglementaire encadrant les EHPADs afin de comprendre quels outils de gestion sont mis à disposition des établissements pour assurer un management de qualité et appréhender l'environnement dans lequel évoluent les soignants.

Ensuite, je propose d'explorer une recherche documentaire entre les notions de fidélisation, d'attractivité et d'implication des soignants dans leurs missions, ainsi que d'examiner comment la valeur du travail peut être perçue. Nous aborderons

également les divergences entre la représentation de l'image-métier et l'estime de soi chez les nouvelles générations d'infirmiers qui entrent sur le marché du travail, par rapport à la réalité du terrain pour les IDE.

Par la suite, je me pencherai spécifiquement sur l'importance du choix du travail intérimaire et de l'engagement professionnel, en m'appuyant sur plusieurs entretiens semi-directifs réalisés auprès de professionnels travaillant dans un EHPAD à but non lucratif, qui rencontre des difficultés de recrutement depuis trois ans maintenant. L'analyse de ces entretiens mis en relation les uns avec les autres, mettra en lumière les dysfonctionnements, les enjeux et les difficultés perçus au sein de cet établissement. Chaque membre du personnel est animé par la volonté d'accomplir sa mission de soignant, mais se heurte à des difficultés organisationnelles et managériales qui remettent en question ses valeurs professionnelles et sa motivation à travailler auprès des personnes âgées.

Enfin, je proposerai dans un dernier temps, des recommandations pragmatiques et réalistes, à la fois sur le plan institutionnel et individuel, qui pourraient contribuer à améliorer la qualité de vie au travail pour l'établissement et les soignants. Ces recommandations visent à valoriser la profession tout en favorisant l'intégration des soignants dans les projets et la vie quotidienne de la structure.

J'espère que ce travail me permettra de démontrer l'importance des politiques de gestion dans l'amélioration du quotidien des soignants, ainsi que les stratégies que les établissements médico-sociaux peuvent adopter pour développer l'inclusion et la capacité d'agir de leurs équipes.

1.1 Cadre contextuel et situation de départ

Les EHPADs sont confrontés à d'importants défis en matière de fidélisation des soignants, en particulier pour capter l'attention des jeunes diplômés. Selon une étude de la DREES publiée en 2020, le taux de rotation des soignants dans les EHPADs en France est de 30%¹, avec des variations selon les régions et les établissements. Cette situation peut entraîner des conséquences néfastes sur la qualité des soins, le bien-être des résidents, ainsi que sur les conditions de travail et le stress des soignants restants au sein de ces structures.

Le contexte de la pandémie de Covid-19 a également exacerbé ces problèmes, mettant en évidence les vulnérabilités du système de soins pour les personnes âgées et les difficultés auxquelles sont confrontés les soignants dans les EHPADs. Cette crise sanitaire a souligné les défis liés à l'organisation du travail, à la formation, à la protection des soignants, ainsi qu'à la qualité de vie au travail qui ne cesse de questionner 3 ans après la crise.

Dans ce contexte très particulier, les politiques de santé publique ont initié plusieurs réformes et prises de décisions politiques, notamment le Ségur de la santé en mai 2020. Ces réformes visaient à revaloriser les métiers de la santé et de l'autonomie par le biais d'accords salariaux et de carrière destinés aux professionnels de la santé, en particulier les aides-soignants et les infirmières, qui étaient en première ligne face à la pandémie. Bien que ces mesures aient également pour objectif d'améliorer les conditions de travail au sein des établissements de santé et médico-sociaux, et en attendant une loi consacrée au "grand âge" et au "bien-vieillir," l'année 2022 a été marquée par un événement médiatique important avec la publication du livre "Les Fossoyeurs" de Victor Castanet. Ce livre met en lumière les problématiques tragiques auxquelles certaines personnes âgées résidant en EHPAD sont confrontées, ainsi que les conditions de travail et les ressources insuffisantes pour que les soignants puissent accomplir leur mission. Bien que la médiatisation de la violence au sein des structures d'accueil et de soins ne soit pas nouvelle, de nombreux soignants se sont aujourd'hui érigés en lanceurs d'alerte

¹ DREES. (2020). Étude sur les mouvements de personnel dans les établissements pour personnes âgées en 2018. Repéré à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1141.pdf>

pour dénoncer l'organisation du travail et les conditions de prise en charge des personnes accueillies.

En parallèle, la population française vieillit de plus en plus. D'ici 2030, il est prévu une augmentation de 47% de la population âgée, avec 6 millions de personnes de 75 et 84 ans en 2030 et en projection, 4,8 millions de personnes de 85 ans et plus en 2050². Cette évolution démographique constitue un défi majeur de santé publique, entraînant d'importantes répercussions en termes de perte d'autonomie et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, comme l'ont souligné Petit et Zardet (2017), repris de François Y. (2015) « *Les métiers existent mais doivent répondre davantage aux exigences d'évolution de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, compte tenu à la fois du nombre croissant de la demande de places en EHPAD et du degré de dépendance accru appelant des compétences plus complexes* »³.

En effet, pour comprendre l'ampleur des enjeux, il est nécessaire de prendre en compte différents facteurs tel que l'âge, les maladies chroniques, les conditions et modes de vies, les liens sociaux que la personne âgée entretient avec l'extérieur mais aussi et surtout, avec ses proches. Cette compréhension est essentielle pour évaluer le degré de dépendance et le niveau d'accompagnement requis. Selon la dernière étude EHPA menée par la DREES en 2019 (pas de derniers chiffres connus à ce jour), sur les 730 000 personnes accueillies en EHPAD, 85,1 % sont classées en GIR 1 et 4, contre 83,1 % en 2015 et 80,7 % en 2011, et 261 000 personnes présentant des maladies dégénératives (maladie Alzheimer et maladies apparentées)⁴. Le 8 septembre 2022, le Président de la République, Emmanuel Macron, lançait le Conseil National de la Refondation (CNR) dont, une mission intitulée « *la fabrique du bien vieillir* » lancée le 11 octobre 2022 par Jean Christophe Combe, ancien Ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées, dans le but d'élaborer un plan d'action sur des mesures concrètes qui est pour l'instant reporté à une date ultérieure. Dans cette thématique, l'un des axes prioritaires du CNR est de « *réduire les tensions de recrutement dans les*

² F. BAYROU (février 2023), « Vieillesse de la société française : réalité et conséquences », consulté le 4 mars 2023,

³ Petit, R. & Zardet, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPADs : une problématique sectorielle et de management. @GRH, 22, 31-54.,

⁴ BALAVOINE A. (juillet 2022), Etude EHPA « *études et résultats résidents âgés* », consulté le 25 mai 2023,

métiers du soin et de l'accompagnement ». Cette initiative reflète la reconnaissance de défis auxquels sont confrontés les établissements sur l'ensemble du territoire français.

En outre, les politiques adoptées par les établissements en matière de qualité de vie au travail peuvent jouer un rôle clé pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées, ainsi que dans la fidélisation et l'engagement des jeunes soignants diplômés, contribuant ainsi à valoriser l'image et la représentation des EHPAD. Selon Nobre (2013), l'innovation managériale peut constituer un levier important pour parvenir à attirer et retenir les personnels de santé. Les politiques de santé, à différents niveaux, en passant du *macro-méso-micro*-économie, peuvent proposer des programmes de développement professionnel, des formations continues, des mesures de soutien et de reconnaissance. Parallèlement, les actions individuelles des employeurs peuvent améliorer la qualité de vie au travail, ainsi qu'aider à renforcer l'attractivité et la satisfaction au travail dans ce secteur. En 2020, l'Organisation Mondiale de la Santé recommandait trois grandes actions, pour rénover la profession du personnel infirmier, telles que le renforcement du leadership des personnels infirmiers pour « *qu'ils jouent un rôle influent dans...la prise de décisions et contribuent à l'efficacité des systèmes de soins de santé* »⁵, mais aussi la formation et générer une politique d'emploi pour avoir des soignants en nombre suffisant. Cette réflexion de l'OMS rejoint la vision du concept du « *magnet hospital* » de McClure et al. (1983) en proposant un hôpital qui a la capacité d'attirer et de retenir les personnels soignants.

Une compréhension approfondie des besoins et des attentes spécifiques des jeunes soignants diplômés qui entrent sur le marché du travail est intrinsèquement fondamentale pour valoriser le métier. Cette compréhension permet d'identifier et d'hypothétiser des leviers potentiels qui peuvent influencer les facteurs favorisant l'*empowerment* soignant, pour susciter l'envie de travailler auprès des personnes âgées. Dans le rapport « *Grand âge : le Gouvernement engagé en faveur du bien vieillir à domicile et en établissement* » propose diverses pistes pour améliorer cette attractivité. Parmi ces mesures, on retrouve l'amélioration de la communication entre les organisations et les employées, encourageant la participation à la prise de décision, la promotion de la diversité et l'inclusion, ainsi que la mise en place de

5 OMS (2020) « *la situation du personnel infirmier dans le monde* »,
Romain PENNA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2023

pratiques organisationnelles qui favorisent la santé mentale et le bien-être des professionnels. Ces mesures peuvent également contribuer à accroître l'engagement et la fidélité des jeunes professionnels de la santé.

1.2 Caractéristiques législatives et politiques des EHPADs

Dans cette section abordant les caractéristiques générales du cadre politique et législatif, qui ont un impact sur l'environnement socio-économique des EHPADs, il est important de souligner que ces établissements doivent constamment s'adapter aux évolutions législatives et réglementaires qui surviennent au fil du temps.

Un Etablissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une organisation médico-sociale spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans (avec une dérogation possible pour les moins de 60 ans) en perte d'autonomie physique et/ou psychique. Il propose des prestations d'hébergement, de soin et d'hôtellerie de manières générales. En raison de la diversité de ses prestations, l'EHPAD en devient une organisation complexe, souvent mal comprise par le grand public et les professionnels de santé qui ne font pas parti de ce secteur⁶. En effet, différents acteurs sociaux (assistantes sociales, animateurs), médico-sociaux (AMP, psychologues) et des professionnels de santé (ASD, IDE, IDEC, médecins coordonnateurs) se réunissent au sein de ces établissements pour collaborer autour de la prise en charge du sujet âgé⁷. En termes de ratios, le taux d'encadrement est utilisé pour comparer les effectifs et les caractéristiques du personnel des EHPADs avec le nombre de résidents ou leurs besoins. Il est calculé en divisant les effectifs du personnel, exprimés généralement en équivalent temps plein (ETP), par le nombre de places disponibles dans l'établissement ou le nombre de résidents (pondérés éventuellement en fonction de leurs besoins) et il va différer si l'établissement est public, privé à but lucratif ou associatif.

Sur le plan juridique, les EHPADs sont régis par l'article L. 312-1 du Code l'action sociale et des familles, qui définit les limites du champ des ESSMS. Sur le plan législatif, la loi n°75 535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est considéré comme une loi fondatrice dite « *loi sociale* », qui a subi de

⁶ Bauduret JF (Octobre 2013), « *Le secteur médico-social, comprendre pour agir mieux* » ; Guide ANAP/CNSA, Préface,

⁷ Annexe n°1 : Répartition des ETP selon le type de personnel dans les EHPADs en 2015,

nombreuses évolutions législatives, réglementaires mais aussi managériales au fur et à mesure du temps. Notamment, à travers la loi du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et du médico-sociale, emblématique des évolutions majeures des institutions et de leurs environnements en remettant la personne âgée au centre de ses décisions (mise en place du PAI). Elle a été suivie par la loi « HPST »⁸ en 2009, puis par la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, sans oublier la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de la santé ainsi que la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, appelée aussi « *Ma santé 2022* », qui aborde de nombreux aspects importants liés à la QVT dans les établissements de santé. Plus récemment, en 2020, la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie a été mise en place, financée sur le long terme et pilotée par la CNSA.

Ces différentes réformes successives visent à moderniser le pilotage des établissements médico-sociaux introduisant de nouveaux outils de gestion. Elles permettent d'assurer un meilleur contrôle des établissements en améliorant les conditions d'accueil des usagers et la qualité de leur prise en charge, tout en optimisant les coûts de gestion et de fonctionnement de ces structures. Les structures passent progressivement d'une logique de financement tripartite ARS/CNAM (budget soins) – Conseil Départemental (budget dépendance) – Etablissement (hébergement) vers une logique de CPOM. Ce contrat engage les structures à développer une vision à long terme (sur 5 ans) de leurs engagements, de leurs missions en répondant à des critères précis et propre à leurs organisations.

Dernièrement, le gouvernement français a alloué 2,1 milliards d'euros sur la période de 2021 à 2024, pour rénover le modèle des EHPADs, dans le but de simplifier le quotidien des professionnels. Plus exactement, ses fonds visent à répondre à 3 objectifs impératifs : rendre l'EHPAD plus humain, plus médicalisé et plus ouvert sur l'environnement. Il est important de rappeler qu'en 2016, la DREES a déjà fait le constat suivant « *aux dires des personnels soignants, travailler en EHPAD est difficile, aussi bien physiquement que psychiquement, et la charge mentale est importante* ».⁹ Tenant compte de ces différentes réformes, constats et cette prise

⁸ HPST : Hôpital Patients Santé Territoire, 2009

⁹ DREES (2016), Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, Les Dossiers de la Drees, n°5, consulté le 10 avril 2023

en considération des enjeux se confrontent à des notions de performances des outils de gestion, qui ont un impact croissant sur le bien-être des résidents mais aussi sur la considération faite des salariés, de l'attrait et la fidélisation du personnel, ainsi que sur le maintien des liens sociaux avec les usagers et leurs familles.

1.3 Choix de la population a étudié : Les Infirmiers diplômés d'état (IDE)

Selon les projections de la DREES, le nombre d'infirmiers devrait connaître une augmentation significative jusqu'en 2040, atteignant 880 000 professionnels. Cette croissance est prévue pour faire face aux défis posés par le vieillissement de la population, ainsi que la diminution du nombre de médecins. Cependant, malgré cette perspective encourageante, il existe encore des tensions et des difficultés persistantes dans le secteur des EHPADs. En examinant de plus près ces tensions, notamment en termes financiers, de conditions de travail et d'attractivité pour les infirmières, il devient évident que des mesures supplémentaires sont nécessaires pour remédier à ces problèmes.

« Les tensions de recrutement sont confirmées par l'ensemble des indicateurs. Elles renvoient à des problèmes d'attractivité et de fidélisation des professionnels, [...] d'autant plus préoccupants que de nombreux emplois d'infirmiers devraient continuer à être créés à l'horizon 2040 pour faire face au vieillissement de la population. »¹⁰

La profession en effectif (chiffres) :

Les IDE représentent la première profession de santé en France, avec 764 260 effectifs en 2022, dépassant ainsi le nombre de médecins (232 891). Bien que le nombre de professionnels de santé augmentent constamment au fil du le temps (528 206, soit une augmentation de 30% entre 2010 et 2023)¹¹, il est de plus en plus question de pénurie de soignants dans les établissements de santé que ce soit dans les hôpitaux ou dans les EHPADs.

¹⁰ IGAS (2021), RAPPORT IGAS N°2022-030R/IGESR N°21-22 275A « Evolution de la profession et de la formation infirmière », page 4, consulté le 4 avril 2023,

¹¹ Statista Research Department, « Nombre d'infirmiers exerçant en France de 2010 à 2021 », consulté le 10 avril 2023

En effet, en 2021, l'IGAS indiquait que sur les 640 000 IDE en fonction, il n'y avait que 6 % d'entre elles qui exercent en EHPAD, soit 38 400 IDE¹². Quoique, la formation d'infirmière attire des étudiants (en 2020, 91 605 étudiants étaient inscrits dans les 330 IFSI), il est à noter que sur une promotion de 30 000 étudiants, 17 % d'entre eux ne sont pas diplômés, ce qui représente 5 100 étudiants. Malgré l'augmentation du nombre d'élèves infirmiers et du nombre d'IDE au fil du temps, la pénurie persiste.

Les missions et le cadre juridique :

L'exercice infirmier est principalement défini par l'article L4311-1 du Code de la santé publique, qui encadre les fonctions et les actes associés à la profession, ainsi que l'article R4311-1 qui fixe les conditions de l'exercice de la profession en termes de compétences et de responsabilités. Cependant, les décrets régissant la pratique infirmière n'ont pas été révisés depuis 2004, ce qui rend le cadre juridique obsolète par rapport aux besoins actuels. La formation d'infirmier dure 3 ans en IFSI, et délivre un diplôme de niveau 3.

L'exercice professionnel des infirmiers est en constante évolution pour répondre aux besoins croissants de prise en charge des patients ou des résidents, ainsi qu'aux exigences spécifiques propres à la France. Leurs missions incluent la coordination des soins, la prévention des parcours de santé, l'aide au diagnostic du patient en collaboration avec les médecins généralistes, la coopération pluriprofessionnelle, le contact relationnel, etc... Toutes ces activités se déroulent dans un cadre normatif éthique et sont régies par des protocoles visant à garantir la bienveillance et la bientraitance des patients, des règles d'hygiène et la mise en œuvre des compétences variées.

Quid du questionnement sur l'extension des compétences des IDE ?

Toute chose est égale par ailleurs, bien que les IDE soit la première profession de santé de France, devant les médecins, pourtant il existe un monopole médical, comme le précise la loi du 30 novembre 1892, qui fixe l'organisation de la profession médicale et ses conditions d'exercice, rendant hermétique toutes autres formes

¹² Ibidem, page 4

d'exercice pouvant générer aujourd'hui, une volonté de revaloriser les actes des IDE, les compétences acquises ainsi que le savoir expérientiel des IDE.

Les étudiants sont aussi de plus en plus jeunes à s'inscrire à la formation, avec une proportion passée de 33 % à 41 % entre 2010 et 2017 (pas de donnée plus récente). Aussi, la féminisation s'est accentuée dans la formation, avec 88 % des postes IDE occupées par des femmes en 2020.

Dans un système établi, qui limite les compétences des IDE et une recherche de stabilité dans le cadre réglementaire contraint d'exercice de la profession rend difficile l'attractivité et la coopération de ses professionnels de santé.

Choix politique et perspectives d'accompagnement à aujourd'hui

Alerté par les préoccupations des hôpitaux et des établissements médico-sociaux sur la pénurie de soignants, François BRAUN, ancien ministre de la Santé de la Prévention avait prévu différentes mesures pour transformer le métier d'infirmier et améliorer les conditions d'exercice. Ces mesures sont axées sur le triptyque « *compétences – formation – carrière infirmière* »¹³.

En effet, ses propositions visaient notamment une évolution du cadre juridique qui est « *inadapté à la réalité actuelle du métier* » afin de prendre en compte les compétences des IDE, qui ne seraient plus basées sur des actes spécifiques mais sur des « *missions* » plus larges déployées à titre d'exemple pendant le COVID-19.

Il est prévu également d'augmenter le nombre d'instituts IFSI pour former plus d'infirmières d'ici l'horizon 2024, de développer l'apprentissage dès la première année de formation mais aussi de changer le contenu théorique en travaillant conjointement avec le ministère de l'Éducation pour intégrer de nouveaux enseignements (psychiatrie, pédiatrie, gériatrie) et d'améliorer l'accompagnement des stagiaires sur des lieux de stage décourageant les jeunes étudiants sur leurs vocations de soignant. Concernant la carrière infirmière, il y a le souhait de diversifier les possibilités d'évolution pour faciliter la reconversion où le changement de secteur.

¹³ APM News (mai 2023) « *François Braun dévoile l'ensemble des mesures destinées à transformer le métier infirmier* », consulté le 4 juin 2023,

Ces mesures, si elles sont mises en œuvre, pourraient contribuer à une prise en charge globale des problématiques à l'échelle nationale, afin de décloisonner un système encre dans ses pratiques de gestion.

Regard ouvert sur les tensions en EHPAD

Les constats faits par les IDE travaillant en EHPAD sont principalement une forte responsabilité de prise en charge des résidents, des conditions de travail élevées (grosse amplitude horaire, travail jour/nuit, pauses parfois « transparentes »), une rémunération inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE (étude IGAS 2019)¹⁴, ainsi qu'un glissement de tâches qui s'installe durablement sans contrôle hiérarchique. De plus, les perspectives d'évolutions sont difficiles dans ce secteur à l'exception des postes d'infirmiers coordinateurs (IDEC) impulsés en interne sans validation d'un complément de formation managériale. Pourtant de nombreuses formations spécifiques à la prise en charge du sujet âgé serait utile, tel que des DU traitement de plaie et cicatrisation (escarres, ulcères), en art-thérapie, gériatrie pour traiter la démence des personnes âgées seraient à développer.

Ces tensions importantes font un métier d'IDE en EHPAD comme l'un des métiers les plus difficiles à recruter en 2022, avec un taux de difficulté ayant augmenté de 53 % entre 2017 et 2022. Les chiffres de la DARES en 2020 confirment que les tensions sont particulièrement élevées en EHPAD¹⁵.

Malgré les actions mises en œuvre, en prenant l'exemple du groupe Korian, qui avait proposé en septembre 2022, des axes d'attractivités pour recruter massivement des IDE et ASD¹⁶, seulement les ASD ont répondu en nombre. Pour ce qui est des IDE, leurs campagnes d'attractivité n'a eu que peu d'effets sur la population ciblée. Peu étonnant, les jeunes infirmiers ont tendance à préférer débiter leur carrière dans des services à haute technicité tels que les urgences, la réanimation plutôt que dans les EHPADs d'après les données chiffrées¹⁷.

¹⁴ IGAS (2021), RAPPORT IGAS N°2022-030R/IGESR N°21-22 275A « Evolution de la profession et de la formation infirmière », action [100] page 36, consulté le 4 avril 2023,

¹⁵ DREES, (2022) « les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2019. Etudes et résultats, n°1264, p. 1-8,

¹⁶ APMNEWS (septembre 2022), « Formation des aides-soignants et infirmiers : Korian reste sur faim », consulté le 5 mars 2023

¹⁷ Statista Research Department, « Nombre d'infirmiers exerçant en France de 2010 à 2021 », consulté le 10 avril 2023

Toutefois, cela s'inscrit dans le cadre conceptuel premier du « *care* » qui englobe à la fois le traitement des symptômes et le souci du bien-être global du patient. Ces infirmiers sont formés selon cette approche dès leur début de leur formation de soignant.

1.4 Recours à l'exercice de l'intérim paramédicale : effets délétères sur l'organisation de travail

L'usage « *normal* » de l'intérim arrive quand la structure a un besoin exceptionnel face à un surcroît temporaire de l'activité, ou pour palier à des absences ou de congés de personnel. Depuis 2012, le recours à l'intérim a connu une augmentation constante dans le secteur de la santé, passant de 12 449 à 18 397 IDE en 2021, toutes branches confondues. Cependant, l'utilisation de l'intérim à long terme dans les établissements de santé peut engendrer de fortes tensions.

D'un point de vue gestionnaire, cela crée des doutes pour les IDE en poste permanent, qui perçoivent souvent une rémunération inférieure à celle des intérimaires. Les pressions et les conditions de travail complexes, ainsi que le stress lié aux postes fixes, sont occultés par les missions intérimaires qui offrent une prise de fonction plus rapide. Ces situations peuvent affecter la qualité des relations au sein de l'équipe de travail, la prise de responsabilité dans les activités et l'implication des professionnels paramédicaux.

Dans le dernier Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) de fin 2022, il était prévu un volet qui prévoyait d' « *encadrer l'intérim des professionnels de santé en établissement* » afin d'éviter le recrutement d'intérimaires sans expérience (jeunes diplômés) dans les établissements publics ou privés, à l'instar des installations libérales. Cependant, la pénurie de soignants est telle que, certains établissements ferment les yeux sur cette problématique.

Bien qu'il soit difficile de trouver de la littérature et de la documentation, de l'impact de l'intérim sur la santé, selon Dunymedjian et Rüling (2010), les managers de terrain qui font face à des dysfonctionnements tel que de l'absentéisme, sans pouvoir résoudre le problème en interne (auto-ajustement, mobilité interservices), vont chercher des solutions de manière informelle, à travers ce qu'on appelle un

« *bricolage collectif familial* »¹⁸, qui sera accepté et incité par leurs directions. « *Le symbole de ce type de bricolage est l'intérim du personnel, souvent médical, mais aussi paramédical. Les cadres de santé ... ont particulièrement évoqué l'intérim des infirmières et des A.S. comme un outil de gestion de l'absentéisme utilisé dans leurs services en période normale* ».

L'intérim qui n'est plus une solution temporaire, deviendra plus couteux en se pérennisant dans le temps et fragilisera la structure de travail. Cette pratique, poussée à son paroxysme, montrent que des IDE en poste fixe démissionnent pour revenir travailler en tant qu'IDE intérimaire sur la même structure¹⁹, leur offrant ainsi une plus grande liberté pour éviter une pression excessive, de choisir leurs horaires de travail et leurs jours de congés, tout en recevant une rémunération confortable. William Ragier, Directeur de l'agence d'intérim Vitalis Medical souligne que, « *l'intérim s'accompagne, certes d'un certain nombre d'inconvénients [...]. Je leur rappelle que, s'il y a demandes d'intérim, c'est parce qu'il manque du personnel et qu'ils risquent donc de retrouver ailleurs les problèmes qu'ils ont quittés* »²⁰. Cette affirmation souligne le fait qu'en ayant besoin de ces professionnels intérimaires, il est évident qu'aucune stratégie et politique n'a été mise en place pour prévenir ce phénomène.

Du point des structures privées lucratives, le Directeur Général du groupe Korian, affirme et regrette que « *ce recours choisi par des professionnels de santé pour le statut d'intérimaire [afin de] bénéficier d'une plus grande souplesse, d'une plus grande flexibilité, dans l'organisation de leur vie de travail* » entraînant que « *l'on se retrouve à devoir animer des établissements avec un niveau de personnels temporaires important, autour de 20 %* »²¹ créant ainsi une dépendance importante à l'égard de l'intérim.

Si des soignants ont de plus en plus de recours vers ce mode d'exercice, c'est qu'ils ne sont pas entendus sur leurs conditions de travail et que, les moyens mis en œuvre pour s'impliquer sur le terrain ne sont pas suffisants. Le désengagement et

¹⁸ Mériade, L. (2022). Le bricolage en gestion des ressources humaines et ses évolutions : L'exemple de la gestion de l'absentéisme de courte durée à l'hôpital face à la Covid-19. @GRH, 45, 89-114.,

¹⁹ voir entretien 3 de l'enquête de terrain, page,

²⁰ PARVAIS A. (décembre 2021), « *Quand il manque du monde dans les établissements, ce sont souvent les intérimaires qui prennent le relais* », consulté le 15 avril 2023,

²¹ APM NEWS (novembre 2022), « *Formation des aides-soignantes et infirmiers : Korian reste sur sa faim* », consulté le 15 février 2023,

le « *ras-le-bol* » est tel, qu'il est donc essentiel de prendre des mesures pour mieux encadrer l'intérim dans le domaine de la santé, en veillant à ce qu'il demeure une solution temporaire. Il est nécessaire d'identifier des leviers mobilisables qui peuvent améliorer les conditions de travail et d'attractivité pour les soignants en poste fixes et ceux qui arrivent sur le marché du travail.

En outre, il convient d'établir un lien avec la loi Rist, qui régit l'encadrement de l'intérim des professionnels médicaux depuis avril 2023. Cette loi met en évidence une approche axée sur la maîtrise des dépenses, sans prendre en compte les véritables besoins en personnel médical dans les hôpitaux. En restreignant les budgets sans tenir compte des réponses nécessaires à apporter aux besoins populationnels de santé, par cette loi, il est possible que l'on se trompe ou que l'on néglige les problèmes prioritaires à résoudre.

2 Les politiques d'attractivité et de fidélisation du personnel face à l'émergence des nouvelles générations de soignants

Après avoir établi le contexte de la recherche et adopté une approche centrée sur les infirmiers diplômés d'État (IDE), il est pertinent de s'interroger sur les politiques mises en place par les organisations pour attirer, fidéliser et impliquer leur personnel, en se basant sur des concepts théoriques. Nous examinerons également les caractéristiques des jeunes générations qui ont leurs propres identités, notamment en ce qui concerne la profession de soignant et les valeurs qui y sont attachées. Nous aborderons également les conditions de travail qui diffèrent entre la réalité du travail et les attentes théoriques, révélant un réel déficit en termes de qualité de vie au travail, pouvant conduire à un mal-être chez les soignants. Toutefois, des politiques favorisant le bien-être au travail peuvent être mises en place pour répondre à ces problématiques.

2.1 Définition des concepts d'attractivité, de fidélisation et d'implication du personnel

Dans le domaine des ressources humaines, l'attractivité, la fidélisation et l'implication du personnel sont des concepts centraux qui font l'objet de nombreuses recherches et réflexions au sein des organisations de santé pour pérenniser son activité. Selon l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), *"l'attractivité d'un poste repose sur le contenu du travail, l'environnement de travail, les conditions de travail et les perspectives de carrière"*²². La fidélisation, quant à elle, se définit comme *"l'ensemble des actions destinées à conserver les salariés dans l'entreprise et à les inciter à y poursuivre leur carrière"*²³. Quant à l'implication du personnel, elle se caractérise par le degré d'engagement, de motivation et de satisfaction des salariés par rapport à leur travail, à la participation dans les prises de décisions (Witt, 2000)²⁴, ainsi que par le rapport entre le salarié

²² Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). (2022). Attractivité. Récupéré sur <https://www.anact.fr/lexique/attractivite>

²³ DREES (2022). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2019. Études et résultats, n° 1264, p. 1-8.

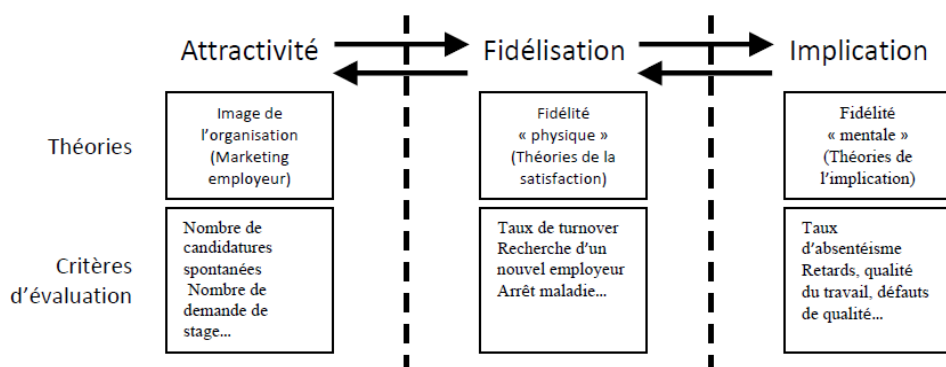
²⁴ Louche, C. (2022). « Introduction à la psychologie du travail et des organisations : Concepts de base et applications », Dunod, p. 164-165,

et son employeur, telle que définit dans le contrat psychologique établie entre les parties (Rousseau, 1990)²⁵.

Ces concepts revêtent une importance particulière dans le secteur des EHPADs, où la qualité de soins prodigués aux résidents est étroitement liée à la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2018, *"Il s'avère difficile à gérer pour une partie de ces établissements puisque 44 % déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, entraînant dans 63% d'entre eux, la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois"*²⁶. La mise en place de politiques de QVT adaptées peut donc contribuer à favoriser le trinôme *attractivité-fidélisation-implication* du personnel soignant en EHPAD, garantissant ainsi des soins de qualité aux PA et procurer une satisfaction au travail pour les soignants.

Selon Petit & Zardet, les concepts d'attractivité, de fidélisation et d'implication du personnel sont « *étroitement imbriqués* »²⁷ et « *L'implication correspond à un comportement et une attitude caractérisée par une forte croyance dans les buts et la valeur de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'en rester membre* ». Nous avons parfois tort, de penser que le phénomène de fidélisation s'associe uniquement aux problèmes de *turn-over* des établissements, car les raisons du départ des salariés peuvent être aussi bien à l'initiative des individus que liées à la gestion organisationnelle et dépend du management mis en place.

Figure n°1. Connexion attractivité-fidélisation-implication (auteur)



²⁵ Véniard, A. (2011). Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire. *Management & Avenir*, 49, 84-101. <https://doi.org/10.3917/mav.049.0084>

²⁶ DREES (2018), Le personnel & les difficultés de recrutement dans les EHPADs, Etudes & Résultats,

²⁷ PETIT Renaud, ZARDET Véronique, « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54, consulté le 10 février 2023,

Si l'attractivité correspond à « *un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifiques* » (Berthon et al, 2005), le dispositif de fidélisation des salariés peut se définir comme « *l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés* » (P, 1999)²⁸. D'ailleurs, d'après Chaminade (2004), repris par Bianco (2017), propose l'équation suivante qui résume la fidélisation de la façon suivante : « *Fidéliser = attirer les talents + maintenir les compétences + avoir des salariés qui s'investissent dans leur entreprise et leur travail* ». Ainsi, il est clair que l'attractivité, la fidélisation et l'implication sont interconnectées et ne peuvent pas être traitées de manière isolée pour comprendre les comportements des professionnels et reprennent bien l'idée générale véhiculée par Petit et Zardet.

Les leviers de fidélisation peuvent être nombreux tel que l'accueil des salariés, favoriser le mentorat, développer la culture d'entreprise, proposer une rémunération équitable et juste, améliorer l'environnement de travail, l'accompagnement de proximité ou le développement des compétences par le biais de formations diplômantes. Ces leviers s'adressent aussi bien aux nouvelles recrues qu'au personnel déjà présent dans l'institution. Ils contribuent à fidéliser les employés, tout en augmentant les performances et la satisfaction au travail des salariés.

2.2 Les caractéristiques des nouvelles générations de soignants

Explorer la construction de l'identité personnelle et professionnelle des nouvelles générations permet de mieux appréhender les besoins qui diffèrent des générations précédentes. Il est important de mettre en évidence la pression croissante exercée sur les professionnels de santé au sein des organisations, en particulier, l'influence que celles-ci peuvent avoir sur la perception de la valeur de leurs métiers. Les jeunes générations sont en quête de sens, et ne sont pas disposées à sacrifier leur identité personnelle au profit de leur travail, à moins de bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement de la part de leurs supérieurs hiérarchiques ou de leur groupe d'appartenance. Reconnaître l'importance de l'identité professionnelle permet aux individus de se construire à travers leur travail tout en maintenant un

²⁸ PERETTI JM (1999). Dictionnaires des ressources humaines, éditions vebert.

équilibre avec leur vie personnelle, c'est ce qui apparaît comme l'option la plus recherchée aujourd'hui.

Selon la théorie de l'Habitus²⁹, développée par le sociologue français Bourdieu, les appartenances sociales et culturelles définissent les valeurs et la vision du monde de chaque individu, par son expérience et son interaction qui va influencer sa prise de décision. La construction de l'identité personnelle et professionnelle, qui est influencée par des facteurs individuels, sociaux et contextuels. L'éducation reçue, la vie en société a également un impact sur la manière de travailler en équipe et en collaboration. L'identité professionnelle est fondée sur des représentations collectives et sur l'investissement de soi dans les relations sociales, et elle est influencée par les savoirs, les compétences et l'image que l'individu reçoit de son entourage. Le travail est considéré comme un élément essentiel de l'identité individuelle, permettant à chacun d'être reconnu par la société et de se sentir utile. La pandémie de Covid-19 a mis en évidence le besoin de reconnaissance et d'aide apportée aux autres, ce qui a un impact sur la construction identitaire.

2.2.1 L'identité professionnelle par l'identité personnelle

« L'identité professionnelle est le fruit de l'éducation, d'expériences, de choix, d'habitudes, de rencontres. Elle n'est donc pas une caractéristique intrinsèque de la personne, elle se construit et évolue dans le temps. »³⁰

Parler de l'identité professionnelle ne peut se faire sans aborder l'identité personnelle des individus. L'identité personnelle se forge à partir des choix de chacun, des rencontres, de sa sensibilité individuelle et des expériences vécues, et son concept est ancré dans les sciences humaines. Selon Rousseau (1775), l'homme est doté de potentialités et de liberté de choix « ...Un tel être est un néant qui peut devenir une infinité de choses. L'homme n'est donc pas déterminé à être ceci ou cela, il est libre, il est perfectible car il n'est, au départ, destiné à rien ; il devient ce qu'il est au fur et à mesure de son histoire, à l'occasion de ses choix. »³¹ Cette liberté de choix influence non seulement l'activité professionnelle mais aussi

²⁹ Lecordier, D. (2012). Habitus. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 199-201). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers., consulté le 5 février 2023,

³⁰ Fray, A. & Picouveau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38, 72-88.,

³¹ Ibidem. p.79,

l'orientation de notre carrière, car elle doit correspondre à notre philosophie de vie en société ainsi qu'à notre identité personnelle.

D'après Dubar (2000), l'identité se construit à travers trois dimensions que sont le moi, le nous et les autres. Elles représentent les relations interconnectées et l'image que l'on souhaite projeter de soi, sur autrui. Notre identité découle d'un processus de construction personnelle qui résulte de ces trois dimensions. L'identité professionnelle émerge et se développe en s'appuyant sur l'identité personnelle de l'individu, ainsi que sur son appartenance à un groupe. Selon Albert et al. (2003), cela peut inclure l'appartenance à une entreprise elle-même. L'identité de métier, telle que définie par Otsy (2008), souligne la nécessité d'une intégration sociale pour atteindre une reconnaissance de soi. Cette identité de métier se caractérise généralement par l'utilisation de code, de pratique et d'un vocabulaire spécifique propre au secteur professionnel auquel on appartient. Ainsi, l'identité professionnelle peut être considérée comme l'image et le sentiment de conformité qui répondent aux attentes des appartenances sociales.

La reconnaissance joue un rôle central dans la construction de l'identité professionnelle en reflétant à la fois l'identité propre et ses valeurs. Comme le souligne Dubar, « *la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image* »³². Ce processus continu, dynamique et interactif, se développe ainsi tout au long de la carrière professionnelle. Bien que le contrat travail soit défini comme une convention par laquelle une personne s'engage à travailler en contrepartie d'une rémunération, nous pouvons supposer que le fait d'être reconnu par la société, par le groupe auquel on appartient et dans son entreprise revêt d'une importance sociale pour chaque individu.

Le travail permet l'accomplissement de soi et est considéré comme faisant partie intégrante de l'identité individuelle, permettant ainsi à chacun d'être reconnu par la société et de se sentir utile. La pandémie de Covid-19 a mis en évidence le besoin de reconnaissance et d'assistance envers autrui, ce qui a un impact sur la construction identitaire. En outre, il est important de souligner le rôle crucial et

³² Cotton, A. (2017). « *Qu'apporte l'identité collective des associations professionnelles à la construction de l'identité professionnelle du responsable de la communication ? Question(s) de management* », 16, 15-36., p. 5

proactif des professionnels de santé auprès des personnes malades, où ils ont proposé des idées novatrices et se sont engagés activement dans des systèmes d'entraide et de soutien. Cette capacité d'action a été rendue possible grâce à une prise de conscience des hiérarchies, ce qui a favorisé un terrain d'entente et un épanouissement personnel.

2.2.2 L'image et la valeur métier

L'approche basée sur l'image offre des pistes pour accroître l'attractivité des métiers et identifier les moyens de susciter l'intérêt pour les exercer ou les poursuivre. Lorsqu'on parle d'attractivité d'un métier en particulier, cela soulève des questions concernant l'image perçue, sa notoriété, ainsi que les conditions et les compétences requises pour l'exercer.

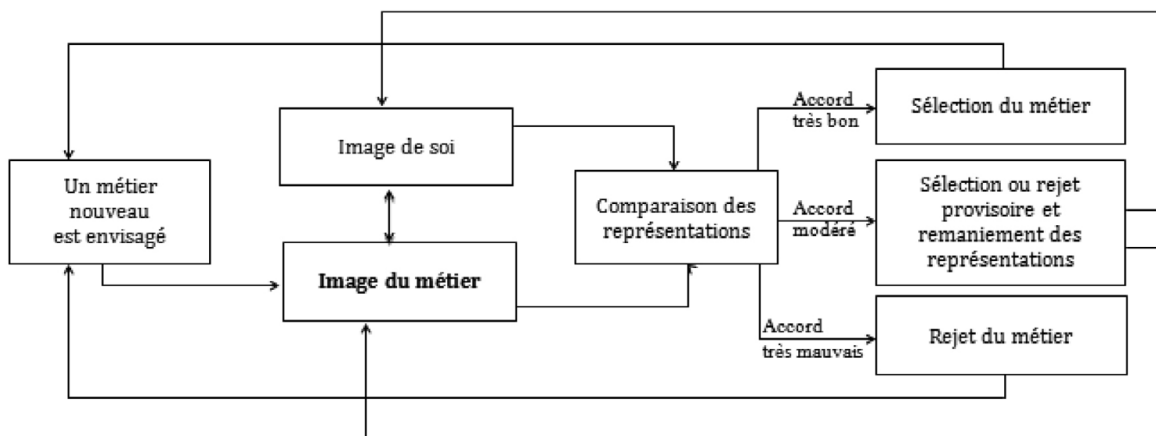
L'image métier véhicule un concept multidimensionnel qui englobe une représentation affective, instrumentale et normative du poste de travail. Prenons l'exemple de la maltraitance exercée par un soignant. Il est très difficile pour de nombreux professionnels de santé, comme les infirmières ou les aides-soignantes, de se décrire comme étant maltraitantes en décrivant leurs propres actes et actions, surtout lorsque l'on tient compte des milieux sociaux dont sont issus les soignants. *« ...Lorsqu'on analyse le récit d'une femme, blanche ou racisée, soignante, issue ou non des classes populaires, on ne peut pas négliger les contraintes sociales qui pèsent sur elle en raison de sa position dans la sphère des rapports sociaux de sexe, de race et de classe (Dorlin, 2009). Le fait que le travail de soin soit socialement considéré comme un travail féminin, et ceci encore plus lorsqu'il s'agit de femmes racisées (Scrinzi, 2013) et issues des classes populaires, contribue à ce que les enjeux dépassent la simple sphère salariale pour atteindre la sphère intime. Dans un tel contexte, se dire maltraitante revient à souligner non seulement une faute professionnelle, mais aussi un échec plus profond, la suspicion d'être une mauvaise fille, une mauvaise épouse, une mauvaise mère...³³ ».*

Le choix d'un métier est ainsi influencé par la confrontation entre les représentations des filières et des métiers d'une part, et des représentations mentales de soi d'autre part (Huteau, 1992). L'image de soi *« donne à chacun une identité qu'il essaye de*

³³ Bérout, S., Nizzoli, C. & Noûs, C. (2021). Parler du travail en EHPAD pour mettre à distance la maltraitance. *Mots. Les langages du politique*, 126, 91-108.,

faire comprendre et accepter aux autres » (Lévy-Leboyer, 1993). Elle influence les comportements sociaux et la motivation, aussi c'est à travers la référence de sa propre représentation, que l'individu envisage son environnement et la manière dont il interagit avec celui-ci.³⁴

D'ailleurs, Huteau (1982), proposait déjà un schéma sur les mécanismes d'ajustement entre l'image du métier et l'image de soi dans « *la sélection des préférences pour des formations ou des activités professionnelles* »³⁵.



Lorsqu'un individu ne se reconnaît pas dans les représentations qu'il établit avec l'identité métier, cela le conduit à rejeter le métier proposé. En effet, l'individu caractérise son métier selon plusieurs dimensions telles que l'épanouissement personnel, la rétribution, la responsabilité, le risque, l'équilibre vie personnelle et professionnelle, la rationalité mais aussi les valeurs éthiques et déontologiques correspondantes. En mettant en avant ces dimensions, on constate que l'individu évalue ce que le métier lui apporte par rapport à ce qu'il lui coûte. Cela peut offrir une piste de réflexion sur la notion d'attractivité du métier et son implication dans son choix professionnel (Guichard, Huteau, 2006) et nous permet d'envisager qu'il y a une différence entre l'image métier et l'image de soi dans la pratique effective du métier.

³⁴ Brillet, F. & Gavaille, F. (2016). L'image métier : exploration d'une notion au cœur du choix professionnel. *Management & Avenir*, 84, 53-72., p. 59

³⁵ Ibidem,

2.3 Analyse des conditions de travail et adaptation aux aspirations des nouvelles générations de soignants : Un nouvel équilibre ?

« Il ne devrait pas exister de « faire » sans « agir ». Il ne peut exister de démarche de projet (de changement) sans au moins avoir pensé les problèmes et les manques d'un territoire et de sa population. Bien des difficultés de compréhension proviennent du fait que le mot « action » regroupe le faire et l'agir. »³⁶

Faire la distinction entre le faire et l'agir permet de comprendre à quel point le management peut être contraignant pour les acteurs du terrain, qui doivent répondre à des objectifs et n'ont pas forcément les moyens pour mener à bien leurs missions. *« L'agent n'est libre que des moyens et il devient responsable de leur « bonne utilisation », liberté contrainte par la réalisation des objectifs qui ne dépendent pas de lui ».*³⁷ Chaque acteur est responsable des objectifs fixés et doit produire la performance attendue et être évalué en fonction des résultats. La réponse à ses indicateurs de qualité doit répondre à des enjeux d'efficacité et d'efficience. Mais qu'en est-il, des conditions réelles dans lesquelles les soignants doivent assurer ces objectifs ?

2.3.1 Les conditions de travail

La DARES, propose la définition suivante des conditions de travail : *« recouvrent les aspects matériels ... organisationnels... et psychosociaux (relations avec les clients, la hiérarchie et les collègues, sentiment d'utilité, etc.) dans lesquels est exercée l'activité professionnelle ».*³⁸ Parler des conditions de travail ne peut se faire sans parler de qualité de vie au travail, car elle va avoir un impact multidimensionnel sur l'activité du professionnel avec des effets positifs, négatifs qui peuvent jouer sur la santé physique ou psychique de la personne. Si ces conditions ne sont pas réunies ou suffisantes, cela peut provoquer *« des troubles variés : sentiment de*

³⁶ Bass, M. (2022). *L'anti-manuel de management dans les EHPADs*. Érès, page 24,

³⁷ Ibidem,

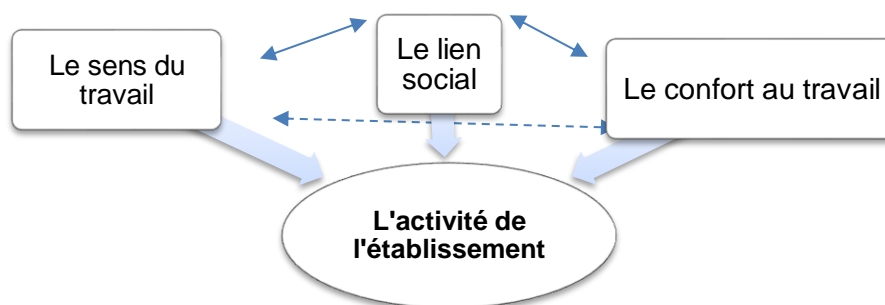
³⁸ DARES (2023) « Conditions de travail », [Conditions de travail | DARES \(travail-emploi.gouv.fr\)](https://travail-emploi.gouv.fr/), consulté le 10 mars 2023

dévalorisation voire dépression, fatigue, usure, troubles musculosquelettiques ou cardio-vasculaires, cancers, accidents »³⁹.

Dans le secteur de la santé et plus particulièrement dans le médico-social, on compte le plus grand nombre d'accidents de travail parmi tous les secteurs, représentant 25 % des 604 565 accidents recensés en 2021, devant le secteur du transport des personnes (15%) et le commerce de détail (10%).

Le secteur médico-social est le deuxième secteur qui présentent le plus d'affections psychiques liées au travail au cours des trois dernières années avec 11,8 % inscrit pour 2021⁴⁰. Si l'on inclut l'action sociale sans hébergement et les activités pour la santé humaine, ce secteur concentre le plus grand nombre d'affections psychiques avec 25 % d'affections psychiques, en augmentation de 3% depuis 2019.⁴¹ En ce qui concerne les atteintes physiques, les TMS⁴² représentent 94 % des maladies professionnelles, dont 25 % des AT sont attribuables au secteur sanitaire et médicosocial. Dans le cas des EHPADs, il y a un impact financier de 46 millions d'euros pour les entreprises, dont 60 % pour des maux de dos représentant l'équivalent de 3 100 postes ETP⁴³ qui pourraient être pourvus dans des structures en manque de soignants ou limitant les ratios résidents/soignants.

Selon l'approche de Abord de Chatillon et Richard (2015), la modernisation des conditions de travail repose sur quatre dimensions : le sens, le lien, l'activité et le confort au travail.⁴⁴



³⁹ Ibidem,

⁴⁰ AMELI (novembre 2022), « Rapport annuel 2021 de l'assurance maladie – risques professionnelles novembre 2022 », figure 137, page 190, consulté le 10 juin 2023, **Annexe 1**,

⁴¹ Ibidem, tableau 99, page 191, **Annexe 2**,

⁴² TMS : Troubles musculo-squelettiques,

⁴³ AMELI (mai 2023), « Impact des TMS dans le secteur du sanitaire et médico-social », consulté le 13 juin 2023,

⁴⁴ Routelous, C. (2018). « Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail ». Dans : Michel Louazel éd., Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé (pp. 203-218). Rennes : Presses de l'EHESP,

- **Le sens du travail** met l'accent sur l'orientation subjective que le travail donne à la personne, en tant que représentation de la direction à suivre et guide des actions et des valeurs à produire. Le professionnel de santé se sentira en accord avec l'organisation dans laquelle il travaille, si les décisions managériales sont en accord avec les valeurs attendus du PS (ex : des moyens accordés pour la prise en charge adéquatent d'une personne âgée avec des troubles du comportement). En effet, dans le cadre des soignants le caractère de la « *vocation* » peut participer à la construction de la représentation identitaire.
- **Le lien** est valorisé par la dimension relationnelle au travail. Elle comprend la dimension du soutien de la hiérarchie, la reconnaissance de ses pairs, l'appartenance à un collectif et de travail et la gestion des espaces de travail. Cette dimension est l'une des plus importantes, car elle favorise la construction de groupes fonctionnelles dans le travail, ainsi que le bien-être au travail des professionnels. Une communication mal maîtrisée entre les salariés et sa hiérarchie, ainsi qu'un climat social peu serein, peuvent conduire les professionnels à se retirer de l'activité de l'établissement (ex : atelier de travail pluridisciplinaire, implication dans le projet d'établissement, création d'espaces de discussions des PS avec la famille et les résidents) ;
- **L'activité** renvoie à la notion de « *travail bien fait* », à l'efficacité, et conditionne le bien-être au travail (Clot Y, 2010). Le bien-être au travail implique de préserver sa capacité d'action et de faire face aux défis rencontrés au quotidien. Les espaces de communication jouent également un rôle important, tout comme pour le lien social, en favorisant l'engagement mutuel des professionnels et en permettant des arrangements qui contribuent à la qualité du travail.
- **Le confort de travail** concerne les conditions dans lesquelles l'activité professionnelle est réalisée. Il englobe le bien-être physique, psychologique, et fonctionnel, qui conditionne la productivité des professionnels. Le confort perçu contribuera à répondre aux enjeux de la satisfaction et d'autonomie dans le poste de travail. Le confort au travail synthétise ainsi le sens du travail, le lien social et le rapport d'efficacité et d'implication des professionnels dans l'activité exercée dans l'entreprise. Il vise à identifier les

logiques managériales, organisationnelles et institutionnelles pour favoriser un management axé sur le bien-être au travail.

Les conditions de travail nécessitent donc que les établissements prennent des mesures de « *fond* », et ne se limitent pas qu'à des actions de « *forme* » telles que la rénovation des salles de repos, d'installer des fauteuils massant, assurer la prévention de la santé ou de la sécurité au travail, etc... De bonnes conditions de travail doivent déjà passer par le respect des règles établies, comme le respect des horaires, des temps de pause et proposer un accompagnement et un soutien managérial au travail tel que le management de proximité.

2.3.2 L'existence d'un mal être soignant

Les professionnels de santé font face à des conditions de travail dégradantes et souffrent de stress, de vulnérabilité, d'épuisement et de perte de sens au travail. Prenons le point de vue de l'association Soins aux Professionnels de santé (SPS), qui forme des médecins généralistes pour accompagner les soignants vulnérables. Depuis sa création, l'association a enregistré plus de 1 800 appels, principalement de femmes, qui cumulent pour un tiers des appels par des infirmières, dont les principaux motifs d'appels sont liés à l'épuisement professionnel et aux problèmes de santé. L'association SPS a mené une étude sur le thème du suicide chez les professionnels de santé, révélant que 25% d'entre eux ont déjà eu des idées suicidaires au cours de leur carrière. Dr Éric Henry, président de l'association souhaite mettre en place des actions concrètes pour faire face à cette situation et améliorer la qualité de vie au travail des soignants, en effet cela « *démontre bien et confirme le besoin urgent de ressources dédiées pour aider, accompagner et prendre en charge les professionnels de santé en souffrance psychologique* »⁴⁵.

Il est nécessaire d'agir rapidement et de mobiliser tous les acteurs de la santé pour trouver des solutions et soutenir les professionnels de santé en souffrance. Même si « *Les soignants ont une forte proportion à montrer coûte que coûte qu'ils vont bien plutôt qu'avouer ce qu'ils considèrent souvent comme une faiblesse qui peut les culpabiliser dans leur mission de soignant.* »⁴⁶, certains déchargent pour aller de l'avant et aller mieux avec le temps pour éviter le dégoût de l'emploi ou les absences

⁴⁵ FABREGAS B., Infirmiers.com « *Suicide et professionnels de santé : le poids des chiffres* », [Suicide et professionnels de santé : le poids des chiffres | Infirmiers.com](#), consulté le 12/06/2023,

⁴⁶ Ibidem

à répétition. Cet exemple parmi tant d'autres montre que les pouvoirs publics et les acteurs de la santé doivent être sensibiliser à cet enjeu de santé publique. Il est temps de passer à l'action et de mettre en place des mesures concrètes pour soutenir les professionnels de santé qui sont en difficultés.

En effet, toujours d'après cette même étude, les résultats montrent que seulement 42% des soignants ont parlé de leur souffrance à quelqu'un, souvent un membre de leur famille ou un psychiatre. Au sein des institutions, on ressent un manque de ressources dédiées à l'accompagnement psychologique, et c'est souvent la sphère privée qui va venir en aide et écouter les souffrances des soignants. Seulement, ces personnes ne disposent pas forcément de compétences d'analyse et d'écoute d'un professionnel. C'est pourquoi, il est nécessaire de mettre en place des ateliers d'entraide, des plateformes téléphoniques et des espaces dédiés à l'écoute individuelle pour soulager cette charge émotionnelle.

Quand on écoute le discours du Docteur Hartmann, diabétologue à la Pitié Salpêtrière, on perçoit le ressenti subit et le dégoût manifeste face aux exigences managériales imposées au établissement de santé et par conséquent aux professions de santé : « *Le cauchemar, il a commencé, quand on a nous a dit, va falloir que vous produisiez du séjour, alors que nous on avait l'habitude de prodiguer du soin, et on s'est mis en tant que chef de service à voir des tableaux excels, là bravo, vous êtes en vert vous avez fait plus 2 séjours, ah c'est pas bien, vous êtes en rouge, vous avez fait moins 10 séjours* »⁴⁷ qui conclut par «... *Et c'est les jeunes, les infirmières qui me regardent, et maintenant, je sais, quand on commence à me regarder comme ça, c'est que je ne suis plus éthique...* ».

De ces mots tirés d'un extrait du discours du Docteur Hartmann, rejoint que le travail réel est devenu progressivement invisible, comme l'a souligné Gomez (2012), reprenant le lien fait par Desjours (2009)⁴⁸, sur la différence entre le travail réel et le travail théorique, « *Travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif. Or, ce qu'il faut mettre en œuvre pour combler cet écart ne peut pas être prévu à l'avance* ». ⁴⁹ En effet, Gomez dénonce que la gestion du travail au travers

⁴⁷ Levoile, E. (2020), « Le discours poignant du professeur Hartemann, chef du service diabétologie », consulté le 12 juin 2023,

⁴⁸ Ibid., page 7, consulté le 14 juin 2023

⁴⁹ Dejours, C. (2003). « *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation.* », Éditions Quæ, page 14

« d'écrans, de tableaux, de normes, d'indicateurs de traçabilité et de suivis, de reportings, de systèmes informatisés de gestion de flux, de systèmes de contrôle de gestion, etc... Les organisations sont devenues des appareils à extraire de l'information destinée à assurer, en flux continu et de bas en haut, la concordance entre le résultat observé à tous les niveaux et le résultat prescrit au sommet ». Cette situation contribue au burn-out chez les soignants et va à l'encontre de leurs valeurs, créant des conflits de culture.

2.3.3 Le bien-être au travail

La notion de bien-être au travail peut sembler abstraite, mais il est important de reconnaître qu'il est possible de repenser de manière positive les actions qui tendent vers le bien-être et des conditions plus favorables pour les soignants, en réponse au mal-être qu'ils peuvent ressentir dans leur travail quotidien. Il est nécessaire que « *Les managers [gardent] à l'esprit que le lien social comprend l'ensemble des formes de soutien social ainsi que la qualité des relations interpersonnelles et que ceux-ci doivent être cultivés par l'organisation au risque sinon de favoriser des contextes de travail peu propices à l'engagement des agents. Les relations apparaissent comme centrales dans la construction et la préservation du bien-être au travail.* »⁵⁰ Le bien être résulterait de la relation triangulaire de l'engagement au travail, du soutien managérial et du soutien organisationnel pouvant soutenir un travail « *capacitant* » et penser un management au service de ses collaborateurs.

La perception de la satisfaction au travail est influencée par de nombreux facteurs qui sont difficiles à classer. Selon Baggio et Sutter (2013)⁵¹, cette perception se compose sous deux dimensions : la dimension « *eudémonique* » et la dimension « *hédonique* ». La première dimension est liée au bonheur et concerne le sens que l'individu trouve dans son travail. Elle englobe tout ce qui est nécessaire pour permettre au salarié de s'épanouir et d'améliorer son bien-être. Les auteurs identifient cinq déterminants de la PS dans cette dimension : l'implication au travail, l'engagement organisationnel, la congruence, le sens du travail et la valeur du travail. La deuxième dimension, *hédonique*, est associée au plaisir. Elle concerne la façon dont les salariés perçoivent leur travail, en termes d'émotions positives et

⁵⁰ Routelous, C. (2018). « Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé* » (pp. 203-218). Rennes : Presses de l'EHESP.

⁵¹ Baggio S. & Sutter P.-E. (2013), « *La performance sociale au travail* », *Le livre blanc*, Mars-Lab.

négatives (Baggio, Sutter, 2013). L'atteinte de certains de ces éléments déterminants aura un effet sur le climat social, et pourrait favoriser l'exposition aux sources de stress, la satisfaction au travail et la justice organisationnelle, in fine sur la qualité de vie au travail et la santé mentale des salariés.

2.3.4 Améliorer les conditions de travail et promouvoir la qualité de vie au travail : enjeux et perspectives

Lorsque nous abordons la question de la qualité de vie au travail, il s'agit de transformer positivement le travail existant plutôt que de simplement identifier les problèmes qui y sont liés. Cependant, la notion de QVT peut sembler vague, comme l'a souligné Clot Y. lors d'un entretien croisé pour l'ANACT, avec Lallement M. (2016), où il déclare « *Entre le RPS et la QVT, très peu de temps s'est passée. ... ce sont des mots qui ne tiennent pas bien aux choses...* » il est préférable de parler de conflits de critères liés à la QVT, qui se cachent derrière des changements de terminologie.

En effet, les enjeux de la qualité de vie au travail répondent à des critères multiples et complexes tels que le soutien à la performance économique, la cohésion interne, l'amélioration du dialogue social ainsi qu'une ligne de conduite dans les négociations entre les différentes instances. De plus, la QVT n'est pas figée dans le temps, car elle doit s'adapter aux évolutions constantes des modes de vies et des conditions de travail (Michel Lallement, 2016). Pour clarifier les choses, en 2014, L'HAS et l'ANACT ainsi que des membres de cinq fédérations d'établissements de santé⁵², ont rédigé un document nommé « *10 questions sur ... la qualité de vie au travail* » afin de fournir des réponses efficaces aux institutions pour améliorer la QVT et, par conséquent, la qualité de soins.

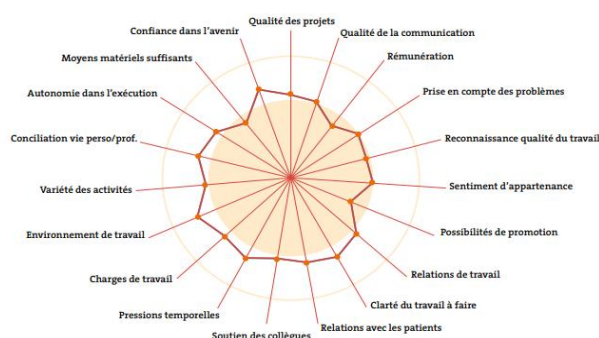
Conscient que les contraintes financières sont difficiles à contourner, dans la réorganisation du travail et des dépenses (notamment avec l'arrivée des CPOM qui sont opposables aux structures), l'initiative de la QVT s'oriente à analyser les déterminants majeurs de l'organisation de travail pour soutenir l'engagement et renforcer la qualité du dialogue social. La QVT permet également, d'insuffler des politiques de changements dans les entreprises, de piloter autrement la

⁵² Les 5 fédérations hospitalières : la FHF, la FHP, la FEHAP, la FENEHAD et Unicancer

performance des établissements, avec la volonté de pousser les différents acteurs à la réussite collective mais aussi individuel.

Pour ce faire, différents outils sont mis à la dispositions pour les établissements pour concerver leur démarche, diagnostiquer des problématiques, expérimenter des approches, les évaluer et les pérenniser si elles sont efficaces. Dans le cadre spécifique de l'EHPAD, l'OPCO Santé et l'ARACT⁵³ ont développer un outil d'autévaluation qui permet sous forme d'un questionnaire d'une trentaine de minutes et de 95 questions réparties en 6 thématiques autour du travail en lui même, de la santé au travail, de la perfomance et valeurs de l'établissement, de l'employabilité et developpement professionnel, de la relation de travail et du climat social ainsi que de la conciliation de la vie privée, vie professionnelle et l'égalité des chances.

Ce questionnaire permet également de savoir comment se situe son établissement en termes de QVT et quels axes de préconisations sont possibles. Cependant, il est important que l'auto-évaluation se fasse en toute franchise de la part de l'établissement, pour proposer des leviers intéressants pour aider ces soignants. En effet, si l'établissement n'est pas franc dans son diagnostic, comme on peut le voir lors des visites d'accréditation en proposant « *une scène de théâtre* » aux yeux des autorités pour valider sa certification, où le personnel est parfois contraint de refaire les dossiers patients et montrer une fausse vision du quotidien. Toutefois, l'outil vise à obtenir des résultats concluant mais aussi à obtenir de l'aide, en faisant appel à des manageurs spécialisée dans l'accompagnement et le developpement de la QVT en EHPAD.



⁵³ [QVT EHPAD | OPCO Santé \(qvt-ehpad.fr\)](http://qvt-ehpad.fr)

⁵⁴ HAS & ANACT (2014) « 10 questions sur ... la qualité de vie au travail », [3 has anact-10questionsqvt.pdf \(qvti.fr\)](http://3.has-anact-10questionsqvt.pdf), question 7, page 9, consulté le 3 mars 2023,

Si l'on reprend le schéma proposé par l'HAS et l'ANACT, les indicateurs de perception, de fonctionnement et de santé au travail nous permettent d'analyser comment se situent les professionnels de santé dans leurs :

- Capacité à s'exprimer et à agir,
- Perception sur le contenu du travail,
- Engagement des professionnels face au soutien hiérarchique,

Pour ce faire, les institutions doivent mettre en place des politiques visant à renforcer la cohérence des réponses et des enjeux, à piloter autrement la structure et à valoriser les espaces de discussions transversaux entre les professionnels, la hiérarchie et les personnes prises en charges.

2.3.5 Vers quel modèle faut-il se tourner : L'exemple de la marque employeur ou du contrat psychologique pour révéler l'appartenance ?

La marque employeur fait référence à l'image et la réputation d'une entreprise en tant qu'employeur, dans le but d'attirer et fidéliser les talents en créant une perception positive de l'entreprise auprès des futurs candidats et des employés. Selon Panczuck et Point (2008), la marque employeur correspond à « *un nouvel état d'esprit fondé sur des techniques marketing adaptée aux RH pour que l'entreprise et sa DRH puissent se vendre, fidéliser et se renouveler* »⁵⁵.

Dans le cas des EHPADs, qui souffre principalement d'une image négative qui ne cesse de se dégrader (Jacquet, 2021), la marque employeur peut être utilisée pour créer une image positive de l'établissement en mettant en avant les avantages et les opportunités offertes aux soignants. Cela peut inclure la formation continue, l'accompagnement professionnel, la reconnaissance et la valorisation des compétences, la flexibilité des horaires, l'autonomie professionnelle ainsi que la rémunération. Une marque employeur solide peut contribuer à attirer de nouveaux soignants qualifiés et expérimentés, tout en fidélisant ceux qui sont déjà en poste.

Il existe également la notion de contrat psychologique, qui se caractérise par une croyance réciproque entre l'employeur et les professionnels de santé, selon moi cette notion me paraît plus adaptée au secteur du médico-social. Rousseau D.M (1989), définissait le contrat psychologique comme « *une croyance que des*

⁵⁵ PANCZUK S. et POINT S. (2008), *Enjeux et outils du marketing RH : Promouvoir et vendre les ressources humaines*, Éditions d'Organisation, 239 p.

obligations réciproques basées sur des promesses implicites ou explicites régissent la relation d'échange entre l'employé et son organisation »⁵⁶. Elle va agir de manière à motiver les agents en fonctions des valeurs défendues tel que dans le service public avec des missions de santé publique, qui auront plus d'impact que la recherche de rémunération fructueuse ou de carrière que l'emploi en lui-même.

C'est pour cela, qu'il est important de noter que la marque employeur seule ne suffit pas à assurer la fidélisation des soignants. Elle doit être soutenue par des politiques de ressources humaines et de qualité de vie au travail adaptées au secteur de la santé et du médicosocial, afin de créer un environnement professionnel propice à l'épanouissement et au développement personnel des soignants. En mettant en place des actions concrètes pour favoriser une bonne qualité de vie au travail, les établissements peuvent renforcer l'efficacité de leur marque employeur et ainsi améliorer leur capacité à attirer et à retenir des professionnels de santé.

Toutefois, il est légitime de se demander si la terminologie qui caractérise la marque employeur peut entrer légitimement dans la gestion RH d'un établissement de santé. En effet, il existe un décalage entre le vocabulaire managérial contemporain et le langage clinique utilisé par la majorité des professionnels de santé, qui sont déconnectés de cette vision commerciale qui peut biaiser le dialogue et les valeurs à défendre. Ils sont davantage enclins à comprendre un discours clinique plutôt qu'un discours axé sur des notions de concurrence, de marketing RH, de communication efficiente, etc...

⁵⁶ Rousseau D.M. (1989), « Psychological and implied contracts in organizations », *Employee Responsibilities and Rights Journal*, N°2, pp. 121-139

2.4 Problématique

En me fondant sur mon expérience personnelle, et en lien avec les éléments que j'ai développés dans mes recherches documentaires, je soulève la problématique suivante : L'étude qui a été menée sur l'innovation managériale par l'empowerment des jeunes infirmières diplômées dans les hôpitaux publics telle que présentée par C. Rochette et M. Ceccato⁵⁷, peut être adaptée aux IDE exerçant également en EHPAD. Elle peut être utilisée comme un levier d'attraction et de fidélisation, visant *in fine*, à améliorer la qualité de vie au travail. Il est nécessaire de se pencher sur les politiques de qualité de vie au travail actuelles, afin de répondre aux besoins et attentes des soignants. Cela implique de leur offrir des possibilités de développement professionnel, un soutien dans la volonté d'agir, une reconnaissance suffisante ainsi qu'un environnement de travail propice à la santé mentale et au bien-être.

De plus, renforcer l'attractivité et se questionner sur la qualité des conditions de travail de ces emplois dans le secteur des EHPADs devient urgent, pour assurer le bien-être et la pérennité des soins pour les personnes âgées.

De ces constats, la question de recherche formulée est la suivante :

Comment concevoir une politique de qualité de vie au travail efficace pour promouvoir l'implication des soignants, favoriser leur engagement et leur fidélisation dans les EHPADs, en particulier pour attirer les nouvelles générations qui se réfugient de plus en plus vers un mode de travail intérimaire ?

⁵⁷ Rochette, C. & Ceccato, M. (2022). Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier. *Question(s) de management*, 39, 107-120., consulté le 10 Février 2023,

3 Enquêtes et observation de terrain : Appréhender les enjeux

3.1 Justification de l'enquête

Le sujet du mémoire s'est inspiré de dysfonctionnements inhérents à la gestion des ressources humaines d'un établissement EHPAD, tant pour la rétention que pour le recrutement de nouveaux infirmiers après la crise pandémique du COVID-19. La thématique de la qualité de vie pour capter ses soignants, a été soulevée à plusieurs reprises, lors des réunions de Codir, soit des réunions pluridisciplinaires avec les soignants, soit de manière informelle. Etant donné l'impact de la problématique sur la structure, il en devenait un sujet crucial pour garantir une bonne prise en charge des résidents. Les lectures préliminaires sur le sujet de l'attractivité et les conditions de travail du corps soignant, a permis de mettre en évidence l'intérêt de ce sujet, qui soulève de nombreuses questions tant au niveau des institutions gouvernementales que des établissements sanitaires et médico-sociaux. C'est ce que j'ai cherché à approfondir dans la première partie et deuxième partie de ce mémoire. Mon enquête de terrain vise à donner la parole non seulement au personnel soignant, mais également aux cadres de terrain afin de répondre à la problématique de l'implication des soignants en tant que vecteur d'attractivité et qualité au travail.

Dans un premier temps, je présente le protocole d'enquête, puis j'analyse les résultats obtenus en fonction de thématiques spécifiques visant à mettre en valeur les réponses qui servent à la proposition de recommandations à l'attention des Directeurs d'EHPAD.

3.2 Objectifs propres à l'enquête

L'enquête vise à proposer des préconisations pragmatiques à l'attention des Directeurs d'EHPAD afin de capter leurs soignants, de les impliquer dans la vie de l'institution, et de prévenir les recours possibles à un mode d'exercice intérimaire.

Les objectifs principaux de l'enquête sont les suivants :

- a. Comprendre l'expérience et le ressenti des soignants ainsi que celui de la direction sur ce sujet,

- b. Présenter une classification thématique des situations constatées pour envisager des réponses institutionnelles aux risques psychosociaux, à la capacité à agir ainsi qu'à la perte de sens au travail,
- c. Confirmer ou infirmer l'importance de l'implication des soignants en tant que facteur d'attractivité en EHPAD,
- d. Déterminer si des axes d'amélioration sont possibles au sein de l'institution pour améliorer la qualité de vie au travail,
- e. Identifier les attentes du personnel, la relation aux usagers et les actions mises en place par la direction,
- f. Identifier les difficultés, les questionnements et les besoins d'une direction d'EHPAD sur la thématique proposée.

3.3 Méthodologie de la recherche : L'entretien semi-directif

Pour mon étude de terrain, j'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs et des observations du terrain auprès des IDE travaillant en EHPAD. J'ai choisi cette population, en partant du principe que j'avais une approche compréhensive et confiante en la capacité d'action des acteurs de terrains eux-mêmes, plus que d'adopter une posture « *patriarcale* » du gestionnaire. Visant à objectiver des liens entre la fidélisation organisationnelle et l'implication des soignantes fixes et en intérim, j'ai voulu comprendre le fonctionnement interne de l'EHPAD afin de mieux réfléchir sur des axes d'actions amélioratifs.

Les réponses obtenues allaient me permettre de construire ma réflexion sur le sujet et je souhaitais avoir une discussion ouverte avec les personnes interrogées. Aussi, dans le cadre de mon stage de fin d'études en CPTS, cela m'a permis de m'écarter de mon ancien poste de directeur adjoint et ainsi, d'avoir des échanges plus confidentiels de la part du personnel soignant travaillant sur cette structure. Cela m'a permis d'avoir un échange direct et m'a permis de reformuler les questions si elles suscitaient de l'incompréhension chez la personne interrogée.

Pour réaliser les entretiens, j'ai identifié plusieurs professionnels à interroger, comme la DRH, qui traite l'ensemble des demandes et des thématiques en rapport avec la carrière et la situation des professionnels des salariés tels que les évolutions de carrières, la visibilité des postes vacants, le recensement des absences, etc... Aussi c'est elle qui a une visibilité sur les politiques d'attractivité et de recrutement

du personnel sur les structures en rapport avec les directions d'établissement, mais aussi en rapport avec les IDEC qui sont directement en lien avec les soignants et ont un retour direct avec ce qui se passe sur le terrain. J'ai aussi pris l'initiative d'interroger la seule personne IDE en poste CDI (1cdi sur 6 postes prévus), pour connaître sa vision des choses, les difficultés rencontrées à travailler uniquement avec des IDE vacataires ou intérimaires. Mais également, trois entretiens d'IDE en intérim pour savoir pourquoi ils décident de maintenir leurs activités en intérim de manière régulière dans le même établissement sans vouloir prendre un poste fixe.

3.4 Lieu de la recherche et organisation interne

C'est un EHPAD sous le statut associatif (loi 1901), à but non lucratif, situé dans les Hauts de Seine, géré par une association religieuse qui présente de fortes valeurs humanitaires.

Son activité principale est l'accompagnement des personnes âgées dépendantes à travers l'EHPAD de 120 places, dont 4 places réservées pour de l'hébergement temporaire ainsi qu'un PASA (14 places). Il comprend des services associés avec un accueil de jour de 15 places ainsi qu'un SSIAD de 60 places dont 5 pour personnes handicapées. Cette structure priorise l'accueil des personnes aux faibles ressources et ses lits sont entièrement habilités à l'aide sociale à l'hébergement.

L'unité de travail est organisée par le Comité de Direction appelé communément *Codir*, on y retrouve notamment les responsables de chaque service (voir annexe). Les ETP budgétés sont au total de répartis de la manière suivante :

	EHPAD	ACCUEIL DE JOUR	SSIAD
Direction	2 ETP		
Administratif	4	0,3	1
Soins	46,5 (dont 6 postes IDE + 1 poste IDEC)	2,6 (dont 0 IDE)	13 (dont 2 postes IDE + 1 poste coordination IDEC)
Médical	0,6		
Hébergement	17,3		
Maintenance	2		
Animation	1,6		
TOTAUX	74	2,9	14

En termes de prise en charge, l'établissement présente un taux d'occupation proche du 100 %, avec ses 120 places sont occupées, grâce à des tarifs attractifs pour le secteur ($\approx 80,00\text{€}/\text{jour}$). Pour avoir une visibilité de la prise en charge des résidents, le dernier GMP est de 710 et le PMP est de 210.

Le premier Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a été signé début 2022 pour une durée de 5 ans. Le projet d'établissement doit être élaboré dans l'année à venir, ce qui n'a pas été fait depuis 2017, en raison d'une série de changements de directeurs entre 2018 et aujourd'hui.

Le départ à la retraite d'une directrice historique en 2018 a fragilisé la structure et l'organisation de travail encrée dans l'établissement depuis de nombreuses années, s'en compter les nouvelles méthodes de management développées par les différentes directions qui se sont succédé entre temps, puis l'arrivée du COVID19 en 2020 a eu un impact fort sur l'établissement et plus particulièrement sur l'équipe soins et l'équipe médicale.

La nouvelle équipe de Direction mise en place est au fait de ces problématiques et souhaite proposer une organisation et réfléchir sur différents leviers possibles pour améliorer leurs politiques de recrutement et notamment impliquer les soignants dans le futur projet d'établissement mais aussi développer une qualité de prise en charge des résidents en rapport avec une qualité de vie au travail pour les soignants.

3.5 Techniques d'enquêtes et recueil de données

Avant de démarrer les entretiens, j'ai précisé à chaque personne que j'ai interviewé, l'utilité de ses entretiens et qu'elle était la volonté de connaître la conception qu'ils avaient de la fidélisation, de l'attractivité et de leurs implications dans leurs postes de travail. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable pour faciliter la saisie des informations ultérieurement sur l'ordinateur. Cette méthode permettait également d'éviter de prendre des notes en direct auprès du professionnel de santé, afin de ne pas interrompre le flux de pensée. Toutefois, j'ai pris des notes succinctes en utilisant des mots-clés ou des termes récurrents pour catégoriser les parties ou les zones d'intérêt à mettre en évidence.

J'ai cherché à comprendre le rôle que ces professionnels de santé jouaient au sein de la structure et d'explorer leurs perceptions elles avaient sur les difficultés de recrutement, la pénurie de soignants que connaît actuellement le secteur du soin.

J'ai ensuite retranscrit les entretiens et trié les informations à dévoiler dans mon analyse. La grille d'entretien comportait dix questions similaires d'un entretien à l'autre :

- La question 1 permet de mieux connaître le parcours professionnel du PS.
- La question 2 permet de comprendre la relativité entre le temps et la motivation dans le poste de travail.
- La question 3 permet de cerner les avantages et désavantages du choix du mode d'exercice et quelles critiques peuvent être faites sur ce choix.
- Les questions 4, 5, 6 et 8 concernent directement les conditions de travail, le travail en équipe et le rapport à la hiérarchie.
- La question 7 aborde le contact auprès des résidents.
- La question 9 traite de l'implication au travail et de l'inclusion perçue.
- La question 10 vise à obtenir des axes d'améliorations proposés par les soignants eux-mêmes.

Même si les réponses diffèrent en fonction du travail sur un mode d'exercice fixe ou en intérim, la différence de point de vue permet d'analyser un ressenti vis-à-vis des conditions de travail.

3.6 Modalités de restitution des résultats

Au regard de l'établissement, et sur l'ensemble des ETP propre aux IDE de l'EHPAD, nous avons un échantillon intéressant pour analyser la problématique. Il aurait certainement été possible de mobiliser davantage de professionnels de santé si j'avais étendu mon questionnaire à l'association gestionnaire de l'EHPAD. Cependant par manque de temps, et dans l'attente de réponses d'autorisations, je n'ai pas pu évaluer si d'autres structures présentaient le même type de questionnements. Cette charge de travail supplémentaire aurait pu compromettre la bonne réalisation de ce travail de recherche universitaire.

Après leurs entretiens, plusieurs participants ont demandé, s'il existait des solutions ailleurs ou si des idées se dégagèrent comme étant plus valables que d'autres. Des soignants, ainsi que d'autres corps de métiers, ont également exprimés leurs intérêts à lire le mémoire pour se renseigner sur cette problématique. J'ai mentionné la possibilité de partager une copie du mémoire, à l'issue de la validation de celui-ci, pour les professionnels intéressés dans la démarche de qualité de vie au travail. Cet intérêt témoigne de l'existence d'une réelle problématique et d'un réel intérêt des professionnels à s'impliquer dans des projets et à être accompagnés pour légitimer leurs volontés d'actions.

3.7 Respect de la confidentialité et de l'anonymat

La transcription des entretiens a été réalisée avec la plus grande fidélité possible. Bien que certains participants aient déclaré n'avoir "*rien à cacher*", notamment les IDE intérimaires qui se sont exprimés ouvertement, la grande majorité d'entre eux étaient plus à l'aise en rendant leurs réponses de manière anonyme, comme cela avait été convenu lors des entretiens. De plus, étant donné le climat de tensions et le changement récurrent de direction, la volonté d'affirmer son identité n'a pas été favorisée. Il est évident que les termes utilisés, les appellations et les références précises ont été harmonisés lors de la rédaction de l'analyse et des prises de notes.

3.8 Limites et critiques de la méthode

J'ai rencontré plusieurs difficultés lors de la réalisation des entretiens semi-directifs liées notamment à la difficulté de trouver des professionnels de santé disponibles pour réaliser les entretiens, il a fallu les solliciter à plusieurs reprises pour obtenir un créneau qui leur convenait.

Aussi, j'ai rencontré des difficultés pour retranscrire les informations du fait au manque d'expérience dans la réalisation des entretiens et certaines questions auraient peut-être pu être plus abouties et approfondies si j'avais trouvé les mots pour induire mon interlocuteur à étoffer son point de vue.

Cependant, j'ai remarqué aussi que les entretiens physiques m'ont permis d'observer une gestuelle, des expressions faciales des professionnels de santé, qui même s'ils rencontraient des difficultés à mettre des mots sur des situations m'ont permis de mieux comprendre les situations exposées dans la reformulation.

Je constate que je n'ai pas suffisamment abordé la notion de qualité de soins impactée directement dans la prise en charge des résidents. Sachant que cela peut jouer un rôle dans l'implication au travail et dans les projets possibles.

3.9 Présentation des résultats

J'ai fait le choix de traiter les résultats des entretiens semi-directifs par thème, l'analyse ne respecte donc pas l'ordre des questions posées et sont donc regroupées suivant les thèmes suivants :

- Parcours des personnels de santé
- Choix du mode d'exercice et identification des avantages et inconvénients
- Qualités de vie au travail
- Implication au travail
- Rapport à la hiérarchie
- Rapport aux résidents/familles

A) Parcours des personnels de santé

Pour retracer cette information, j'ai préféré produire un tableau afin d'avoir une vue d'ensemble des professionnels interrogés.

<i>Postes</i>	<i>Mode d'exercice</i>	<i>Ancienneté dans l'établissement / Année de diplomation pour les IDE</i>	<i>Durée entretiens</i>	<i>Parcours professionnels marquants</i>
Gestionnaire de Paie RH	CDI	Plus de 10 ans	50	Principalement dans cet établissement.
IDEC	CDI	Moins de 1 an / 10 ans d'exercice	1h	Hôpitaux AP-HP principalement
IDE fixe	CDI	2 ans / Année : 2019	45 min	EHPAD et ESPIC
IDE intérimaire 1	Intérim	1 an / Année : 2021	40 min	Exercice en EHPAD et à l'hôpital suivant les missions d'intérim
IDE Intérimaire 2	Intérim	3 ans (CDI puis Intérim) / Année : 2015	47 min	EHPAD et dans un hôpital AP-HP
IDE intérimaire 3	Intérim	2 ans / Année : 2017	1h10	EHPAD, Clinique et SMR

B) Choix du mode d'exercice : identification des avantages et inconvénients

En poste fixe :

Lors de l'entretien avec l'IDE en poste fixe, elle pointe l'importance de son engagement envers les personnes âgées par le fait d'assurer un accompagnement de qualité dans les soins mais aussi sous l'**aspect social**. Elle accorde une grande importance à **la bientraitance** et à **la bienveillance** et c'est pourquoi elle a choisi de travailler dans une association plutôt que dans un établissement à but lucratif. Elle exprime également le souhait de bénéficier d'une **formation continue**, bien qu'elle reconnaisse que les formations réalisées en équipe au sein de l'EHPAD se consacrent aux gestes et postures ou la formation incendie plutôt qu'à la sécurité des soins. Elle aimerait davantage de **formations axées sur la prise en charge gériatrique**, compte tenu de la dépendance croissante et de la nécessité d'une approche d'accompagnement plus adaptée aux problématiques actuelles.

Le **manque de perspectives d'évolution professionnelle** est également souligné. Elle souhaite pouvoir utiliser ses congés CPF (Compte personnel de formation) dans le cadre d'une formation continue, mais les différentes directions qui se sont succédé depuis sa prise de poste en 2019, n'ont pas donné suite à ses demandes. Malgré le renouvellement de ses demandes durant les entretiens individuels de fin d'année, elle constate qu'il n'y a pas de véritable évolution sur son poste et que la prise en compte n'a pas eu lieu notamment du fait qu'elle soit la seule IDE fixe dans les effectifs du pôle. Néanmoins, elle se réjouit de pouvoir bénéficier d'une **prime d'intéressement** versée en partie en juin et en décembre, ainsi que de **chèques vacances** de la part du comité d'entreprise en fin d'année.

Depuis la pandémie, elle constate que ses anciens collègues ont progressivement quitté l'établissement. Certains ont refusé de se faire vacciner, tandis que d'autres ont consacré leur temps à l'organisation des soins dans l'EHPAD sans recevoir un signe de **reconnaissance** de la part de la direction. Cette situation a entraîné une **détérioration supplémentaire des conditions de travail**, ce qui pourrait expliquer le choix du recours à l'intérim de certains de ses collègues. Pour exemple, elle est constamment **sollicitée par son encadrement** pour former de nouveaux candidats IDE ou ASD qui ne restent pas, mais aussi pour effectuer des **heures**

supplémentaires en raison du **manque de personnel**. De plus, **l'absence d'évolution salariale** est également un motif de préoccupation pour elle.

En poste intérimaire :

Concernant les infirmières en poste intérimaire, les entretiens ont révélé que la **flexibilité des horaires** ainsi qu'un **salaire attractif** sont les principaux motifs qui les poussent à choisir ce mode d'exercice. Elles perçoivent également une certaine **distance vis-à-vis de la hiérarchie**, avec une position différente par rapport aux postes fixes. En effet, au regard des expériences vécues dans le cadre des stages (IDE intérimaire 1), d'un poste fixe (IDE intérimaire 2) ou d'un regard sur leurs collègues en poste fixe, elles ont remarqué que la pression hiérarchique est moins présente lorsqu'elles exercent en intérim.

Quant aux raisons qui pourraient les inciter à prendre un poste fixe, les réponses convergent vers les mêmes souhaits : des **conditions de travail améliorées**, un **matériel adéquat aux besoins**, un **salaire en fonction des responsabilités** ainsi qu'un **lieu de travail proche du domicile**. Elles souhaitent également être mieux **considérées** et voir **leurs avis pris en compte** dans la prise en charge des résidents, car elles estiment souvent ne pas être écoutées voire découragées dans leurs pratiques. Parfois, elles se désinvestissent ou quittent l'établissement avant qu'on ne les accuse d'actes de **maltraitance**. Un autre élément mis en évidence lors de l'entretien avec l'IDE intérimaire 1, est qu'elle ne souhaite pas s'enfermer dans un poste fixe en tant que jeune professionnelle, afin de pouvoir prendre le temps de trouver un travail qui correspond à ses valeurs et qui s'harmonise avec sa vie privée.

Regard croisé entre les 2 modes d'exercice :

Pour le personnel en poste fixe, les avantages de l'intérim sont clairement identifiés. Ils comprennent la **liberté de planifier son propre emploi du temps** et la possibilité d'apprendre et de découvrir de nouvelles méthodes de travail, ce qui contribue à un **enrichissement professionnel**. De plus, les intérimaires se concentrent exclusivement sur leur **cœur de métier**, leur **expertise** et ne sont pas chargés d'autres tâches telles que la gestion des stocks et des commandes, car ces responsabilités sont confiées au personnel en poste fixe ou à l'IDEC. Par ailleurs,

l'intérim offre une certaine **qualité de vie** car elles n'ont pas à exécuter des actions associées aux postes fixes qui sont mal valoriser. Cependant pour le personnel en poste fixe, il y a des inconvénients liés à l'intérim. **Les déplacements fréquents**, souvent à la dernière minute, ce qui impliquent des changements constants et une **nécessité d'adaptation**. De plus, des préoccupations sont soulevées quant à la **couverture maladie des intérimaires** (mutuelle).

Pour le personnel en intérim, les principaux avantages résident dans la **flexibilité des horaires**, le **salaire attractif** et une certaine **distance professionnelle perçue**, ce qui se traduit par une **implication différente par rapport au personnel permanent**. Cependant, la principale difficulté pour le personnel en intérim est de **ne pas être familier avec les lieux et les équipes** lorsqu'ils commencent une mission. De plus, la **dynamique d'équipe** diffère, car ils ne font pas partie d'une équipe stable et peuvent parfois **se sentir isolés**.

En ce qui concerne les avantages liés aux postes permanents pour le personnel en poste fixe, ils **résident dans la familiarité avec l'établissement** où ils travaillent, la **collaboration avec leurs pairs** et à la **stabilité des repères institutionnels**. La formation institutionnelle, les opportunités de progression et l'accompagnement professionnel sont également mentionnés comme des avantages.

Pour le personnel en intérim, premièrement, elles ont une « **image** » **biaisée** de postes fixes car généralement **soumis à contraintes**. En effet, les seuls avantages liés aux postes fixes qui ont été identifiés sont la **connaissance de l'organisation propre à l'établissement** et **l'appartenance à une équipe**.

Il en ressort que les postes permanents présentent des inconvénients significatifs. La **charge de travail** est souvent **excessive** en raison d'un manque de personnel. Mais aussi, les soignants doivent **assumer de multiples responsabilités**, notamment la **gestion des approvisionnements**, le **rôle de référent**, le **comblement des lacunes en personnel**, ainsi qu'un emploi du temps **difficilement modulable et surchargé** en heures supplémentaires. De plus, elles doivent parfois accompagner les intérimaires et le salaire n'est pas à la hauteur de cet investissement. L'organisation du travail et la hiérarchie peuvent également avoir un impact plus important sur les postes permanents.

En conclusion, il semble pertinent de mettre en place des structures organisationnelles qui favorisent **l'autonomie** tel que les organisations « **capacitantes** » afin de **prévenir le désengagement au travail, l'absentéisme** ainsi que la **non-qualité au travail**. En tant qu'IDE intérimaire, si elles estiment que l'organisation du travail ne garantit pas des **conditions de travail sécuritaires**, elles ont la possibilité de ne pas retourner dans cet établissement sans que cela ait de **répercussions sur leur vie quotidienne**. Cela a été illustré par l'expérience de l'IDE Intérimaire 2 qui a fait le choix de quitter son poste en CDI dans l'établissement pour y revenir en tant qu'intérimaire, où elle se sent **moins exposée à la pression** liée aux conditions de travail.

C) **Qualités de vie au travail**

En poste fixe :

Le personnel permanent décrit ses conditions de travail en lien avec le **manque de personnel** et une **réorganisation de l'établissement**, ce qui les affecte de manière significative sur **les contraintes de rythmes au travail, la vigilance** à avoir et les **responsabilités attribuées de manière non officielle**.

En effet, il arrive fréquemment de devoir **remplacer** dans des secteurs où il manque du personnel, mêmes si, elles sont déjà en effectif insuffisant à leurs niveaux. Elle peut donc **être affectée à des secteurs qu'elle ne maîtrise pas** nécessairement, ce qui peut compromettre la qualité des soins auprès des résidents.

L'IDE fixe précise que travailler en EHPAD est complexe car il y a une prise en charge de **pathologie spécifique du sujet âgé** mais aussi **sociale**, et qui aura un impact sur le temps de la prise en charge car il va falloir dialoguer, comprendre ce qui va ou ne pas ce jour-là. Ce qui rajoute un enjeu de taille dans la relation de travail. Elle rajoute également que cela peut véhiculer du **stress**, une sensation d'**inachevée** et de faire « *les choses à la va-vite* » car nous n'avons pas le temps de tout faire comme cela devrait être le cas, en suivant les protocoles de soins et les besoins propres aux PAI des résidents. Selon elle, **l'organisation manque de fluidité** et complexifie son travail, car elle doit s'assurer la veille, voire le matin même de sa prise de fonction, que le matériel est bien disponible pour prendre en charge les résidents. Or en travaillant avec des collègues intérimaires, c'est à elle que revient la charge de prévoir les éléments pour le lendemain, faute de mieux.

Elle précise également que les aides-soignants qui ont la charge des toilettes, de l'habillage, des repas et de l'accompagnement des résidents sont, eux aussi, en effectif réduit et lorsqu'ils doivent effectuer le bionettoyage des chambres par manque d'ASH, et par conséquent, ils ne sont pas forcément disponibles pour les aider. Ce manque d'effectif se traduit par des **glissements de tâches**, du **stress** et de ne pas faire ce qui est nécessaire pour prendre le résident en charge, entraînant un risque de report.

Elle souligne également que ce **manque d'effectifs entraîne des communications informelles** entre les équipes, qui peuvent être considérées comme envahissantes par certaines. En dehors des heures de travail, elles utilisent le WhatsApp pour se tenir au courant des besoins et anticiper la charge de travail pour le lendemain.

Pour le personnel permanent, la présence **d'intérimaires perturbe l'organisation des soins** et entraîne **des dysfonctionnements dans le service**. Comme mentionné précédemment, le personnel intérimaire semble **moins engagé et moins impliqué** dans la vie quotidienne de l'établissement. Lorsqu'il s'agit de **traçabilité et de rangement du matériel**, il peut arriver qu'elles n'accordent pas la même importance que le personnel permanent. Ces négligences entraînent une **charge de travail supplémentaire** pour le personnel permanent, qui va devoir repasser derrière et vérifier que tout est bien en ordre.

En intérim :

D'une manière générale, les IDE intérimaires interrogées accordent une importance primordiale à la **sécurité des conditions de travail** pour travailler. C'est le critère principal qui en ressort. Une **organisation de travail efficace et rigoureuse** sont également jugées essentielles, mêmes si certains problèmes de fonctionnements sont présents. Notamment au regard des **règles de sécurité**, du **respect des protocoles** et de la **mise à jour des plans de soin**. Elles soulignent également que la principale difficulté de l'intérim est de devoir **s'adapter rapidement à une situation qu'on ne connaît pas**.

Pour l'IDE intérimaire 2 et 3, la question de **communication défailante avec l'encadrement de proximité** est celle qui pèse sur leurs conditions de travail. Elles

considèrent qu'ils gèrent de loin les problématiques du terrain, ils sont difficilement **accessibles pour régler les problèmes de proximité** notamment pour le Directeur. Toutefois, depuis l'arrivée de la nouvelle IDEC, cela a permis de **décloisonner de nombreuses situations de conflits inter-équipes** ou auprès des usagers, car elle joue un rôle de médiation qui permet d'**apaiser les tensions** et d'**apporter des solutions pragmatiques** qui soulagent.

Pour la majorité des IDE interrogées, l'intérim est la **conséquence de nombreux dysfonctionnements** et du **manque de valorisation du rôle des IDE en poste fixe**. Si elles doivent **subir des difficultés dues à leur environnement de travail**, autant le faire pour un **salaire plus élevé**. Pour l'IDE intérimaire 3, elle avoue qu'elle a mis de côté ses **valeurs professionnelles** mais se focalise sur un **travail « à la chaîne »**, lui apportant un **salaire convenable**, au détriment d'une qualité de travail. Elle évoque notamment, qu'elle a pu être sollicitée par d'autres structures avec des unités de vie protégée ou en MAS, alors même que **son profil ne correspondait pas toujours aux besoins des usagers**, en raison d'un manque criant de personnel.

D) Implication au travail

L'IDE en poste fixe semble **plus investie auprès des résidents** que ses collègues intérimaires. Malgré qu'**aucun protocole d'accueil** n'ait été mis en place pour accueillir les intérimaires dans l'établissement (pas de **livret d'accueil**, pas de démarches particulières), il existe toutefois **un livret regroupant les plans de soins des résidents**, consultable et mis à jour par les IDE ou l'IDEC. C'est par leur **propre initiative** que le personnel en poste fixe met en place des actions pour accueillir les intérimaires. *« Il y a 4 ans cela ne posait pas de problèmes car nous étions assez de fixe pour accompagner le personnel intérimaire, aujourd'hui c'est plus compliqué, on n'a pas forcément le temps »*. L'IDE les **accompagne et se rend disponible** lorsqu'ils arrivent, notamment pour les aider à accéder aux matériels, au logiciel de suivi de soins, aux habitudes de vies des résidents ainsi que comment se repérer dans l'établissement *« l'établissement est grand, tous les étages se ressemblent et les couloirs sont longs à parcourir, donc quand tu oublies quelqu'un pour les médicaments, tu perds bien 10 minutes, si on ne t'interpelle pas entre temps... »*.

L'IDE fixe, précise également qu'elle n'a pas forcément le temps **d'encadrer ses collègues intérimaires** si l'IDEC n'est pas présente. En effet, elle est déjà **débordée et manque de temps** pour réaliser déjà ses tâches, et n'est pas toujours disponible. Elle estime même ne pas avoir suffisamment de temps pour encadrer les étudiants stagiaires IDE. Lorsque le personnel intérimaire arrive pour la première fois dans un nouvel établissement, sa priorité est de **familiariser avec l'organisation de travail et le fonctionnement du logiciel**, car il s'agit d'un outil essentiel. Elles cherchent également à **repérer l'emplacement des vestiaires, du matériel, de la salle de soins**, et des accès informatiques, les personnes avec lesquelles elles vont travailler, y compris les personnes ressources telles que la cadre.

L'IDE fixe explique également le fonctionnement des étages, de la **traçabilité des dispositifs médicaux** qui varie en fonction du service (entre les étages, le PASA ou l'accueil de jour), « *étant donné que nous n'avons pas le même cadre, et que les procédures n'ont pas été harmonisées, bah pour les EHPADs on trace avec des zapettes et des codes-barres pour le soin cependant au PASA, ils sont encore à la traçabilité papier.* ». Les IDE intérimaires disposent généralement de codes pour procéder à la traçabilité, mais pour ceux qui viennent pour une seule journée, ils ne prennent pas toujours le temps de le faire correctement.

Autre point souligné par l'IDE fixe est qu'auparavant, **avant l'arrivée de la pandémie**, les **soignants se réunissaient en petits groupes de travail** le mercredi toutes les deux semaines, avec ou sous la présence de l'IDEC. L'objectif était **d'aborder les défis du quotidien à signaler à la hiérarchie**. Cette initiative avait été instaurée par les infirmières les plus expérimentées de la résidence avec la validation de l'IDEC et du MEDCO de l'époque. « *Je me souviens qu'en général, on faisait ça surtout pour les résidents qui venaient d'arriver depuis peu pour échanger sur les besoins, l'accompagnement... Les AMP, les aides-soignantes et les infirmières en intérim participaient aussi à ses réunions... nous abordions aussi des difficultés telles que le service du repas en salle principale lorsque l'ascenseur principal était en panne et qu'il fallait descendre les résidents d'un côté et monter les chariots de repas en même temps* ». **L'intelligence collective** mise en place entre ses différents soignants permettait **de penser et de trouver des moyens d'actions ensemble sans avoir à attendre l'approbation de la Direction**, ce qui a permis notamment au début de la crise d'être autonome dès le début, sans avoir

à attendre de directives particulières. Aujourd'hui, les initiatives de ce type ont du mal à être mis en place, malgré le fait que ce processus a déjà fait ces preuves et mérite d'être à nouveau instauré et encouragé.

E) Rapports sociaux entre professionnels (hiérarchie et collègues)

Les IDE intérimaires sont assez d'accords entre elles, elles entretiennent des rapports cordiaux voir parfois tendue avec le personnel fixe, qui estime qu'elles sont **motivées uniquement par l'argent** en raison de leurs meilleures rémunérations. Cela crée une sorte de **compétition matérialiste** qui s'opèrent entre les fixes et les intérimaires. Parfois, des **aides-soignantes ne vont pas être très coopératives**, car elles sont « *fatiguées* » d'accompagner de nouveaux professionnels. Une certaine forme de **lassitude** et de **passivité** s'installe dans les relations, ce qui **entrave une bonne collaboration**.

L'IDE fixe est plutôt bien perçue par ses collègues car elle a su se montrer disponibles **quand ses collègues avaient besoin**. Dans l'ensemble, il y a du respect, de l'entraide entre les collègues, bien qu'il soit parfois nécessaire de **se faire une place dans l'équipe**, notamment quand on est jeune, « *on m'a parfois fait des sales coups pour bien me montrer que je n'étais pas la cheffe et que je devais rester à ma place, surtout de la part de certaines aides-soignantes qui ont de la bouteille* ». Les soignantes plus anciennes véhiculent un esprit de « **petits chefs** », parfois, il va y avoir une défiance vis-à-vis des jeunes soignants. Il est important de **s'affirmer, ne pas hésiter à montrer ses capacités et ses compétences** pour être accepté par les autres.

Toutefois, un système d'**entraide informel est mis en place entre les collègues**, pour prendre la relève et apporter de l'aide si certains sont en difficultés sur un étage. « *Cela se fait de manière naturelle, généralement, parfois c'est à l'initiative de l'IDEC si on ne trouve pas un terrain d'entente car certains collègues ne s'aiment pas et ne vont proposer leurs aides à part si elles obtiennent une contrepartie...* ». Les **IDE doivent être autonome et contribuer au travail d'équipe** afin d'obtenir le soutien de leurs pairs.

En ce qui concerne les **supérieurs hiérarchiques**, il y a peu de soutien évoqué de la part du personnel soignant. En effet, « *l'IDEC même si elle essaie de faire son*

possible, elle est souvent prise par ses tableaux de bord, le recrutement qui ne décolle pas... » et *« nous discutons lors des réunions de soins pour évoquer nos problématiques mais cela n'est pas suffisant »*. **L'IDEC ressent également un manque de remontées d'informations du quotidien** et souhaite être plus proche de ses équipes sur le terrain. Le recrutement, lui demande beaucoup de temps avec des marges d'actions limitées (sur la rémunération, les amplitudes horaires à proposer, le rythme de travail, etc...), ainsi que les charges liées à la production d'analyses de données pour le siège ou la direction, la supervision des plans de soins et les rencontrent avec les familles, etc... contribuent à cette impression.

En ce qui concerne, le médecin coordonnateur, il est vu comme *« un électron libre »* par certaines soignantes. Elles rapportent qu'il attend des éléments précis ou propres à sa méthode de travail, mais ne les guide pas dans leur travail *« Il attend surement de nous que nous soyons dans sa tête. »*. Cette attitude crée un **sentiment de réification**⁵⁸, de déshumanisation qui émerge de comportements professionnels qui négligent les autres, en évaluant les autres au regard de leur contribution et de leur réalisation dans des objectifs communs. La **perte de sens, le manque de reconnaissance** et le **sentiment d'être assimilé à la masse** ne favorise pas à entretenir de bons rapports entre professionnels et hiérarchie.

F) Rapport aux résidents/familles

Dans l'ensemble, les IDE sont **toutes confrontées à différentes tensions avec le public accueilli**. Pour l'IDE fixe, elle bénéficie d'une attente particulière de la part des résidents et de leurs familles, qui estiment ne pas avoir reçu autant d'attention de la part des intérimaires, ce qui est perçu négativement.

Pour les IDE intérimaires, elles font de leur mieux pour **prendre de la hauteur**, mais se retrouvent prises pour cible par des familles mécontentes de la prise en charge. Ces dernières leurs disent *« de toute façon, vous n'êtes pas là tout le temps, vous faites ce que vous pouvez, donc bon... »*, les accusent de **ne pas donner les bons médicaments, de ne pas effectuer les soins nécessaires**, ou encore ne pas être présentes. Certains d'ailleurs, leurs font des reproches, et ne vont jamais évoqués ce genre de problèmes auprès de la Direction, ce qui ne change rien à la situation,

⁵⁸ HONNETH A. (2005) « Reification: A recognition theoretical view », the tanner lectures on human values delivered at University of California, Berkeley March, p.14-16

sauf être « **pris comme le défouloir des familles** ». Cette pression rajoute une **charge quasi hiérarchique** de l'attente d'un service rendu. Les soignantes sont « *parfois épié par les familles, qui viennent [les] chercher jusque dans la salle de soins, alors que même [leur] cadre ne ferait pas cela* ».

Il en ressort aussi que chez les personnes âgées, le critère des **habitudes et de la familiarité des rapports avec les soignants** à son importance, « *Quand on vient pour des missions de plusieurs dates, les personnes âgées sont plus détendues, ils se montrent moins agressifs et sur la réserve... ils commencent à nous faire confiance...* ». Les discussions et les interactions avec les résidents permettent de **créer du lien avec les résidents** et sont bénéfiques pour gagner du temps et ainsi, améliorer la qualité de prises en charges. Effectivement, il est question de **temps réel et de qualité de travail empêché**, car la journée, il faut courir pour réaliser tout ce qui doit être fait.

De même, pour les familles, l'IDE intérimaire 2 explique « *Parfois je n'ai pas le temps mais je me dis que je préfère discuter avec la fille d'un résident si elle a besoin d'informations. Cela la mettra plus à l'aise, car elle se sentira écoutée, plutôt qu'elle aille se plaindre directement auprès de la direction... ça évite d'amplifier un problème qui n'en est pas un* ».

Dans l'ensemble les résidents et les familles sont compréhensibles, elles sont davantage prises à témoins par les familles qui se plaignent de voir autant d'intérimaires et qui ne comprennent pas les raisons de ce **turn-over**. Les familles, ont également du mal à comprendre les justifications de la direction, pour avoir autant recours à du personnel temporaire sans avoir la possibilité de les **fidéliser**.

3.10 Tableau synthétique des résultats catégorisés par mots clés

Ces mots clés reflètent la diversité des thèmes abordés dans les échanges et permet de mieux saisir les différents aspects et implications du travail en tant qu'IDE dans des contextes fixes et intérimaires, ainsi que les interactions avec les résidents, les collègues et la hiérarchie.

Modes d'exercice et choix professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Avantages et inconvénients des postes fixes et intérimaires - Flexibilité des horaires - Évolution professionnelle et développement de carrière
Valeurs professionnelles et engagement	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement envers les personnes âgées - Bienveillance et bienveillance - Valeurs professionnelles - Reconnaissance professionnelle
Conditions de travail et sécurité du poste	<ul style="list-style-type: none"> - Sécurité au travail - Charge de travail et surcharge - Rémunération et avantages - Qualité de vie au travail - Pression au travail / Stress - Manque de personnel / Turnover / Attractivité
Relations professionnelles et dynamique d'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Relations avec les collègues (fixes et intérimaires) - Hiérarchie et rapports hiérarchiques - Collaboration et entraide entre les équipes - Autonomie professionnelle - Communication et coordination au sein de l'équipe
Relations avec les résidents et familles	<ul style="list-style-type: none"> - Attentes des résidents et des familles - Prise en charge des résidents - Satisfaction des résidents - Communication avec les familles
Gestion de l'organisation et de la charge de travail	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation du travail - Gestion de l'emploi du temps - Planification des soins et traçabilité - Gestion des ressources matérielles - Gestion de la charge de travail - Gestion des situations d'urgence et imprévues
Impacts de la pandémie	<ul style="list-style-type: none"> - Effets de la pandémie sur les conditions de travail - Détérioration des conditions de travail - Recours accru à l'intérim pendant la pandémie - Coopération inattendue
Formation et développement professionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de formation spécifique à la gériatrie - Formation en équipe - Compétences professionnelles - Formation institutionnelle
Communication et adaptation	<ul style="list-style-type: none"> - Communication interne et externe - Adaptation à des situations inconnues - Défis du quotidien et solutions collectives
Évolution professionnelle et perspectives	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectives d'évolution professionnelle - Manque de possibilités d'évolution
Autonomie professionnelle et leadership	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomie dans le choix d'établissement - Leadership et prise de décision
Impact sur la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Impact des conditions de travail sur la qualité des soins - Pression sur la qualité des soins - Gestion de la qualité et des protocoles
Impact sur la satisfaction au travail	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfaction au travail - Détresse psychologique au travail - Effets sur le bien-être des professionnels - Capacité à agir
Relations avec la hiérarchie et la direction	<ul style="list-style-type: none"> - Relations avec les supérieurs hiérarchiques - Communication avec la direction - Manque de soutien de la hiérarchie - Gestion des conflits inter-équipes
Adaptation au changement et aux nouvelles situations	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation rapide à des situations inconnues - Apprentissage dans un environnement en évolution
Impact sur les patients et les résidents	<ul style="list-style-type: none"> - Impact des conditions de travail sur les résidents - Qualité des soins dispensés - Prise en charge des patients dans un environnement changeant

4 Discussion et préconisations possibles

Tenant compte des informations obtenues par les professionnels de santé lors de l'enquête de terrain, ainsi qu'à partir des éléments de recherches consultés, nous pouvons formuler plusieurs pistes de réflexions visant à améliorer la capacité d'implication des salariés dans les organisations de travail, en soulevant l'intérêt mais aussi en donnant du sens à leur travail.

Ces pistes suggèrent notamment que les nouvelles générations de soignants attendent des organisations qu'elles soient plus flexibles, tout en restant fidèles aux valeurs et à l'image métier qui est véhiculé pendant les études. A plusieurs niveaux, les établissements médico-sociaux doivent comme les hôpitaux, développer et ajuster leurs politiques de ressources humaines au **niveau institutionnel** comme au **niveau individuel** pour éviter un accroissement des facteurs d'épuisement pour les soignants qui s'enfuient de leurs postes.

4.1 Préconisations au niveau institutionnel

Plusieurs leviers existent et sont envisageables au niveau institutionnel pour renforcer les politiques d'attractivité et d'implication. Parmi ses approches figurent l'organisation « *capacitante* » changeant le paradigme de pensées du management, le management de proximité à travers la mise en place de cadres de terrains, la prévention du désengagement des professionnels de santé en EHPAD, et enfin, ouvrir l'EHPAD vers l'extérieur en collaborant avec les CPTS pour identifier des solutions territoriales.

4.1.1 Favoriser une organisation de travail « capacitance »

Lorsqu'il s'agit de revoir l'organisation d'une entreprise, il semble pertinent d'impliquer les salariés afin d'atteindre les objectifs de performance de l'entreprise tout en préservant la santé et le bien-être des travailleurs. En effet, lorsque les salariés se sentent maître de leur travail, autonomes et capables d'influencer leur environnement de travail, cela favorise un état psychologique positif qui encourage leur engagement actif dans leurs tâches de travail (Clot Y., 2008). Il apparaît ainsi, crucial de mobiliser les acteurs clés de l'organisation pour transformer les conditions de travail.

L'approche de l'organisation capacitante vient ainsi, compléter celle de l'organisation apprenante en mettant l'accent sur le développement des compétences opérationnelles, contrairement à une organisation dite « rigide » qui ne permet pas une adaptation fluide face aux besoins évolutifs des professionnels de santé. Axée sur le renforcement du pouvoir d'agir et de la capacité d'actions des travailleurs, ce type d'organisation devient particulièrement intéressante pour les gestionnaires, car il souligne l'importance du lien intrinsèque entre l'individu, les contraintes inhérentes des conditions de travail et le contexte environnemental au sein duquel se déroule l'action.

En utilisant l'approche par les capabilités de Zimmerman B. (2008)⁵⁹, ou celle de Gouédard et Rabardel (2012)⁶⁰, les organisations peuvent réfléchir aux contraintes et aux opportunités qui influencent les travailleurs, en tenant compte de ce dont les individus sont capables (*savoir agir*) et des possibilités qui leurs sont offertes pour se développer (*pouvoir agir*). Cette réflexion peut aider les organisations à mieux comprendre les besoins de leurs travailleurs et à créer un environnement de travail qui favorise leur épanouissement personnel et leur bien-être.

La connaissance mutuelle et la reconnaissance du travail sont essentielles pour favoriser le travail d'équipes, que ce soit dans la renégociation du temps de travail, la création du projet d'établissement ou dans le cadre d'un travail collectif. Prenons l'exemple de la pandémie de COVID-19, qui a permis de redécouvrir l'importance de travailler ensemble à l'initiative des salariés, tel des « fers de lance et ils ont montré que cette attractivité ne pouvait pas se reconstruire du dehors, sans parier sur leur propre initiative pour « refaire leur métier » à partir de l'expérience accumulée »⁶¹. Le projet d'établissement qui a été mis en pause ainsi que les indicateurs qualitatifs à remplir ont permis de se concentrer vers l'impératif, de protéger les résidents, d'éviter les contaminations, de renforcer les équipes en cas d'absences, et finalement, maintenir un lien de travail plus serein que possible durant cette période hasardeuse. La crise a aussi permis d'être fier de son EHPAD,

⁵⁹ Julhe, S. (2016). « L'approche par les capabilités au travail : Usages et limites d'une économie politique en terre sociologique. » *Revue française de sociologie*, 57, 321-352., consulté le 5 février 2023,

⁶⁰ Gouédard C., Rabardel P. (2012), « Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? » *Pistes*, vol.14, n°2, p.1-29., consulté le 10 avril 2023,

⁶¹ Clot, Y., Bonnefond, J., Bonnemain, A., Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait : La coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte, p. 64, consulté le 10 juillet 2023,

de ses professionnels de santé aussi qui ont eu ce sentiment d'utilité sociale et qui a valorisé l'estime de soi.

Valoriser les soignants motivés, à l'aise au contact direct des résidents, et qui souhaitent se mobiliser et qui aspirent à s'engager davantage en proposant des initiatives qui rassemblent par la qualité du travail à produire.

Selon Waterman (1993)⁶², dans son ouvrage « *Two conceptions of happiness : Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment* » propose six dimensions principales qui concourent à lier développement personnel et le bien-être au travail :

- Le travail doit permettre de s'épanouir en développant ses talents et compétences ;
- L'individu doit avoir la capacité d'agir pour contrôler son milieu et faire face aux défis de l'environnement ;
- Il doit pouvoir être autonome, avoir la capacité de prendre des initiatives dans son travail, en bénéficiant d'un cadre protecteur et de marges de manœuvre, d'une capacité d'auto-décision et d'autodétermination ;
- Cela lui permet une bonne acceptation de soi et un sentiment d'auto-efficacité ;
- La satisfaction est alors portée par le sentiment de concordance entre l'individu et le travail qu'il accomplit (compréhension du sens du travail) ;
- L'individu est alors davantage à même d'établir des liens et des relations positives avec les autres, d'apporter du soutien à ses collègues et de participer à l'enrichissement mutuel par ses échanges.

Tel que dans les entités apprenantes où les salariés contribuent au développement de leurs compétences. En effet, les agents ont une réflexion critique sur leur travail en utilisant la formation pour s'aider à mieux se connaître eux-mêmes en tant qu'apprenants et salariés. Pendant la formation, les salariés partagent des codes, des valeurs, des normes, des pratiques et savoirs qui vont renforcer leur d'adhésion dans le collectif de travail ainsi que leur efficacité personnelle. La formation est utilisée non seulement pour accroître les connaissances, mais aussi pour

⁶² Routelous, C. (2018). Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 203-218), consulté le 10 avril 2023

encourager le développement personnel et professionnel des agents au sein d'un environnement de coopération et de partage. La formation visera à soutenir l'engagement des professionnels et surtout à créer une cohésion avec les valeurs défendues par le métier.

L'un des principaux enjeux est de trouver les leviers pour stimuler l'énergie collective et fédérer les acteurs sur les projets malgré les difficultés et problèmes du quotidien. Il faut relancer les appels à projets pour avoir des objectifs positifs, innovateurs qui s'inscrivent dans le temps pour la prise en charge des usagers ainsi que les moments conviviaux, qui permettent de réapprendre à mieux se connaître et de renforcer le travail collectif, dans le but de toujours faire de notre mieux.

4.1.2 Favoriser un management de proximité : clé de motivation et d'implication des professionnels de terrain

Motiver les professionnels de santé et les inciter à s'investir dans l'organisation n'est pas une tâche facile surtout lorsque l'organisation, la société et les valeurs entrent en conflit avec la charge de travail. Welch et Jackson (2007) définissent la communication interne et organisationnelle comme « *La gestion stratégique des interactions et des relations entre les parties prenantes dans l'organisation, à travers un certain nombre de dimensions en corrélation, incluant la communication interne hiérarchique, la communication interne transversale (d'équipe), la communication interne concernant les projets et la communication interne institutionnelle* »⁶³. Elle revêt une grande importance en tant que vecteur stratégique pouvant orienter l'entreprise vers un management participatif de ses professionnels.

Le manager de proximité en EHPAD, peut être représenté par le directeur adjoint, le responsable hôtelier ou, dans le cas de la prise en charge des soins des résidents, incarné par le cadre de santé, appelé plus communément l'IDEC (Infirmier coordonnateur). Ce manager de proximité devient le lien de communication interne avec la hiérarchie, mais également pour les professionnels de terrain, leur permettant d'aborder diverses problématiques rencontrées. Il peut résoudre et démêler les tensions entre collaborateurs, avec les familles ou les

⁶³ WELCH M., JACKSON P-R. (2007), « Rethinking internal communication: a stakeholder approach », *Corporate Communications: An international Journal*, vol. 12 n° 2, p. 177-198, consulté le 15 mars 2023,

résidents, apportant un soutien et des conseils grâce à son expertise et sa position externe aux conflits, qui font de lui un médiateur hors pair.

Cependant, il est souvent sous-estimé par les organisations qui le considèrent comme un simple échelon de communication additionnel, dépourvu de réelle valeur ajoutée pour accroître l'activité de l'entreprise.

En effet, dans le cas des IDEC, un enjeu de légitimité peut nuire ses fonctions de managers. La promotion se fait généralement en interne pour arranger l'organisation, plus que pour propulser un salarié efficace. L'IDE était bien souvent une IDE qui a démontré ses acquis du terrain, mais à qui, on ne lui a pas accordé l'opportunité de développer des compétences en gestion d'équipes via une formation dédiée, ce qui s'avère particulièrement important à long terme.

Pourtant, il peut favoriser la motivation des équipes et mettre en évidence les dysfonctionnements rencontrés au quotidien par les agents de terrains en offrant une écoute attentive aux problématiques, en analysant les besoins des soignants (matériels, insuffisance de personnel) et des familles (apporter des éléments d'expertise sur la PEC de la personne âgée), et en tenant au courant sa hiérarchie de problématiques sous-jacente à désamorcer.

Il contribue également, à valoriser l'implication des professionnels de santé qui ont choisi de travailler auprès de populations vulnérables telles que les personnes âgées. Allen & Meyer, définissent l'implication comme « *un attachement affectif ou émotionnel envers l'organisation tel qu'un individu fortement impliqué s'identifie, s'engage et prend plaisir à être membre de l'organisation qui l'emploie* »⁶⁴. Si cet engagement affectif est repris par les soignants en EHPAD qui ont pour la plupart la volonté de travailler auprès des personnes âgées et ont cette vision d'un environnement représentant le « *chez soi* » et, ou ce sentiment « *d'être en famille* ».

Si cet attachement affectif est compromis par la charge de travail ou la pression instaurée par le management organisationnel, les agents peuvent se désengager et décider de ne plus participer activement à la vie de l'établissement dans lequel

⁶⁴ ALLEN N., MEYER J. (1990), « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of occupational Psychology*, 1990|63, p. 1-18,

ils travaillent (mise en retrait jusqu'à l'*amotivation*⁶⁵). Lorsque les valeurs communes sont solides, le cadre de proximité peut davantage développer des idées constructives avec le personnel afin de générer de la qualité de soins et de prise en charge pour les résidents (notion de bienveillance) mais aussi de la qualité de vie au travail. Il démontre que leurs avis des PS comptent pour l'amélioration des conditions de travail, tout en considérant la communication interne comme transversale, favorisant ainsi un engagement mutuel des agents. Il véhicule les situations vécues des professionnels sur le terrain et contribue à stimuler et favoriser la motivation et l'implication.

Grâce à cette confiance acquise, le cadre de proximité, s'il est appuyé dans ses actions par sa hiérarchie et formé, acquiert en leadership et peut transmettre de manière pédagogique et constructive les informations utiles à sa hiérarchie, aux agents de terrain, évitant ainsi les heurts fréquents dans des organisations qui ont fait l'impasse et négligent le recours au management de proximité.

4.1.3 Prévenir le désengagement au travail et la non-qualité au travail

Le désengagement au travail, se réfère à un état psychologique et émotionnel dans lequel un individu se distancie de son travail, de son organisation ou de ses responsabilités professionnelles. C'est un concept qui décrit un manque d'implication, d'intérêt et d'engagement actif vis-à-vis du travail. Il peut se manifester de différentes manières, notamment par une diminution de la motivation, de l'investissement émotionnel et de l'effort dans les tâches professionnelles poussant parfois les professionnels jusqu'à l'absentéisme. Selon l'ANACT (2017), *« l'absentéisme croit avec la hausse des contraintes, parce que la non-qualité impacte la charge de travail et dégrade l'implication au travail. Il serait donc utile que les organisations davantage aux liens entre la non-qualité et l'absentéisme »*. En effet, ce manque d'implication au travail et de non-qualité, va s'exprimer par un absentéisme qui sera en lien avec les dysfonctionnements de la structure.

Si les causes sont diverses (manque de reconnaissance, conditions de travail stressantes, manque d'autonomie, etc...), elles peuvent surtout entraîner des

⁶⁵ Définition de Amotivation : correspond à l'absence totale de motivation pour diverses raisons (souvent un sentiment de perte de contrôle, le fait de penser que la réalisation de l'activité ne changera rien à un état de fait ressenti...) ou l'engagement dans une tâche sans savoir pourquoi et sans comprendre quoi retirer de cette activité.

conséquences sur l'organisation mais aussi sur l'individu en lui-même. Dans les établissements de santé cela aura un impact généralement sur un absentéisme aggravé provoquant un turnover élevé ainsi qu'une détérioration du climat de travail entre les professionnels.

Selon les travaux de Routelous C (2018), on peut identifier trois types d'absentéisme : structurel, conjoncturel et dysfonctionnel⁶⁶. Celui qui nous intéresse le plus va être l'absentéisme dysfonctionnel et qui résulte de l'épuisement et du manque de motivation des professionnels. L'organisation pourra agir en mettant en œuvre des actions préventives sur les ressources humaines. Par exemple, un accompagnement personnalisé visant à favoriser le dialogue avec ses salariés ayant des aspirations professionnelles, des désirs de mobilités, de formation ou d'assumer des nouvelles responsabilités dans la structure grâce à des missions transversales.

Aussi, en mettant en œuvre des actions qui visent à valoriser l'image du soignant en EHPAD, la direction s'assure que ses soignants ressentent du bien-être et développe un sentiment d'appartenance et de fidélité. En effet, les soignants sont parfois confrontés à des difficultés dans l'exercice de leur métier, notamment lorsqu'ils prennent en charge des personnes âgées. Ils doivent jongler entre le respect de l'intimité et des choix de chaque personne âgée et la nécessité de répondre aux objectifs de l'institution en termes de sécurité et de « tranquillité institutionnelle ». Cela peut créer des tensions entre les aspirations individuelles des résidents et les attentes institutionnelles. Par exemple : il peut arriver qu'un résident exprime le souhait de se promener seul à l'extérieur de l'établissement, toutefois il doit se conformer à des contrôles nécessaires pour répondre aux exigences de l'institution.

En somme, l'absentéisme est un phénomène multifactoriel complexe, qui ne peut être expliqué que par un seul prisme. Selon Bouville G. (2009), il résulte de l'interaction de trois grandes approches :

⁶⁶ Routelous, C. (2018). Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé* (page 205). Rennes : Presses de l'EHESP, consulté le 5 avril 2023,

- Les approches individuelles : en prenant en compte des éléments tels que l'âge, le sexe, le niveau de qualification et l'impact des générations sur les questions du sens au travail, d'intention au départ ou d'implication au travail,
- Les approches médicales se concentrent sur les conditions de travail et leur impact sur la santé,
- Les approches organisationnelles qui mettent l'accent sur l'ambiance de travail, l'organisation et les relations hiérarchiques ou avec l'extérieur.

4.1.4 Promouvoir l'ouverture de l'EHPAD sur le territoire et favoriser les interactions avec les communautés de professionnels de santé

Mon stage au sein d'une CPTS parisienne a suscité des réflexions pertinentes. Face à la pénurie de professionnels de santé dans la région, des initiatives ont été mises en place par des praticiens volontaires pour combler ces lacunes et assurer une couverture territoriale en cas de besoin. Par exemple, les astreintes infirmières bénéficient d'un budget dédié en collaboration avec le SAMU dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS), ce qui permet aux professionnels de santé d'intervenir auprès des patients. De même, si un EHPAD collabore avec la CPTS de son territoire de santé, il pourrait proposer un projet visant à mettre en place des professionnels de santé afin de pallier le manque de personnel auprès des résidents âgés. L'objectif serait ainsi de garantir un accès aux soins approprié.

En participant à cette communauté pluriprofessionnelle de santé et en rencontrant différents professionnels du terrain ou d'institutions confrontés aux mêmes problèmes, des idées et des solutions peuvent émerger lors d'ateliers collaboratifs. Le partage d'expériences et les échanges favorisent la construction, voire la restauration, d'un accompagnement visant à rendre l'établissement plus attractif. Cette participation peut également favoriser la formation des managers de proximités en abordant leurs problématiques spécifiques et en engageant leurs professionnels dans des missions de santé publique, moyennant une contribution. L'établissement dans son ensemble a tout à gagner en développant ce type d'adhésion. Le sentiment d'isolement se réduira et les agents impliqués dans les projets de la CPTS pourront ressentir une satisfaction, se sentir utiles et soutenus par leur hiérarchie.

4.2 Préconisations au niveau individuel

Afin d'améliorer la progression professionnelle des soignants, il est important que la structure soutienne ses employés dans leur parcours. Dans un premier temps, nous aborderons l'empowerment, qui vise à renforcer le bien-être psychologique grâce à un soutien managérial. Ensuite, nous mettrons en avant la formation-action, qui permet de valoriser l'image du métier. Enfin, nous proposerons un accompagnement pour les stagiaires, qui représenteront les futurs soignants. L'objectif de toutes ces recommandations est de proposer un équilibre pour les employés, en mettant en place des actions qui favorisent la qualité de vie au travail, tout en encourageant leur participation aux activités de la structure.

4.2.1 L'empowerment au service des soignants

En prenant compte des informations fournies par les soignants lors des entretiens et en se référant à la littérature, il est observé que le concept d'empowerment permettrait de caractériser le transfert de pouvoir et de responsabilités aux professionnels de terrains pour renforcer leurs implications dans l'organisation afin d'obtenir de meilleure performance au travail.

La notion d'empowerment reprend l'idée que les responsabilités sont attribuées d'une part aux salariés en décentralisant les pouvoirs d'actions et d'autonomie, et d'autre part, elle permet aux employés d'être proactifs dans leurs fonctions. Cette approche d'après Boamah & Laschinger, (2015) pourrait contribuer à réinventer le secteur de santé tout en attirant et retenant le personnel soignant dans sa structure.

Dans le cadre de l'EHPAD étudiée, les propositions avancées lors des entretiens avec les IDE, semblent intéressantes et rejoignent le principe d'empowerment. La mise en place d'ateliers collaboratifs sur son travail, ainsi que la proposition d'ateliers de gym douce, de jeux moteurs ou de jeux manuels, permet de proposer des activités stimulantes aux résidents au quotidien. Cela permet également aux soignants et aux autres professionnels de santé de s'impliquer activement dans la vie de l'établissement.

Lorsque l'on aborde ce concept d'implication du point de vue du personnel fixe, comme intérimaire, il apparait que les individus seraient initialement motivés à

valoriser leurs perspectives, leurs actions, le sens au travail et l'autonomie dans la prise de décisions.

Toutefois, il est important de noter que la direction ne devrait pas uniquement encourager cette demande ou valoriser l'initiative que lorsque les professionnels de santé s'engagent dans de telles démarches. Il est observé que cet encouragement se produit lorsque cela convient à la direction (par exemple, en période de manque de personnel), mais peut être sanctionné dans d'autres situations. Cela soulève la question des "rôles propres" et de la possible disparition du cadre uniforme.

Dans une étude effectuée en 2011, par Charbonnier-Voirin et El Akremi, sur 390 employés, il a été démontré qu'il y avait une augmentation des performances d'activité en accordant cette posture de leadership au service des professionnels. En effet, le manager tient à s'aligner sur les enjeux des collaborateurs plutôt que sur ses enjeux de performances. Il prend en compte également les contingences environnementales (spécificité des lieux, temps pour réaliser l'action) pour pouvoir mettre en œuvre les projets. Bien que cela puisse sembler être un processus long, il revêt un caractère social et empathique visant à améliorer la qualité du travail des professionnels. Les professionnels de santé qui accordent une forte valeur à l'éthique, au bien-être et à la prise en charge des personnes sont réceptives à ce mode de management participatif. Cette approche permet de regagner la confiance, la motivation et le sens du travail.

4.2.2 Augmenter l'encadrement des stagiaires sur les lieux d'exercice

Récemment, le ministère des Solidarités et de la Santé et de la Prévention a chargé le Dr Donata Marra, spécialiste du secteur santé, sur les facteurs relatifs à la qualité de vie au travail des étudiants en santé, à repenser la formation des futurs soignants. Elle a indiqué : « *La formation continue [des soignants, NDLR] doit être revue pour mieux intégrer la qualité de vie au travail, la prévention et les risques psychosociaux. Je souhaite m'inscrire dans la continuité des orientations prises dans la stratégie nationale « Prendre soin de ceux qui nous soignent » pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé.* »⁶⁷

⁶⁷ FABREGAS B., Infirmiers.com « *Suicide et professionnels de santé : le poids des chiffres* », consulté le 12/06/2023,

De même dans le dernier rapport de l'IGAS (2022), qui fait ressortir que les stagiaires auditionnés ont rencontrés des difficultés pour s'intégrer correctement dans leur stage, ce qui a eu un impact sur leur perception de l'insertion professionnelle possible en tant que jeunes soignants. Souvent, ils ne sont pas accompagnés, on « *refile* » à un soignant la charge tutélaire, sans contribution supplémentaire et avec une charge de travail supplémentaire. Il est important de souligner que les stagiaires exécutent des actes dans le cadre de son apprentissage pédagogique et ne possèdent pas encore, le même niveau de compétences qu'un salarié expérimenté. Cependant, il est fréquent qu'ils soient livrés à eux-mêmes, confrontés à des situations difficiles propres au milieu professionnel de santé.

En cela, le déroulement du stage joue un rôle déterminant dans leur adhésion du métier et à l'organisation dans laquelle ils exercent. Les émotions ressenties pendant cette période jouent un rôle crucial dans leurs épanouissements professionnels. A contrario, si l'établissement n'a pas su apporter un soutien adéquat et conforter le stagiaire durant la période du stage, cela pourra avoir un effet de repoussoir, décourageant, parfois, l'étudiant à exercer le métier de soignant.

Du point de vue du manager, il semble essentiel de peaufiner sa relation avec les IFSI afin d'établir de bonnes relations et de s'assurer que les futurs soignants viennent dans son établissement à la suite d'un stage réussi. Les nouvelles recrues seront d'autant plus motivées, car ils auront la conviction que leur chance leur a été donnée d'entrer dans le monde professionnel en étant pris en compte et considérés.

Conclusion

En conclusion, il semble essentiel de soutenir le rôle et les pratiques des infirmières en EHPAD dans un système de management qui promeut la qualité de vie au travail. Cela implique de reconnaître leur contribution dans la qualité de leurs soins, leur engagement collectif pour améliorer leurs conditions de travail, mais aussi de les impliquer dans des ateliers qui leur tiennent à cœur, afin de redonner du sens à leur travail et d'attirer des jeunes professionnels de santé dans ce secteur.

Une solution pourrait consister à intégrer dans les enseignements théoriques sur la prise de « pouvoir », sur le management des équipes, durant la formation IDE. Cette démarche permettrait aux futures diplômées d'anticiper les défis du monde professionnel en dehors du cadre des stages. Je pense qu'il est essentiel en tant que professionnel de santé exerçant en EHPAD, de connaître l'organisation managériale afin de ne pas subir la situation, mais plutôt, de contribuer activement à sa mise en place. Cela nécessite une prise de conscience des bienfaits et des limites des organisations de travail, pour mieux les appréhender et s'investir dans son poste de travail.

Les directions devraient peut-être développer une « éthique » similaire aux soignants pour mieux comprendre ce qu'ils vivent en réalité. Ainsi, cela pourrait conduire à une meilleure compréhension de la nécessité de fournir aux soignants le temps, l'environnement de travail, les moyens humains et matériels pour offrir une prise en charge de qualité qui ne répondent pas uniquement à des indicateurs, mais plutôt dans l'objectif d'établir des relations de qualités durables au sein de l'organisation.

La notion de culture ne concerne pas que l'individu, elle s'applique également au groupe. Si les soignants sont désinvestis et ne se reconnaissent plus dans le groupe auquel ils appartiennent, il semble très difficile de mettre en place une culture d'appartenance solide.

Le diplôme assure des bases solides sur les techniques de prise en charge, les respects des règles d'hygiène et la gestion des risques inhérents à l'EHPAD. Toutefois, si nous développons les compétences des IDE qui choisissent de rester dans les établissements et qui aspirent à se perfectionner, pourquoi ne pas

envisager, par le biais d'une formation, de leur proposer des DU complémentaires (DU plaies et cicatrisation, DU infirmière coordinatrice, DU Géro-psycho-geriatrie) de manière à faciliter la prise en charge des personnes âgées qui s'avèrent de plus en plus dépendants. Les avantages pour l'organisation seraient comparables à ceux apportés aux soignants, en leur offrant l'opportunité de s'épanouir dans leur travail, tout en garantissant une démarche de qualité en bâtissant une organisation « *capacitante* ».

Afin de réduire le recours à l'intérim, il convient de faire une valorisation profonde et sérieuse du métier d'IDE, pour disposer d'un nombre suffisant de professionnels de qualité au sein des établissements de santé. Ils occupent une place centrale au même titre que les médicaux, et représentent, une position tout aussi importante qui n'est pas reconnue à sa juste valeur, parfois même par les professionnels de santé eux-mêmes.

Le statut de l'intérimaire permet de prendre du recul et d'exprimer aisément ses préoccupations comme il me l'a été reporté lors des entretiens semi-directifs que j'ai menés. Les relations évoluent, car la hiérarchie dépend de l'intérimaire pour maintenir l'activité. Cette liberté d'expression permet d'exprimer les problèmes, provoquer des changements, de remettre en question les méthodes managériales et les leviers à mobiliser pour améliorer les conditions de vie au travail. Les intérimaires l'ont très bien verbalisé, si un établissement les met en difficulté (insécurité, dysfonctionnement majeur, conflit inter-équipe, confrontation de l'image métier-estime de soi), ils ont la possibilité de ne plus y revenir, chose plus délicate pour un professionnel en poste fixe.

Le modèle de gestion actuelle des établissements de santé, la mise en place des CPOM et la réponse constante aux indicateurs de performance économique, notamment l'optimisation des EHPADs, conduisent les soignants à la réalisation de tâches frénétiques créant un positionnement détaché vis à vis de leurs fonctions, qui ne permet pas de conscientiser leurs actions et leurs engagements dans la structure. De plus, comme en faisait le constat Michel BASS (2022) « *...les fins elles-mêmes restent le plus souvent inconnues et inaccessibles aux agents. Est-il*

honnête d'attendre la coopération des agents à une entreprise dont ils ne connaissent pas la finalité ? »⁶⁸.

D'autre part, même si des recommandations existent à l'échelle nationale comme institutionnelle, l'ensemble des mesures restent très disparates. En effet, à l'échelle des revues scientifiques, ouvrages et données consultables sur le sujet, il apparaît un constat flagrant, de même de la part de l'IGAS, que de l'enquête EHPA, un manque cruel de données pragmatiques et tangibles à présenter pour améliorer les fidélisations des IDE et l'attractivité des métiers.

Pour développer l'empowerement soignant en tant qu'innovation managériale, il est essentiel de réaliser un diagnostic approfondi de la situation et des conditions de travail avant de chercher à améliorer l'attractivité de la structure. Sans cette étape préliminaire, la stratégie mise en œuvre risque de ne pas être optimale, même en utilisant la multitude d'outils de contrôle et de gestion disponibles pour les établissements.

Les problèmes du quotidien abordés par Matthieu Dechessahar en 2011 doivent être pris au sérieux, car ils ont véritablement un impact sur les conditions de travail et sur l'implication des soignants. Le manager peut favoriser une réflexion sur la performance de son organisation en prenant pleinement conscience des défis liés au travail réel, afin que l'EHPAD soit plus humain, mieux médicalisé et davantage ouvert vers l'extérieur. Cela suscite également des interrogations quant à l'ampleur de l'engagement et à la volonté d'examiner en détail les dysfonctionnements des établissements de santé.

⁶⁸ Bass, M. (2022). *L'anti-manuel de management dans les EHPADs*. Érès., page 40

Bibliographie

Audiovisuelles :

- ARACT IDF (juin 2021), EHPAD : les collectifs de travail à l'épreuve de la crise, <https://smartlink.ausha.co/travailler-ensemble/ehpad-les-collectifs-de-travail-a-l-epreuve-de-la-crise>,
- Levoile, E. (2020), « *Le discours poignant du professeur Hartemann, chef du service diabétologie* », [Témoignage du docteur Hartmann, diabétologue à la Pitié Salpêtrière - YouTube](#),

Ouvrages :

- Baggio S. & Sutter P.-E. (2013), *La performance sociale au travail, Le livre blanc*, Mars-Lab,
- Bass, M. (2022). *L'anti-manuel de management dans les EHPADs*. Érès.
- Clot, Y., Bonnefond, J., Bonnemain, A., Zittoun, M. (2021). *Le prix du travail bien fait : La coopération conflictuelle dans les organisations*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.clot.2021.01>,
- Dejours, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : Critique des fondements de l'évaluation*. Éditions Quæ. <https://doi.org/10.3917/quae.dejou.2003.01>, page 14,
- Panczuk S. et Point S. (2008), *Enjeux et outils du marketing RH : Promouvoir et vendre les ressources humaines*, Éditions d'Organisation, 239 p.,

Lectures scientifiques :

- ALLEN N., MEYER J. (1990), « The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization », *Journal of Occupational Psychology*, 1990|63, p. 1-18, DOI : [10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x),
- Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). (2022). *Attractivité*. Récupéré sur <https://www.anact.fr/lexique/attractivite>,

- AMELI (novembre 2022), « *Rapport annuel 2021 de l'assurance maladie – risques professionnelles novembre 2022* », figure 137, page 190, consulté le 10 juin 2023,
- AMELI (mai 2023), « *Impact des TMS dans le secteur du sanitaire et médico-social* », [Sanitaire et médico-social | ameli.fr | Entreprise](#),
- AUBENAS F., « “On ne les met pas au lit, on les jette” : enquête sur le quotidien d’une maison de retraite », *Le Monde*, 18 juillet 2017 ; « Maisons de retraite : les secrets d’un gros business », émission « Pièces à conviction », France 3, 19 octobre 2017.,
- APM NEWS (novembre 2022), « *Formation des aides-soignantes et infirmiers : Korian reste sur sa faim* », consulté le 15 février 2023,
- APM News (mai 2023) « *François Braun dévoile l’ensemble des mesures destinées à transformer le métier infirmier* », consulté le 4 juin 2023,
- BALAVOINE A. (juillet 2022), Etude EHPA « *études et résultats résidents âgés* », consulté le 25 mai 2023,
- BAUDURET JF (Octobre 2013), Guide ANAP/CNSA « *Le secteur médico-social, comprendre pour agir mieux* » ; Préface,
- BAYROU F. (février 2023), « *Vieillesse de la société française : réalité et conséquences* », [hcp_vieillesse_de_la_societe_francaise.pdf \(gouvernement.fr\)](#),
- BEROUD, S., NIZZOLI, C. & NOÛS, C. (2021). Parler du travail en EHPAD pour mettre à distance la maltraitance. *Mots. Les langages du politique*, 126, 91-108. <https://doi.org/10.4000/mots.28523>,
- BRILLET F. & GAVOILLE F. (2016). L’image métier : exploration d’une notion au cœur du choix professionnel. *Management & Avenir*, 84, 53-72. <https://doi.org/10.3917/mav.084.0053>, p. 59,
- COTTON A. (2017). Qu’apporte l’identité collective des associations professionnelles à la construction de l’identité professionnelle du responsable de la communication ? *Question(s) de management*, 16, 15-36. <https://doi.org/10.3917/qdm.171.0015>, p. 5,
- DARES (2023) « *Conditions de travail* », [Conditions de travail | DARES \(travail-emploi.gouv.fr\)](#),
- DREES (2018), *Le personnel & les difficultés de recrutement dans les EHPADs, Etudes & Résultats*,

- DREES. (2022). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2019. Études et résultats, n° 1264, p. 1-8,
- DREES. (2020). Étude sur les mouvements de personnel dans les établissements pour personnes âgées en 2018. Repéré à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1141.pdf>,
- DREES (2016), Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, Les Dossiers de la Drees, n°5,
- FABREGAS B., Infirmiers.com « *Suicide et professionnels de santé : le poids des chiffres* », [Suicide et professionnels de santé : le poids des chiffres | Infirmiers.com](#),
- FRANCOIS Y. (2015), Le professionnalisation des associations par les pratiques de gestion des compétences des acteurs associatifs produit-elle un processus de changement organisationnel ? revue *Recherches en Sciences de Gestion*, 2015/1, n°106, pp. 113-133,
- FRAY A. & PICOULEAU S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38, 72-88. <https://doi.org/10.3917/mav.038.0072>,
- GOUEDARD C., RABARDEL P. (2012), Pouvoir d'agir et capacités d'agir : une perspective méthodologique ? *Pistes*, vol.14, n°2, p.1-29.,
- HAS & ANACT (2014) « *10 questions sur ... la qualité de vie au travail* », [3_has_anact-10questionsqvt.pdf \(qvti.fr\)](#), question 7, page 9,
- HONNETH A. (2005) « Reification: A recognition theoretical view », the tanner lectures on human values delivered at University of California, Berkeley March, p.14-16,
- IGAS (2021), RAPPORT IGAS N°2022-030R/IGESR N°21-22 275A « *Evolution de la profession et de la formation infirmière* », action [100] page 36,
- JULHE S. (2016). L'approche par les capacités au travail : Usages et limites d'une économie politique en terre sociologique. *Revue française de sociologie*, 57, 321-352. <https://doi.org/10.3917/rfs.572.0321>,
- LECORDIER D. (2012). Habitus. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 199-201). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0199>, consulté le 5 février 2023

- LOUCHE C. (2022). « *Introduction à la psychologie du travail et des organisations : Concepts de base et applications* », Dunod, p. 164-165,
- MERIADE L. (2022). Le bricolage en gestion des ressources humaines et ses évolutions : L'exemple de la gestion de l'absentéisme de courte durée à l'hôpital face à la Covid-19. @GRH, 45, 89-114. <https://doi.org/10.3917/grh.045.0089>,
- OMS (2020) « la situation du personnel infirmier dans le monde »,
- OPCO SANTE (2022), [QVT EHPAD | OPCO Santé \(qvt-ehpad.fr\)](http://qvt-ehpad.fr),
- PARVAIS A. (décembre 2021), « *Quand il manque du monde dans les établissements, ce sont souvent les intérimaires qui prennent le relais* »,
- PETIT R., ZARDET V., « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPADs : une problématique sectorielle et de management », @GRH, 2017/1 (n° 22), p. 31-54. DOI : 10.3917/grh.171.0031. URL : <https://www.cairn.info/revue-agrh1-2017-1-page-31.htm>,
- PERETTI J-M. (1999), Dictionnaires des ressources humaines, éditions vebert,
- ROCHETTE, C. & CECCATO, M. (2022). Innovation managériale à l'hôpital public : une lecture à partir de l'empowerment infirmier. *Question(s) de management*, 39, 107-120. <https://doi.org/10.3917/gdm.219.0107>
- ROUSSEAU D.M. (1989), « Psychological and implied contracts in organizations », *Employee Responsibilities and Rights Journal*, N°2, pp. 121-139
- ROUTELOUS, C. (2018). Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail. Dans : Michel Louazel éd., *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé* (pp. 203-218). Rennes : Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.louaz.2018.01.0203>,
- Statista Research Department, « *Nombre d'infirmiers exerçant en France de 2010 à 2021* »,
- VENIARD, A. (2011). Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire. *Management & Avenir*, 49, 84-101. <https://doi.org/10.3917/mav.049.0084>,
- WELCH M., JACKSON P-R. (2007), « Rethinking internal communication: a stakeholder approach », *Corporate Communications: An international Journal*, vol. 12 n° 2, p. 177-198., DOI : [10.1108/13563280710744847](https://doi.org/10.1108/13563280710744847) .

Liste des annexes

Annexe n°1 : Répartition des ETP selon le type de personnel dans les EHPADs en 2015

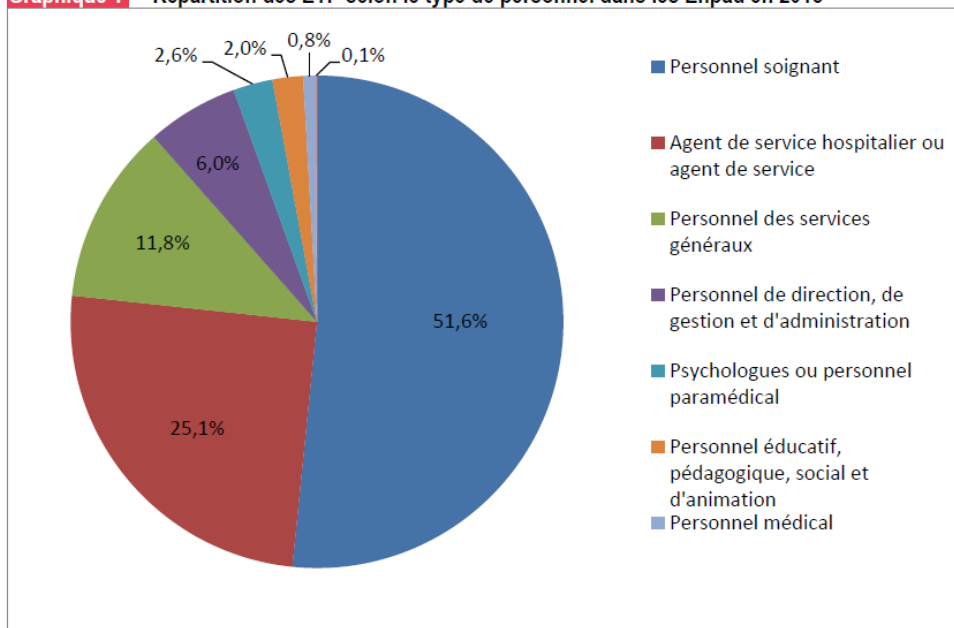
Annexe n°2 : Répartition des affections psychiques liées au travail pour les 13 premiers secteurs concernés par des affections psychiques en 2021 – années 2019, 2020 et 2021

Annexe n°3 : Statistiques sur les affectations psychiques de PEC en AT pour les 13 premiers secteurs à l'origine de 74 % de ces affections en 2021,

Annexe n°4 : Questionnaire soignant en EHPAD

Annexe n°1 : Répartition des ETP selon le type de personnel dans les EHPADs en 2015

Graphique 1 • Répartition des ETP selon le type de personnel dans les Ehpads en 2015



Note > Muller (2017) indique que le personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation représente 9,8 % des ETP du personnel dans les Ehpads car elle a intégré les AMP et les AVS dans cette catégorie. Dans ce Dossier de la DREES, les AMP et les AVS sont considérés parmi le personnel soignant. Le personnel soignant inclut les professionnels en charge des soins au quotidien, c'est-à-dire les AMP, les AVS et les aides-soignants pour les soins de base et les infirmiers pour les soins médico-techniques.

Lecture > Le personnel soignant représente 51,6 % des ETP du personnel dans les Ehpads.

Champ > Les ETP du personnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpads).

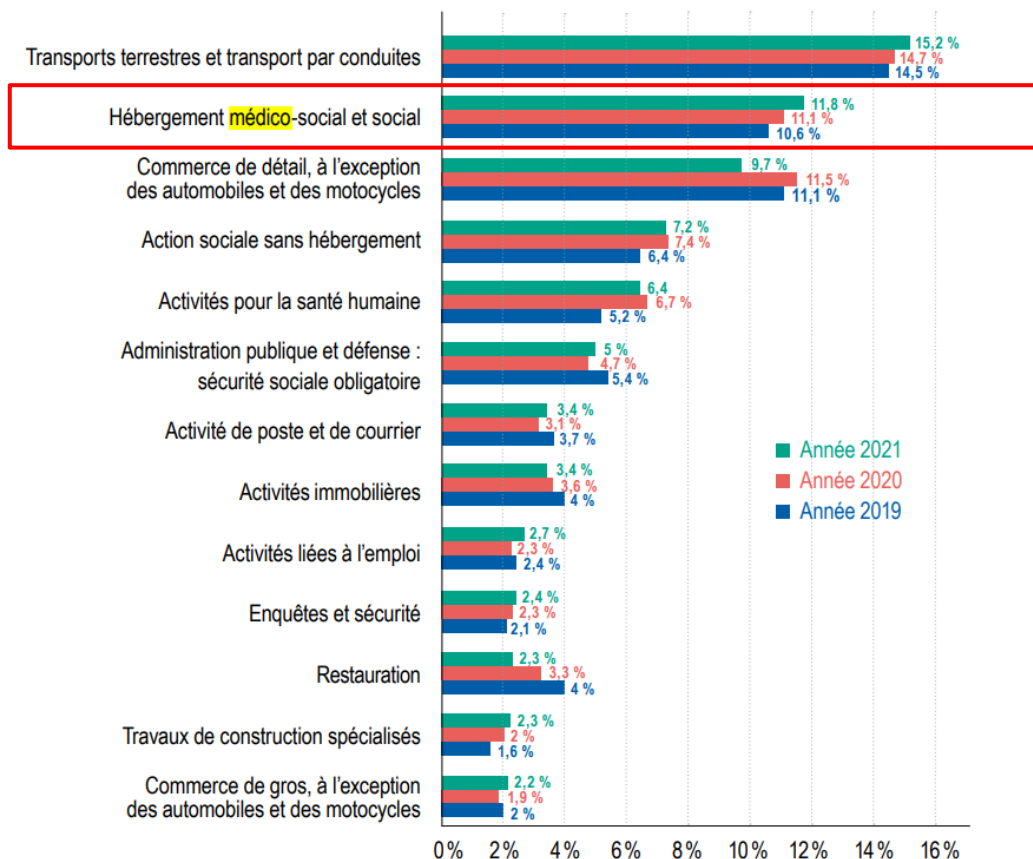
Source > DREES, enquête EHPA 2015.

DREES (décembre 2020), « N°68, le taux d'encadrement dans les EHPADs, ses déterminants et ses alternatives », consulté le 14/04/2023,

Annexe n°2 : Répartition des affections psychiques liées au travail pour les 13 premiers secteurs concernés par des affections psychiques en 2021 – années 2019, 2020 et 2021

Figure 137

Répartition des affections psychiques liées au travail pour les 13 premiers secteurs concernés par des affections psychiques en 2021 – années 2019, 2020 et 2021



AMELI (novembre 2022), « *Rapport annuel 2021 de l'assurance maladie – risques professionnelles novembre 2022* », figure 137, page 190, consulté le 10 juin 2023

Annexe n°3 : Statistiques sur les affectations psychiques de PEC en AT pour les 13 premiers secteurs à l'origine de 74 % de ces affectations en 2021,

Tableau 99
Statistiques sur les affectations psychiques prises en charge en AT pour les 13 premiers secteurs à l'origine de 74 % de ces affectations en 2021

Code NAF 2	Secteurs économiques	Nombre d'affectations psychiques liées au travail	Poids du secteur dans les affectations psychiques	Effectif salarié du secteur	Poids du secteur en nombre de salariés	IF des affectations psy liées au travail
49	Transports terrestres et transport par conduites	1 616	15,2 %	644 618	3,2 %	2,5
87	Hébergement médico-social et social	1 254	11,8 %	522 882	2,6 %	2,4
47	Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles	1 036	9,7 %	1 718 127	8,6 %	0,6
88	Action sociale sans hébergement	772	7,2 %	685 011	3,4 %	1,1
86	Activités pour la santé humaine	686	6,4 %	1 030 401	5,2 %	0,7
84	Administration publique et défense ; Sécurité sociale obligatoire	529	5,0 %	1 190 857	6,0 %	0,4
53	Activités de poste et de courrier	366	3,4 %	127 181	0,6 %	2,9
68	Activités immobilières	364	3,4 %	290 148	1,5 %	1,3
78	Activités liées à l'emploi	286	2,7 %	881 946	4,4 %	0,3
80	Enquêtes et sécurité	256	2,4 %	197 452	1,0 %	1,3
56	Restauration	250	2,3 %	873 649	4,4 %	0,3
43	Travaux de construction spécialisés	240	2,3 %	1 300 580	6,5 %	0,2
46	Commerce de gros, à l'exception des automobiles et des motocycles	230	2,2 %	979 100	4,9 %	0,2
Total des 13 secteurs		7 885	74,0 %	10 441 952	52,3 %	0,8

« le secteur médico-social, qui englobe trois secteurs ... (l'hébergement médico-social et social, l'action sociale sans hébergement et les activités pour la santé humaine), reste le plus concerné par les affectations psychiques il en concentrait 22 % en 2019 et il en concentre un peu plus de 25 % en 2020 et 2021, alors qu'il emploie environ 11 % des salariés. »

AMELI (novembre 2022), « Rapport annuel 2021 de l'assurance maladie – risques professionnelles novembre 2022 », tableau 99, page 191, consulté le 10 juin 2023

Annexe n°4 : Questionnaire soignant en EHPAD

POSTE FIXE / INTERIM / CDD :

1. Pouvez-vous me parler synthétiquement de votre parcours professionnel avant ce poste ?
2. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet EHPAD ? Quelles sont les motivations qui vous ont poussé à travailler ici ?
3. Selon vous quels sont les avantages de travailler en fixe / en intérim ? Pourquoi ?
4. Pouvez-vous me décrire vos conditions de travail en tant que personnel fixe/intérimaire en lien avec l'organisation de travail et l'activité de l'EHPAD ? Avez-vous une certaine flexibilité ? (Horaires, rythme de travail et intensité, temps accordé aux patients., travail en équipe, polyvalence et compétences, formation, soutien de la hiérarchie)
5. Avez-vous rencontré des difficultés à vous intégrer dans l'équipe en tant que jeune soignant ? Y a-t-il un livret d'accueil pour le personnel intérimaire ou vacataire ? Comment s'ont-ils intégrés dans l'équipe ?
6. Comment travaillez-vous en équipe ? Avez-vous des réunions régulières pour discuter des résidents (PAI) ou des projets de l'EHPAD (projet d'établissement, atelier QVT, formations) ? Est-ce que vous percevez un management de proximité ?
7. Percevez-vous des moments compliqués auprès des résidents ? (Tensions, confrontation à la souffrance, maîtrise des émotions)
8. La présence de personnel intérimaire affecte-t-elle votre travail ? Comment ?
9. Êtes-vous impliqué dans la prise de décisions de l'EHPAD ? Avez-vous un certain niveau d'autonomie dans votre travail ?
10. Comment percevez-vous votre qualité de vie au travail dans cet EHPAD ? Avez-vous des suggestions pour l'améliorer ?

Check-list mémoire

(inspiré du M2 MOSMS Rouen)

- ai-je fait émerger **une problématique pertinente** (justifiée, légitimée) répondant à une préoccupation du secteur, énoncée de façon explicite sous forme d'une question ?
- ai-je effectué une conceptualisation creusée **appuyée sur une littérature académique en gestion pertinente et récente** soigneusement choisie (répondant au nombre de références académiques attendu : livres et articles) me permettant de traiter ma problématique ?
- ai-je **décrit l'approche (qualitative/quantitative/mixte)** de la recherche et la **méthodologie de recueil des données** (par entretiens semi-directifs/observation/questionnaire, etc.) ?
- ai-je **présenté les résultats « bruts »** de mon étude (i.e. des verbatims/tableaux synthétiques/ Encadrés des CR d'observations) ?
- ai-je **discuté de façon approfondie mes résultats en les confrontant à ma conceptualisation et selon mon point de vue argumenté** ?
- ai-je **proposé des préconisations concrètes discutées au niveau master** (et non de simples intentions) ?
- ai-je **présenté les limites, les biais et les perspectives de mon étude** (et non celles du stage, mission d'apprentissage) ?
- ai-je vérifié **que les références mentionnées** dans le corps de texte sont **bien présentées** dans la bibliographie ?

PENNA

ROMAIN

SEPTEMBRE 2023

Master 2 AMOS-Paris

Attractivité de la profession infirmière en EHPAD : Promouvoir l'implication des soignants au service de la qualité au travail

Résumé :

Le présent mémoire s'intéresse à un phénomène qui prend de l'ampleur au sein de certains EHPAD, il se consacre à l'étude des raisons qui poussent certaines infirmières nouvellement diplômées vers des postes en intérim au lieu de se tourner vers un poste fixe. En toile de fond, la pandémie de la COVID-19 qui a considérablement précarisé la situation des soignants mais également mis en lumière leurs difficultés du quotidien.

S'appuyant sur une recherche documentaire approfondie, cette investigation, analyse les bouleversements perçus dans la profession infirmière, explore les éléments législatifs et réglementaires qui cadrent les EHPAD, examine le lien entre la fidélisation, l'attractivité et l'implication des soignants, et se penche particulièrement sur les dynamiques de choix de l'intérim.

Au moyen d'entretiens semi-directifs, cette étude se focalise sur un EHPAD à but non lucratif en proie à des difficultés de recrutement. L'analyse des témoignages met en lumière les dysfonctionnements, les défis, ainsi que les problématiques organisationnelles et managériales qui viennent remettre en question la motivation et les valeurs professionnelles de ces soignants

Les recommandations proposées, à l'échelle institutionnelle et individuelle, aspirent à améliorer la qualité de vie au travail des soignants. Ce présent travail, souligne la nécessité de valoriser la profession infirmière en EHPAD, de renforcer la formation autour des compétences managériales, et de promouvoir des pratiques de gestion favorisant l'implication et l'inclusion des soignants, tout en leur permettant le pouvoir d'agir au sein de leurs équipes.

Mots clés :

Attractivité ; Fidélisation ; Implication ; Pouvoir d'agir ; Infirmière ; Intérim ; EHPAD ; Précarité ; Image métier ; Sens au travail ; Dynamique de choix ; Problématique organisationnelle et managériale ; Nouvelles générations ; Inclusion ; Manager de proximité ; Qualité de vie au travail

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.