

LES DOSSIERS DE LA DREES

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

SEPTEMBRE 2016 /// N° 5

Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés

Rémy Marquier,
Thomas Vroylandt
(DREES)

Marie Chenal,
Pierre Jolidon,
Thibaut Laurent,
Clémence Peyrot,
Thomas Straub,
Camille Toldre
(ENEIS Conseil)

Les conditions de travail des soignants d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes changent sous l'effet de l'évolution récente des profils de résidents : amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel, renforcement des exigences de qualification des professionnels et du contrôle qualité, exigence accrue des résidents.

Aux dires des personnels soignants, travailler en EHPAD est difficile, aussi bien physiquement que psychologiquement, et la charge mentale y est importante. L'organisation du travail est souvent en tension et peut être source de dégradations des conditions de travail.

Les professionnels restent toutefois le plus souvent fortement engagés dans leur travail, tant professionnellement que personnellement. Des mécanismes de solidarité sont notamment mis en oeuvre pour pallier certaines difficultés, mais restent fragiles.



SOMMAIRE

LES DOSSIERS DE LA DREES

Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés

Septembre 2016 /// N° 5

> *Rémy Marquier, Thomas Vroylandt (DREES)
Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, Clémence Peyrot,
Thomas Straub, Camille Toldre (ENEIS Conseil)*

Introduction	3
Du domicile à l'institution : une dépendance accrue avec des conséquences sur les conditions de travail	8
Un secteur encore en mutation	10
Des organisations en tension : répondre aux besoins individuels en vivant en collectivité	13
Le casse-tête de la planification au quotidien	16
Une pénibilité à la fois physique et psychique	18
Des métiers marqués par l'engagement professionnel et personnel	20
Le collectif de travail, entre solidarité et concurrence	24
Conclusion	27
Bibliographie	30

Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés

**Rémy Marquier, Thomas Vroylandt (DREES)
Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent,
Clémence Peyrot, Thomas Straub, Camille Toldre
(ENEIS Conseil¹)**

Introduction

Il existe principalement deux possibilités de prise en charge professionnelle des personnes âgées dépendantes : d'un côté, le maintien à domicile et la fourniture d'une aide professionnelle au domicile de la personne âgée, et, de l'autre, l'accueil dans des lieux dédiés, les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), parmi lesquels les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ces structures, au nombre de 8 000² environ, accueillent en France 574 000 personnes³ fin 2011. La prise en charge est assurée par 361 000 professionnels (en équivalent temps plein) : Infirmiers Diplômés d'État (IDE), Aides-soignants (AS), Aides médico-psychologiques (AMP), Auxiliaires de Vie Sociale (AVS), Agents de Service Hospitalier (ASH), ainsi que l'ensemble des personnels non soignants : de hiérarchie, techniciens ou d'administration. Les statuts des établissements sont divers : EHPAD public hospitalier ou non hospitalier, EHPAD privé à but non lucratif (associatif ou mutualiste), EHPAD privé à but lucratif. Les organisations de travail et les modes de fonctionnement sont également très variées.

Au-delà de ces différences, les professionnels font toutefois montre, d'après une enquête qualitative dont le présent *Dossier* analyse les résultats, d'une grande unité. Se dessinent ainsi les contours d'une identité professionnelle forte, construite autour de métiers dont la pénibilité n'est pas dissimulée, mais est souvent dépassée par un engagement individuel et des gratifications multiples (issues de la relation privilégiée aux usagers, aux familles, aux collègues, à l'établissement).

Évoquer les conditions de travail « implique de détacher du travail certains de ses aspects, de convenir que, d'un certain point de vue, ils ne font pas partie du travail, qu'ils en

¹ Travail réalisé dans le cadre d'une enquête financée par la DREES en 2015.

² VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°877, février.

³ VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°899, décembre.

constituent des éléments contingents. [C'est une] opération qui consiste à détacher du reste du travail une caractéristique particulière, pour l'attacher à une souffrance ou à un risque »⁴.

Les conditions dans lesquelles s'effectue le travail ne sont pas neutres et peuvent faire peser un risque sur la santé ou le bien-être des professionnels. Pour autant les soignants gèrent ces risques au quotidien et sont susceptibles de mettre en place des stratégies pour les contourner ou les dépasser. Cette étude explore les conditions de travail des professionnels soignants travaillant dans les EHPAD et cherche à en éclairer les différentes dimensions⁵. À cet effet, cinq dimensions complémentaires de l'activité professionnelle des soignants en EHPAD sont mises en avant : l'organisation du temps de travail (horaires de travail, planification, temps de repos, articulation de la vie personnelle et professionnelle), l'organisation du travail (caractéristiques du travail soignant en termes de charge, de rythme, d'autonomie, de répétitivité, de compétences requises, de relations avec les collègues et la hiérarchie), la pénibilité physique (les risques professionnels auxquels sont exposés les soignants et leur perception ainsi que les actions de prévention), la charge émotionnelle (les relations avec les résidents et leurs proches, la reconnaissance du travail réalisé, le contact de personnes dépendantes, le sentiment d'agir en accord avec ses valeurs personnelles et de réaliser du travail de qualité) et l'avenir professionnel (satisfaction vis-à-vis du métier et du poste ainsi que projection dans l'avenir).

Métier, fonction, poste : une multiplicité d'approches

Distinguer les *métiers* (ou professions) des *fonctions* est utile. Les premiers correspondent à des ensembles de savoirs et de savoir-faire, essentiellement techniques et le plus souvent sanctionnés par un diplôme en vue de l'exercice d'une activité ; les seconds correspondent à l'ensemble des tâches réalisées dans le cadre d'une activité professionnelle. Des glissements s'opèrent toutefois en EHPAD entre les fonctions et les métiers soignants, certains professionnels « faisant fonction » sans pour autant exercer le même métier. Or les métiers soignants font l'objet de définitions réglementaires précises, proposant notamment la liste des actes autorisés par catégories de métiers⁶. Il s'agit d'encadrer la responsabilité des professionnels intervenant auprès de publics caractérisés comme fragiles. À titre d'exemple, le circuit du médicament en EHPAD fait l'objet d'une définition stricte, encadrant les missions des différents types de professionnels : préparation par les infirmiers (IDE), distribution par les aides-soignants sous la supervision des IDE, etc. Les financements des rémunérations des différents professionnels sont en outre affectés à des sections comptables distinctes (hébergement, dépendance, soins). L'arbitrage entre profils de professionnels qualifiés ou non a donc des impacts majeurs sur le budget d'un établissement. La notion de *poste* est complémentaire des deux premières approches (métier et fonction) et correspond à l'ensemble des caractéristiques relatives à l'exercice d'une activité dans le cadre d'une organisation donnée (contenu des tâches, horaires de

⁴ GOLLAC M., VOLKOFF S. et WOLFF L. (2014), *Les conditions de travail*, La Découverte, Repères.

⁵ L'étude est ici uniquement qualitative. Des données quantitatives relatives à l'activité, aux résidents et aux personnels des EHPAD (mais pas sur les conditions de travail), sont disponibles sur le site de la DREES et sur le site www.data.drees.sante.gouv.fr, rubrique Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux\L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

⁶ Ainsi les actes pouvant être réalisés par les infirmiers sont décrits dans le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, dit « décret de compétence ».

travail, relations fonctionnelles et hiérarchiques, etc.). Le contexte dans lequel s'exercent les missions du professionnel est ici important.

Quatre métiers soignants sont placés au cœur de cette étude : infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaire de vie sociale (encadré 1). Par extension les agents de service faisant fonction d'aides-soignants sont intégrés au périmètre de l'étude car intervenant sur des postes et fonctions identiques ou proches (encadré 2).

➤ Encadré 1 • Les métiers soignants en EHPAD

➤ Infirmier Diplômé d'État (IDE)

L'infirmier dispense des soins médicaux afin de maintenir ou restaurer la santé des résidents, en surveillant l'état de santé et coordonnant les soins prodigués, selon les prescriptions médicales (préparation et distribution de médicaments, examen du résident, soins de nature technique : pansements, prise de tension, injections, etc.).

Un diplôme d'État d'infirmier est requis, obtenu après 3 ans en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), accessible par concours, après obtention du baccalauréat. Il s'agit d'un diplôme de niveau III.

En termes de financement, les infirmiers relèvent à 100 % de la section « soins » (annexe 3-2 du Code de l'action sociale et des familles – CASF).

➤ Aide-soignant (AS)

L'aide-soignant réalise des soins liés aux actes de la vie quotidienne, en compensant ainsi un déficit ou une perte d'autonomie de la personne, tout en cherchant le maintien de l'autonomie restante. Ces soins s'inscrivent dans une appréhension globale des besoins de la personne, et notamment relationnels. L'aide-soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier.

Les aides-soignants sont titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant qui se prépare en une année dans un institut de formation d'aides-soignants (IFAS). Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

En termes de financement, les aides-soignants relèvent à 70 % de la section « soins » et à 30 % de la section « dépendance » (annexe 3-2 du CASF).

➤ Aide médico-psychologique (AMP)

L'aide médico-psychologique assure l'accompagnement de personnes dépendantes, handicapées ou âgées, dans un souci de stimulation de l'individu (éveil, communication, échanges, etc.) et d'adaptation de la réponse aux besoins de la personne selon ses désirs. Au sein d'un EHPAD, l'aide médico-psychologique accompagne essentiellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, les assistant également dans les actes de la vie quotidienne.

Le diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP), est accessible sans le baccalauréat et délivré à l'issue d'une formation d'une durée de 12 à 24 mois. Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

En termes de financement, les aides médico-psychologiques relèvent à 70 % de la section « soins » et à 30 % de la section « dépendance » (annexe 3-2 du CASF).

➤ Agent de service hospitalier (ASH)

L'Agent de Service Hospitalier ou Agent de Service a pour fonction de veiller au bien-être des résidents en assurant le confort de leur environnement et ce principalement à travers l'entretien de l'établissement (parties collectives, chambres, lits, ...). Côté des résidents, il peut également être amené à les aider (appui pour boire, aide au lever, ...) ou alerter le personnel compétent en cas de besoin.

Il n'existe pas de formation dédiée.

En termes de financement, les agents de service relèvent à 70 % de la section « hébergement » et à 30 % de la section « dépendance » (annexe 3-2 du CASF).

➤ Auxiliaire de vie sociale (AVS)

L'auxiliaire de vie sociale est un professionnel formé pour accompagner les personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale (personnes âgées, malades ou handicapées) dans les activités de la vie quotidienne et sociale.

Le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est ouvert à tous les candidats âgés d'au moins 18 ans et délivré à l'issue d'une formation d'une durée de 12 mois. Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

La qualification AVS n'est pas reconnue en tant que telle dans le financement des professionnels soignants exerçant en EHPAD. Ils sont, par défaut dans cette étude, rattachés à la catégorie des ASH.

NB : À compter de 2016, un diplôme unique remplace et fusionne les diplômes d'AVS et d'AMP en un « diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) » (Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles et arrêté du 29 janvier 2016

relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social). Les objectifs de ce rapprochement sont pluriels : améliorer la lisibilité de la formation pour ces métiers, simplifier la certification, mais aussi clarifier les missions sur ces postes ou encore renforcer les compétences pour un accompagnement global de la personne. Cette réforme sera effective pour la rentrée de septembre/octobre 2016.

➤ Encadré 2 • Méthodologie de l'étude

L'enquête a été menée de façon qualitative, au moyen d'entretiens individuels et collectifs, avec des soignants travaillant dans 30 EHPAD différents. La sélection de ces établissements a été effectuée de façon à représenter le plus possible la diversité de l'ensemble des établissements métropolitains selon plusieurs critères : la répartition juridique des EHPAD (privés à but lucratif, privés à but non lucratif, publics hospitaliers, publics non hospitaliers), la capacité d'accueil, la situation géographique (urbain ou rural, répartition par département), le positionnement par rapport à la moyenne et à la médiane des GMP (GIR moyen pondéré) et enfin l'adossement à une autre structure et l'existence d'une unité spécifique. Au total, 340 personnes, dont environ 90% de femmes, ont été rencontrées entre les mois de septembre 2015 et de février 2016, au cours d'entretiens individuels ou collectifs.

Si l'organisation-type de la journée d'entretiens était adaptable en fonction de chaque établissement, celle-ci était le plus fréquemment structurée ainsi :

- Entretien avec l'encadrement (1h - 1h30)
 - Tables rondes associant AS, AMP, AVS et éventuellement les ASH sur les thématiques suivantes :
 - Organisation du travail (1h-1h30)
 - Organisation du temps de travail (1h-1h30)
 - Charge émotionnelle (1h-1h30)
- À noter que les thématiques liées à la pénibilité physique et à l'avenir professionnel étaient abordées au cours de chacune des tables rondes.
- Entretiens individuels ou collectifs avec les infirmiers (45 mn par entretien individuel et 1h30 en cas de table ronde)
 - En fonction du temps disponible (ou par téléphone), entretiens individuels avec un professionnel de chaque métier
 - Débriefing avec la direction en fin de journée

Conformément aux principes déontologiques nécessaires à la réalisation de cette étude, les entretiens ont été réalisés dans le respect de la confidentialité des échanges (notamment vis-à-vis du temps de « débriefing » organisé en fin de journée à la direction) et de l'anonymat des personnes rencontrées. Dans ce cadre, les verbatims intégrés au sein du rapport sont tous anonymisés : les prénoms ont été modifiés et l'âge des personnes mentionnées a systématiquement fait l'objet d'ajustements.

Dans certains établissements, les professionnels ayant été rencontrés en entretien étaient volontaires, autant au cours des tables rondes que lors d'entretiens individuels. Néanmoins, face aux contraintes organisationnelles rencontrées par les établissements, la plupart des structures a été contrainte d'associer aux entretiens et tables rondes les personnes en poste ce jour-là, faute de pouvoir mobiliser des professionnels en repos.

Du domicile à l'institution : une dépendance accrue avec des conséquences sur les conditions de travail

Une prise en charge plus tardive pour un niveau de dépendance croissant

Si la généralisation de la prise en charge médicale et l'amélioration générale des conditions de vie permettent de repousser la fin de vie, elles ne garantissent pas pour autant un meilleur maintien de l'autonomie physique et psychique de la personne âgée.

Au cours de la période récente, la réponse apportée par les politiques publiques à la perte d'autonomie des personnes âgées s'est concentrée sur le maintien à domicile, conformément aux souhaits émis par la majorité des personnes concernées⁷ et dans un souci de maîtrise des dépenses publiques. Cela s'est traduit par un développement des différents types de services à la personne, une structuration de ce secteur et un soutien financier affirmé, notamment au travers du versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile. Parallèlement, le coût d'un hébergement en EHPAD constitue un frein pour de nombreuses personnes âgées et leurs familles⁸.

L'entrée en établissement apparaît ainsi comme la dernière étape du parcours de vie, lorsque les possibilités du maintien à domicile sont épuisées. Souvent, elle ne correspond pas à un choix mais plutôt à la conséquence d'autres facteurs : perte de l'aidant, hospitalisation, chute, avancée dans la maladie, etc., et manque généralement de préparation et d'anticipation. En résultent des évolutions importantes en ce qui concerne le public des EHPAD : des usagers plus âgés (80 % des résidents ont 80 ans ou plus en 2011), entrant plus tardivement en institution (84 ans et 9 mois en 2011 contre 83 ans et 10 mois en 2007⁹), caractérisés par un niveau de dépendance plus élevé (la part des GIR 1-4 est passée de 84 % à 89 % entre 2007 et 2011, celle des GIR 1-2 de 51 % à 55 % ; le GMP moyen s'établissant à 700 en 2011 contre 663 en 2007¹⁰).

Du fait de ces changements, les personnels soignants soulignent un alourdissement de leur charge de travail et, par conséquent, une modification de leurs conditions de travail. En effet, les tâches à réaliser dépendent directement du public accueilli et impactent donc les conditions de travail. Si l'accompagnement de personnes âgées dans les gestes de la vie quotidienne a toujours été le cœur du métier soignant en EHPAD, les missions des professionnels se sont au fil du temps davantage concentrées sur des tâches de soin, de *nursing* et d'hygiène de base au détriment, en proportion, de l'accompagnement relationnel, humain et du maintien des capacités. Certains professionnels jugent ainsi leur charge de travail et les cadences plus lourdes du fait d'une proportion plus importante de

⁷ 60 % des Français estiment inenvisageable de vivre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) en 2011, d'après le suivi barométrique de l'opinion des Français sur la santé, la protection sociale, la précarité, la famille et la solidarité de la DREES, janvier 2012, cité dans MARQUIER R. (2013), « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n°47, octobre.

⁸ Avant prise en compte de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), le reste à charge moyen des résidents est de 1 758 € en 2011. Voir FIZZALA A. (2016), « Dépendance des personnes âgées, qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Dossiers de la DREES*, n°1, mars.

⁹ VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°899, décembre.

¹⁰ VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°877, février.

résidents pour lesquels des gestes de soins techniques ou de *nursing* sont requis. Ces mêmes gestes sans cesse réalisés (toilettes au lit, transferts, etc.), mais aussi les efforts de manutention (levées, portés, etc.) inhérents à la perte de mobilité des résidents, entraînent une pénibilité physique prononcée.

La durée de séjour moyenne, stable entre 2007 et 2011, est de 2 ans et demi¹¹. Cela implique pour les professionnels un renouvellement fréquent du public des résidents et un effort d'adaptation récurrent de leur part aux nouveaux arrivants. Il s'agit à chaque fois d'apprendre à connaître de nouvelles personnes et leurs familles, de s'adapter à leurs habitudes de vie et d'élaborer des projets personnalisés. Parallèlement, la prise en charge se spécialise vers un accompagnement à la fin de vie pour de plus en plus de résidents, confrontant les personnels à des décès plus fréquents, avec la charge traumatique que le contact répété avec la mort implique. La pénibilité mentale de ces évolutions est donc également prononcée.

S'adapter aux nouveaux publics et aux nouvelles pathologies

Les changements dans le profil pathologique des personnes accueillies sont importants. D'après l'enquête EHPA de la DREES conduite en 2007, 42 % des résidents en EHPAD¹² ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle, soit environ 240 000 personnes. Par ailleurs, des publics auparavant non représentés dans les établissements tendent à apparaître parmi les résidents : personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes présentant des conduites addictives. Préalablement pris en charge par d'autres institutions ou accédant nouvellement à une espérance de vie accrue, ces publics sont intégrés parmi les résidents sans pour autant bénéficier d'une réponse spécifique en matière d'accompagnement.

La présence de ces publics en établissement est souvent fonction des modalités de sélection à l'entrée retenues par la direction, que celles-ci soient formalisées ou non dans les documents directeurs de l'établissement. Si les EHPAD manifestent tous de prime abord leur souci d'assurer l'adéquation entre le profil des résidents accueillis et les capacités de prise en charge de l'établissement et de son personnel, on observe certaines « stratégies » mises en œuvre vis-à-vis de ces profils spécifiques. Certains établissements font ainsi le choix d'exclure de leur recrutement des personnes dont la pathologie ou la situation de handicap serait susceptible d'entraîner diverses complexités de prise en charge (démence, désorientation, agressivité vis-à-vis des professionnels ou des autres résidents, troubles du comportement, etc.) afin de favoriser la vie en collectif dans l'établissement. Au contraire, d'autres établissements préfèrent favoriser ce type d'admission afin de bénéficier de la reconnaissance financière des tutelles destinée à permettre la prise en charge spécifique de ces publics (valorisation au travers de l'évaluation de l'état pathologique de la personne) ou les acceptent plus aisément lorsqu'ils sont en mesure de proposer une prise en charge qu'ils considèrent comme adaptée.

¹¹ Il s'agit des durées moyennes de séjour des résidents qui ont quitté leur établissement en 2007 et en 2011. Voir à ce titre : VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°899, décembre.

¹² CHAZAL J. (2011), « Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n°22.

Des réponses ont pu être apportées en termes d'organisation afin de permettre un accueil de ces publics dans les meilleures conditions : notamment les unités protégées pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparentées, présentes sous une forme labellisée ou non dans 70 % des établissements visités. Ce n'est néanmoins pas toujours le cas, *a fortiori* pour des profils plus atypiques. De plus la capacité de ces unités n'est souvent pas suffisante pour accueillir l'ensemble des résidents qui en aurait besoin.

Ces changements dans les profils des résidents accueillis en EHPAD entraînent un accroissement de la charge mentale subie par les professionnels soignants, à plus forte raison lorsque ces spécificités ne sont pas prises en compte dans l'organisation de l'établissement ou la formation des personnels. Les difficultés d'exercice liées aux risques occasionnés par la démence notamment, mais aussi par le handicap ou les addictions, sont ainsi clairement identifiées par les professionnels. Quitter l'établissement, se perdre, errer, se blesser ou chuter : la fuite du résident dément est un stress permanent pour le professionnel soignant. La violence, verbale comme physique, est également un risque présent à l'esprit des professionnels, d'autant plus perturbant qu'un mauvais réflexe en réponse à une situation de violence peut être assimilé à une forme de maltraitance. Les échanges limités avec les résidents déments, malgré la possibilité de développer des modes de communication non verbale, sont une difficulté d'exercice spécifique. Qui plus est, le manque de temps est constamment rappelé par les professionnels pour expliquer l'impossibilité d'employer effectivement ces modes alternatifs de communication.

« Il y a de plus en plus de violence. Les coups, c'est terrible, c'est pire que les insultes, parce qu'on est atteint. Un coup de poing dans la figure, on sait qu'on n'a pas le droit de le rendre. Mais c'est très difficile de ne pas réagir. », Brigitte, AMP suite à une reconversion professionnelle, 41 ans, en EHPAD privé à but lucratif, depuis 14 ans.

« L'agressivité, ça se présente, c'est difficile à gérer. C'est en partie l'institution qui génère l'agressivité, et le soignant qui n'est pas à l'écoute. C'est aussi à nous de nous adapter. Mais dans l'ensemble, on n'est pas qualifié pour gérer l'agressivité. », Christine, AS suite à une reconversion professionnelle, 54 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 9 ans.

Concernant les publics très spécifiques (pathologies psychiatriques notamment), les professionnels mettent en avant leur sentiment de ne pas disposer de la formation adéquate pour proposer un accompagnement adapté aux besoins de ces publics et garantir une intégration dans le collectif qui ne soit préjudiciable ni à la personne ni aux autres résidents.

Un secteur encore en mutation

De la maison de retraite à l'EHPAD : une médicalisation en marche

Afin de répondre aux besoins croissants de prise en charge en EHPAD, le secteur a fait l'objet d'une structuration au travers de plusieurs évolutions règlementaires¹³. L'objectif de ces réformes a été d'harmoniser les prises en charge entre établissements, notamment

¹³ Médicalisation progressive des places dans le cadre des conventionnements tripartites à partir de 1997, nouvelles modalités de tarification introduites par le décret n°99-316 du 26 avril 1999, convergence tarifaire introduite en 2008 pour une application en 2009.

pour répondre à l'inégale répartition des ressources entre différents statuts, et de permettre l'évolution des structures en vue d'une meilleure réponse aux besoins : médicalisation, renforcement de la qualité, individualisation de la prise en charge, le tout encadré par une contractualisation avec les tutelles *via* les conventions tripartites (entre les établissements, les agences régionales de santé et les conseils départementaux).

Au cours de ces évolutions, la terminologie « EHPAD » est venue remplacer la traditionnelle « maison de retraite ». Ce changement sémantique est notamment interprété par les professionnels comme le passage d'un lieu de vie à une institution à vocation sanitaire, voire hospitalière, et suscite par conséquent certaines réticences. Cette analyse va de pair avec un sentiment de désenchantement, de détachement de l'individu vis-à-vis d'un fonctionnement qu'il perçoit comme insatisfaisant du point de vue de l'utilisateur comme du sien.

En effet, l'hôpital, à l'inverse de l'établissement d'hébergement, est souvent perçu par les professionnels comme une « machine » inhumaine, impersonnelle, froide. L'hôpital évoque également la prégnance des hiérarchies et de moindres possibilités d'expression. Au contraire, l'EHPAD, aux yeux des professionnels, doit rester un lieu de vie chaleureux, où le résident comme le professionnel sont connus et reconnus. La revendication du caractère « familial » de l'établissement, et des enjeux de protection de cette dimension, est ainsi très fréquente. Elle l'est d'autant plus que l'établissement est de petite taille ou que les professionnels se reconnaissent dans un « historique », voire une « histoire » de l'établissement.

« Ici, c'est familial. La dynamique est positive. On a la confiance des familles. Mais j'ai l'impression qu'on veut nous l'enlever. On va vers de l'hospitalier. Par exemple, la blouse, c'est un bon exemple ça la blouse : c'est l'hôpital la blouse, pas la maison de retraite. », Amélie, AVS sur un poste d'ASH, 31 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 10 ans.

« Je suis venue en EHPAD après avoir passé du temps à l'hôpital, je n'avais pas un réel contact avec les patients. Les soins sont très techniques en réanimation mais finalement on ne connaît jamais les gens. En EHPAD, les résidents et les familles nous connaissent, ils ont besoin de nous. Ils sont déracinés donc ils ont besoin de repères. On est leurs repères. On se sent efficace et utile. », Virginie, IDE, 49 ans, en EHPAD privé à but lucratif depuis 8 ans.

La revendication par les professionnels de la distinction entre prise en charge médico-sociale et sanitaire s'illustre également dans le relativement faible nombre de trajectoires de mobilité professionnelle entre EHPAD et hôpital. Les soignants exerçant en EHPAD peuvent avoir le sentiment que le secteur hospitalier reste rétif à l'idée d'intégrer ou de recruter des soignants issus du médico-social, celui-ci considérant (selon les professionnels d'EHPAD) que les soignants en EHPAD seraient réputés peu techniques ou performants. Face à ces considérations, avérées ou non, les soignants en EHPAD sont nombreux à se défendre de vouloir intégrer un service de soin classique. Là encore, les arguments opposant secteur sanitaire et secteur médico-social sont mobilisés par les professionnels, sans qu'on puisse déterminer s'il s'agit d'une défense face au rejet dont ils seraient l'objet de la part de l'hôpital ou d'un véritable choix.

Ce point est à nuancer pour les infirmiers. En effet compte tenu du contexte concurrentiel de l'exercice infirmier, l'affectation en EHPAD peut être subie plutôt que choisie,

notamment pour un premier poste. Dans ces situations, la mobilité est plus fréquemment souhaitée par les professionnels, notamment les plus jeunes¹⁴.

Un renforcement de la qualification du personnel et du contrôle qualité

La médicalisation de la prise en charge en EHPAD est allée de pair avec l'inscription d'objectifs en matière de qualification du personnel, celle-ci étant garante de la qualité des soins apportés aux usagers fragiles.

Pour autant, si le contenu des tâches de chacune des fonctions représentées en EHPAD est défini avec précision et fait l'objet d'une budgétisation propre, dans une majorité d'établissements, des professionnels titulaires de diplômes différents se voient confier des tâches identiques, voire occupent des postes similaires. Dans la grande majorité des établissements rencontrés, les aides-soignants et les aides médico-psychologiques occupent les mêmes postes et sont « interchangeables » dans l'accompagnement quotidien des résidents. Il s'agit presque toujours d'actes de *nursing*, relevant donc de la catégorie des soins apportés à des personnes fragiles.

Les opinions quant à ces glissements de tâches ne sont pas unanimes. D'un côté ils font l'objet de critiques sous l'angle de la qualité du service rendu à l'utilisateur : le diplôme est ainsi présenté comme le gage d'une compétence dont seraient dépourvus les personnels non diplômés, y compris les plus expérimentés. D'un autre côté, dans d'autres établissements, les glissements de tâches sont revendiqués comme un partage des tâches entre personnels, gage de solidarité et d'entraide. Dans les deux cas, l'iniquité salariale et indemnitaire, ainsi que les enjeux en termes d'âge de départ à la retraite¹⁵, sont soulignés par les personnels sans diplôme, de même que le sentiment de déconsidération institutionnelle dont ils estiment être l'objet.

« C'est inadmissible que l'institution laisse des personnes sans formation auprès des résidents : ça fait prendre des risques à tout le monde ». Emilie, AS, 25 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 2 ans.

« Ici, c'est pas comme dans les autres EHPAD où les ASH ne font pas de soin. Mais c'est historique, parce que les AS se sont battues pour que les ASH continuent à faire du soin. On ne fait pas de différence, l'idée, c'est de s'entraider. Les ASH ne se voient pas faire que du ménage. Et puis on ne pourrait pas faire autrement de toute façon, il n'y a pas assez d'AS. Ça n'a jamais créé de problèmes ici, ça fait de la solidarité. Dans les autres EHPAD, il y a une vraie différence, il y a une hiérarchie, c'est séparé. Le seul souci, c'est que les ASH font le travail d'une AS, sans avoir le salaire. », Juliette, AS, 31 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 9 ans.

Les évolutions réglementaires des dernières années ont également institutionnalisé et généralisé le développement de pratiques de traçabilité des actes de soins et le déploiement de démarches et de procédures Qualité dans les établissements et services médico-sociaux. La loi 2002-2¹⁶ promeut notamment ces orientations, dans l'objectif de garantir les droits de l'utilisateur au moyen de la mise en place d'outils spécifiques. Outre cette

¹⁴ Sur les conditions de travail des infirmiers en milieu hospitalier, voir notamment MICHEAU J. et MOLIÈRE E. : « Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier – Synthèse », *Document de travail série Études et Recherches*, DREES, n°132, novembre.

¹⁵ Certaines catégories de fonctionnaires, dont les aides soignants, les infirmiers de catégorie B et les personnels paramédicaux, dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec les malades, sont dites « actives » et permettent un départ anticipé à la retraite à l'âge de 57 ans au lieu de 62 ans.

¹⁶ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

loi, un nombre croissant de contraintes réglementaires (par exemple : réglementation du circuit du médicament) et de recommandations (notamment de l'agence nationale pour l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux – ANESM –) sont venues encadrer le fonctionnement des établissements afin de garantir l'autonomie de l'utilisateur et la protection de ses droits. Ces évolutions s'accompagnent de changements culturels parfois difficiles à accepter pour les professionnels, notamment pour ceux qui présentent l'ancienneté la plus importante : passage d'une culture de l'oral à une culture de l'écrit et des supports papiers aux supports dématérialisés.

Ces évolutions sont parfois perçues par les professionnels comme inutiles car correspondant à des tâches supplémentaires non consacrées à la prise en charge du résident et donc non essentielles. Par ailleurs, étant introduites à moyens constants, elles sont réalisées en substitution d'autres missions et génèrent de la frustration. Enfin, les objectifs de traçabilité et de qualité sont parfois compris comme un manque de confiance dans le travail réalisé par les professionnels et une remise en question de leurs compétences ou de leur investissement.

« Les démarches qualité viennent juste déculpabiliser les hautes sphères mais en vérité ça sert à rien. », Claire, AS, 44 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 16 ans.

« C'est des changements de société : maintenant on balance sans arrêt la maltraitance, on entend les émissions de télé, ils vont dans les EHPAD, ils mettent des caméras cachées. Les familles sont de plus en plus procédurières, comme aux États-Unis. Avant, les gens étaient plus humbles. On met tellement en avant les chartes, les droits. C'est vrai qu'il y a eu des endroits où il y a eu des débordements, mais là c'est carrément la chasse aux sorcières. », Annie, 47 ans, ASH devenue AS suite à une formation, qualification ASG, en EHPAD public non hospitalier depuis 24 ans.

Des organisations en tension : répondre aux besoins individuels en vivant en collectivité

Le cœur du métier soignant en EHPAD : répondre aux besoins primaires

Le contenu du travail des différents métiers soignants en EHPAD est homogène d'un établissement à l'autre. Il s'agit de répondre aux besoins primaires des résidents à travers l'aide humaine et la dispensation de soins, autrement dit, assister les résidents dans la réalisation des actes de la vie quotidienne : dormir, s'habiller, se nourrir, éliminer, se laver, se déplacer, se soigner, etc.

Ces tâches sont en permanence à renouveler, *a minima* sur une base hebdomadaire pour les douches, jusqu'à plusieurs fois par jour pour les changes et les repas par exemple. En outre, elles contribuent à la mise en place d'une temporalité spécifique au travail soignant. La plupart des tâches ne sont pas interchangeables entre elles et certaines plages horaires leur sont donc réservées, à l'exemple des repas, des levers et des couchers. Le travail soignant se caractérise donc par le caractère répétitif d'une part, et ingrat d'autre part, des tâches réalisées. Il convient à cet égard de noter que les professionnels ne partagent pas le

point de vue selon lequel ils se chargeraient d'un « sale boulot »¹⁷. Comme si la noblesse de l'objectif de la prise en charge (accompagner les personnes âgées, « prendre soin de nos aînés ») prenait le pas sur les actes à réaliser pour y parvenir (faire des toilettes, des transferts, aider au repas).

Au quotidien, le travail s'organise de manière rationalisée, afin d'optimiser l'intervention de chaque professionnel et répondre au défi propre à ce type d'établissement : proposer un accompagnement individualisé dans un contexte de vie en collectivité. La définition des missions de chaque soignant peut ainsi faire l'objet de fiches de poste, mais reste le plus souvent informelle, chacun ayant connaissance des tâches relevant de son poste, de la durée moyenne qui peut y être consacrée et des bornes horaires de sa réalisation. Les professionnels disposent généralement d'une grande autonomie dans la réalisation concrète de leurs missions afin de répondre aux objectifs de personnalisation de la prise en charge (respecter les habitudes de vie de la personne et savoir répondre à un besoin ponctuel qui sortirait de l'ordinaire : organiser un réveil plus tardif après une mauvaise nuit par exemple) et répondre aux urgences et imprévus, sans mettre à mal l'ensemble de l'organisation. En effet, les imprévus sont indissociables du travail auprès des personnes âgées dépendantes, qu'il s'agisse de la survenue d'un incident, d'une dégradation de l'état de santé, d'un besoin inopiné exprimé au moyen d'une sonnette, d'une « bêtise » réalisée par un résident dément, etc. Cela implique que l'ordre dans lequel les tâches sont effectuées et la manière dont elles sont conduites peut être déterminé au jour le jour par chaque professionnel dans le respect des exigences de l'organisation, et autant que possible dans le cadre d'une prise en charge homogène, cohérente et individualisée du résident.

« On sait qu'à 12h tous les résidents doivent être lavés et habillés, et on fait en sorte de respecter ces objectifs. Après, on s'adapte pour gérer les imprévus et respecter autant que possible les besoins des résidents. », Stéphane, 49 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 11 ans.

« On est autonome, ça serait dur de nous formater. Les journées ne se ressemblent pas ». Lucie, AS, 49 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 27 ans.

Cette autonomie est ainsi ressentie comme un gage de confiance (et est souvent présentée comme telle par les encadrants, eux-mêmes peu présents sur le terrain) mais permet également aux professionnels d'être flexibles pour répondre au mieux aux besoins, demandes et imprévus et permet de gommer en partie, aux yeux des professionnels, la dimension répétitive du travail.

La pression de la pendule : le travail sous tension

La principale conséquence des évolutions du public et des modes d'organisation durant la période récente est l'intensification des cadences qui apparaît, sans augmentation importante des moyens, comme la seule possibilité pour effectuer l'ensemble des tâches imparties aux soignants. Il s'agit par ailleurs d'une caractéristique essentielle des conditions de travail des professionnels en EHPAD, comme ils le soulignent unanimement. La plus

¹⁷ Le « dirty work » décrit par la sociologie du travail, notamment E.C. Hughes. Il a notamment été analysé par Anne-Marie Arborio : ARBORIO A.M. (1995), « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, volume 13, n°3.

forte dépendance des résidents contribue à faire réaliser aux professionnels des prises en charge plus lourdes, demandant donc un temps accru, qui ne sont pas compensées par un accroissement des moyens humains. La « pression de la pendule », autrement dit le travail dans l'urgence, est systématiquement mentionnée par les soignants : il s'agit de travailler vite, en ayant en tête la prochaine tâche ou le prochain résident, sans prendre le temps de « bien » travailler mais aussi de s'interroger sur la manière optimale ou adéquate de réaliser tel ou tel acte pour chacun des résidents.

Les multiples interruptions qui jalonnent la journée de travail des soignants contribuent à accroître la perception de cadences élevées. Au-delà des urgences, les sonnettes, souvent détournées de leur objectif premier (répondre à l'urgence) sont sources d'agacement du fait d'une utilisation parfois abusive de la part des résidents. Ces interruptions, couplées à l'augmentation de la charge de travail globale par soignant, alimentent le sentiment d'être insuffisamment disponible pour les résidents, constituant une source de frustration supplémentaire pour les équipes.

La notion de « travail empêché »¹⁸, définie comme un travail qui ne peut être mené à bien du fait des contraintes de l'organisation permet de restituer ce ressenti des professionnels. Chez les professionnels en EHPAD, cela peut se traduire par le sentiment d'aller contre ses propres valeurs professionnelles et personnelles, notamment celles qui les ont conduits à exercer ce métier en institution, comme le fait de donner du sens aux soins apportés aux résidents (prendre le temps d'être aux côtés de l'utilisateur, être disponible, rassurer, maintenir l'autonomie, etc.), afin de tenir les exigences de travail réelles.

Face à l'objectif de maintien voire de développement de l'autonomie des résidents, les professionnels témoignent fréquemment de leur sentiment d'échec et d'impuissance. Ils constatent la perte d'autonomie progressive ou subite des usagers, d'autant plus que celle-ci est parfois pointée du doigt par leurs proches. Face à cet échec, les professionnels ressentent une culpabilité qui les touche personnellement. En effet, si c'est d'abord l'organisation collective qui est identifiée comme responsable du fait d'un accompagnement individuel réduit au profit de l'accompagnement collectif, les professionnels se sentent eux aussi coupables dans la mesure où ils ont le sentiment d'être susceptibles de contribuer, par mauvaise organisation personnelle (qu'elle soit réelle ou ressentie), par efficacité insuffisante ou par attention restreinte, à la dégradation de l'autonomie du résident. L'objectif de maintien de l'autonomie des résidents, couplé aux moyens contraints et à une certaine pression sur les conditions de travail des soignants se constitue en injonction paradoxale, contribuant d'autant plus à dégrader la perception qu'ont les professionnels de leurs conditions de travail.

La critique se reporte alors sur les « politiques » chargés de l'organisation et du financement du secteur médico-social. Les soignants ont en partie le sentiment d'être une variable d'ajustement sans valeur, « des pions » placés en première ligne face à des objectifs qu'ils ne sont pas en capacité de remplir et des institutions qui, de leur point de vue, entretiennent leur méconnaissance de la réalité de terrain. Sommés d'être

¹⁸ Johann Petit et Bernard Dugué, « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 15-2 | 2013, <http://pistes.revues.org/3419>

bientraitants, ils en viennent régulièrement à parler de maltraitance, même passive, à l'égard des résidents.

« On a le sentiment de ne pas avoir le temps et la possibilité de bien faire les choses. C'est autant frustrant que décourageant. Les résidents se rendent bien compte du stress et du manque de temps qu'on a à leur consacrer, ce qui détériore parfois la relation qu'on a avec eux ». Marine, 28 ans, AS, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 4 ans.

« On est maltraitant : on refuse des mises aux toilettes ! Ça pèse sur nos épaules mais c'est pas qu'on veut pas, c'est qu'on peut pas », Lucie, AS, 49 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 27 ans.

Enfin, conséquence de la répétition des tâches et des cadences soutenues perçues par les professionnels, les soignants mobilisent régulièrement le champ lexical de l'industrie, de l'usine ou encore de la machine pour décrire leurs conditions de travail. Les métaphores mobilisées assimilent le professionnel à un robot ou une machine, le résident à un objet et l'établissement à une usine où l'on travaille à la chaîne. La mobilisation d'un tel vocabulaire renvoie à différents risques en ce qui concerne l'évolution des conditions de travail, la déshumanisation du résident qui entraîne une moindre attention portée à la qualité et la personnalisation de la prise en charge, un moindre investissement du professionnel et une perte de sens du travail. Les professionnels disent se battre contre cette évolution, mais y être poussés malgré eux.

« On essaye de faire notre travail du mieux qu'on peut mais quelque part on est devenu des machines » Mégane, AS, 30 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 4 ans.

Le casse-tête de la planification au quotidien

Articuler vie personnelle et vie professionnelle au regard des modèles d'organisation du temps de travail

L'organisation du temps de travail en EHPAD répond à une multiplicité de critères (temps de travail individuel, horaires de travail, roulement, affectation par équipe ou service) et l'hétérogénéité est forte entre les établissements. Plus encore, au sein d'un même établissement, les équipes peuvent avoir des horaires distincts selon les métiers (IDE / AS / ASH) mais également pour un même métier (horaires différenciés selon les AS par exemple). Enfin, l'ensemble de ces organisations coexistent dans une majorité d'établissements et les professionnels peuvent individuellement connaître 4 ou 5 types d'horaires différents dans le cadre de leur roulement si celui-ci est organisé sur plusieurs semaines.

Ces organisations du travail sont source de fatigue. Les métiers soignants sont unanimement décrits par les professionnels comme générateurs d'une fatigue à la fois physique et psychologique. Certaines organisations accroissent par ailleurs encore la charge de fatigue du fait de la difficulté à accéder à des temps de repos suffisants (roulement ne permettant qu'un seul jour de repos par semaine pour les professionnels travaillant en 7h ou en 7h30 par jour), de l'alternance jour-nuit (en vigueur dans une minorité d'établissements) ou encore d'une amplitude horaire importante (journées de travail en 12h continues ou journées de travail « coupées »).

« Je commence tous les matins à 7h et finis le soir à 20h30, avec une coupure l'après-midi de près de 4 heures. J'habite à 40km, ça représente des frais d'essence élevés et je n'arrive pas à me reposer ». Dominique, 56 ans, AS, en EHPAD privé à but lucratif depuis 3 ans dans l'établissement.

Certains établissements ont évolué récemment vers une amplitude horaire de 12 heures pour les soignants. Souvent plébiscitée par les professionnels, car elle permet d'articuler plus facilement vie personnelle et vie professionnelle à travers l'accès à des temps de repos plus importants (généralement 2 jours de repos après 2 ou 3 jours de travail), elle représente toutefois une fatigue journalière plus forte, notamment lorsque le professionnel est amené à travailler 3 jours consécutifs 12 heures d'affilée. La troisième journée consécutive travaillée en 12 heures est alors marquée par la fatigue, l'irritabilité et la difficulté à maintenir son attention, d'où un risque d'erreur accru. Le travail en 12 heures implique de réaliser des tâches pénibles et difficiles plusieurs fois par jour, par exemple les levers et les couchers. Si les plus jeunes professionnels, avec des enfants en bas âge et une meilleure condition physique, préfèrent généralement travailler en 12 heures, les plus anciens estiment ne pas pouvoir tenir le rythme et préfèrent travailler plus régulièrement mais pendant un nombre d'heures consécutives limité.

La question de l'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle représente également un enjeu important pour les professionnels des EHPAD du fait des horaires décalés, des plannings irréguliers, du travail le week-end ou la nuit, etc. Le décalage fréquent vis-à-vis de la société dans son ensemble et de la famille en particulier constitue une source de difficulté et d'épuisement pour les professionnels, même si certains avantages imprévus peuvent être repérés (plages horaires favorables aux démarches administratives, RDV médicaux, etc.). En pratique, les établissements s'attachent à laisser une importante marge de manœuvre pour permettre aux équipes de favoriser cette conciliation. Cela se matérialise d'une part par une recherche de stabilité et d'anticipation dans la communication des plannings et d'autre part par une importante flexibilité laissée aux professionnels pour réaliser des échanges de planning ou encore pour respecter, dans la mesure du possible, les demandes de RTT ou de congés annuels.

Absentéisme et remplacement : le risque de la désorganisation

L'absentéisme¹⁹ est un facteur important pour l'encadrement et l'organisation des équipes. Il est perçu comme relativement important au regard d'autres secteurs, que ce soit du fait d'accidents du travail ou pour raisons de santé. Or, dans une perspective de continuité de service, la prise en charge du résident ne doit pas être interrompue. Le planning doit donc être revu pour remplacer l'absent (en mobilisant des remplaçants contractuels ou intérimaires ou en rappelant un professionnel en repos) ou l'établissement passe en fonctionnement dit « dégradé » (équivalent à un fonctionnement en effectif restreint).

Les politiques de remplacement des professionnels absents mises en place par les établissements vont donc constituer une variable majeure de la qualité des conditions de

¹⁹ À l'heure actuelle, peu de données relatives à l'absentéisme en EHPAD sont disponibles. Néanmoins, d'après le baromètre de l'absentéisme réalisé par le cabinet de consultant Alma CG, il apparaît, sur la base d'un échantillon d'entreprises, que le taux d'absentéisme pour raisons de santé moyen en EHPAD serait 1,3 fois plus important que la moyenne constatée dans le secteur de la santé, et que l'indice de fréquence des accidents du travail serait deux fois supérieur à la moyenne nationale toutes activités confondues.

travail. Celles-ci restent néanmoins contraintes par une multiplicité de facteurs, au premier rang desquelles les ressources financières disponibles.

Certains professionnels mentionnent notamment la crainte permanente d'être « rappelés » pour remplacer les collègues, notamment le week-end (sentiment « d'être constamment en alerte »). Si la propension d'un établissement à rappeler ses professionnels au cours de leur repos est très variable (de très rare à très récurrent), les rappels sur repos sont dotés d'une forte charge symbolique pour les professionnels, qui y voient une source de stress supplémentaire, alimentant en outre le sentiment de surinvestir son travail.

« Quand je vois que c'est le travail qui m'appelle, je ne réponds plus, mais ils nous harcèlent véritablement, parfois toute la journée », Pascale, AS, 48 ans, en EHPAD public hospitalier depuis 24 ans.

De plus, les mécanismes de solidarité collective au sein des équipes présentent le risque de s'amoinrir en cas d'absentéisme récurrent d'un collègue, pointé du doigt et potentiellement marginalisé face à une récurrence du risque de report de charge sur le reste du collectif de travail.

Une pénibilité à la fois physique et psychique

La charge physique : le difficile passage de la prise de conscience des risques professionnels à l'action préventive

Le travail soignant en EHPAD est caractérisé par de nombreuses contraintes d'ordre physique, parmi lesquelles la station debout prolongée, la manutention de personnes, les mouvements répétitifs, les déplacements, les postures inconfortables, etc.

Pour autant, une majorité de ces risques sont ressentis par les équipes comme étant inévitables, « faisant partie du métier ». Ce constat est plus nuancé pour les jeunes professionnels (moins de 30 ans), davantage sensibilisés aux enjeux liés aux risques professionnels pouvant peser sur leur santé, sans que cela n'entraîne d'effets visibles sur leurs pratiques professionnelles ou leurs souhaits d'évolution.

« Avoir mal au dos, ça fait partie du métier », Martine, 58 ans, ASH, en EHPAD public hospitalier depuis 8 ans.

La peur de se blesser au travail est néanmoins présente dans l'esprit des équipes soignantes et renforcée chez les professionnels présentant un risque d'inaptitude à l'exercice de leur métier. Des situations d'inaptitude (partielles ou totales) existent ainsi dans les établissements, mobilisant des réponses diverses : aménagement de poste, reconversion professionnelle mais aussi sortie de l'emploi (licenciement pour inaptitude ou retraite pour invalidité).

Les enjeux de pénibilité physique et de prévention des risques professionnels sont généralement traités au niveau institutionnel (notamment le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels – DUERP –, etc.), et les directions semblent associer de plus en plus les équipes soignantes à ces réflexions : à la fois dans l'élaboration des politiques de prévention des risques professionnels et dans leur mise en œuvre. Néanmoins, ces politiques restent encore aujourd'hui peu visibles pour les professionnels,

qui y prennent trop rarement part (si des professionnels doivent être associés, il s'agit majoritairement des représentants du personnel) et qui identifient peu les impacts sur leurs conditions de travail (en dehors des acquisitions matérielles).

Si le matériel et les bonnes pratiques ergonomiques sont relativement inégaux d'un établissement à l'autre, la réponse apportée à la pénibilité physique est importante aux yeux des professionnels. Ces derniers accueillent favorablement l'achat régulier de matériel mais évoquent parfois la difficulté de l'utiliser (individuellement ou en binôme) par manque de temps ou de disponibilité (matériel en quantité limitée ou stocké à des endroits spécifiques), face à des contraintes bâtementaires (passages de porte étroits par exemple) ou des réticences de la part des usagers. La mécanisation du travail est également évoquée à cet égard : l'utilisation du matériel « déshumaniserait » davantage encore la relation au résident.

Par ailleurs, l'usage du matériel n'est pas évident au quotidien pour le personnel. Aussi, les formations de prise en main des matériels ont un impact positif pendant un temps relativement court, puis les réflexes quotidiens (relever la personne seul, au lieu de prendre le temps d'utiliser le matériel par exemple) reprennent le dessus. L'encadrement se sent parfois démuni face à l'incapacité de créer le réflexe d'utilisation de certains matériels.

L'impact du bâti est également prépondérant sur les organisations de travail et constitue un facteur du niveau de charge physique à laquelle sont confrontés les professionnels soignants en EHPAD. En effet, les locaux et la contrainte bâtementaire de l'établissement constituent une variable pouvant avoir des conséquences opérationnelles directes pour les professionnels. Par exemple, des chambres mal adaptées à la prise en charge du public dépendant auront un effet sur le temps de travail des professionnels qui mettent plus de temps à effectuer les actes au sein des chambres, mais également la qualité du travail effectué (douches moins systématiques notamment). De plus, des locaux peu adaptés pourront engendrer des pertes de temps liées aux distances à parcourir (en cas d'organisation pavillonnaire par exemple) pour les transferts des résidents ou les réponses aux sonnettes (appels des résidents). De manière générale, plus la structure sera ancienne, plus la contrainte bâtementaire s'exercera sur les conditions de travail – sauf rénovation ou adaptation de grande ampleur du bâti.

Si les établissements sont de moins en moins vétustes, ils sont souvent décrits comme « peu pratiques » par les professionnels et générant des facteurs de pénibilité supplémentaire (escaliers, chambres petites, franchissements de porte non adaptés aux fauteuils roulants, etc.). Il s'agit d'une préoccupation qui reste cependant mineure et rarement évoquée spontanément par les professionnels. Ce constat est néanmoins à nuancer lorsque le bâti génère de l'isolement pour une équipe ou une unité, ce qui est parfois le cas pour les unités de vie protégée.

Une charge mentale prononcée et protéiforme

La charge mentale à laquelle sont soumis les professionnels en EHPAD est importante : on peut notamment souligner les enjeux en termes de stress, de relations conflictuelles avec

les usagers et leurs proches et de confrontation à des situations douloureuses ou éprouvantes.

En premier lieu, les situations de stress rencontrées par les équipes sont, aux dires des soignants rencontrés, de plus en plus récurrentes. Le travail soignant en EHPAD est ainsi caractérisé par un grand nombre de situations générant de l'anxiété, parmi lesquelles on retient notamment l'intervention auprès de personnes âgées et fragilisées (imprévus y compris à caractère vital, gestion des chutes, des douleurs et des fins de vie, sentiment d'impuissance et de culpabilité, risques de violences verbales et physiques, etc.) et l'exercice dans un cadre institutionnel fortement contraint (conflits de valeur vis-à-vis de l'institution, surcharge de travail, demandes contradictoires, impossibilité de faire son travail dans le temps imparti, travail en effectif restreint, etc.).

Ensuite, les situations de conflit sont particulièrement présentes dans le cadre des relations avec les proches et les familles. Les familles renvoient une charge de culpabilité liée à l'institutionnalisation que les équipes ont parfois du mal à gérer. À cet égard, certains auteurs « parlent d'une « idéologie du maintien à domicile », notamment au vu de la culpabilité exprimée par les proches contraints de recourir à une institution, perçue comme une privation de liberté. [...] La crainte de la maltraitance en établissement, dont l'ampleur est encore mal mesurée, ou encore de l'isolement, pourrait également contribuer à l'expliquer »²⁰. Par ailleurs, les familles et proches font preuve d'un niveau d'exigence élevé, autant vis-à-vis de la qualité de l'hôtellerie, que de l'accompagnement relationnel ou du maintien des capacités, au regard d'un coût financier perçu comme onéreux. Néanmoins, si cela apparaît comme l'une des principales sources de difficulté, les professionnels indiquent que le nombre de familles concernées reste minoritaire.

Enfin, il existe un risque fort d'« effet miroir » chez les professionnels d'EHPAD, correspondant à la projection (pour ses proches comme pour soi-même) dans le vieillissement, la perte d'autonomie et la mort. La gestion des fins de vie est notamment complexe à appréhender pour les professionnels soignants, qui apparaissent parfois démunis face à la gestion du décès (connaître la marche à suivre, poursuivre son activité) et au deuil à conduire (attachement au résident, accompagnement de l'équipe et des autres résidents). Malgré des formations régulières sur la prise en charge de la fin de vie et l'opportunité dans certains établissements de faire intervenir une équipe mobile de soins palliatifs, les fins de vie et les décès demeurent difficiles à vivre.

Des métiers marqués par l'engagement professionnel et personnel

Des métiers de vocation ?

Deux raisons sont souvent mises en avant par les soignants pour justifier de leur orientation professionnelle : la vocation et le choix.

²⁰ GROBON S. (2014), « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n°57, décembre.

En premier lieu, le registre de la vocation renvoie à ce qui s'impose à l'individu, en raison de sa nature ou de son destin et se traduit par des paroles du type : « je suis fait pour ça ». Les professionnels des EHPAD présenteraient donc une inclination spontanée pour le type d'activités auxquelles ils se consacrent au quotidien. L'éthique est fortement imbriquée dans cette notion, qui renvoie aux valeurs de l'individu, à l'engagement personnel dans l'activité et à la fidélité à cet engagement, à la définition de soi au moment d'endosser l'identité professionnelle véhiculée par le métier.

Ensuite vient le choix qui se traduit par : « j'ai choisi ce métier ». Il s'agit là d'un mouvement délibéré de la personne, qui suppose un investissement personnel fort, de moyen ou long terme, mais dont le caractère contraignant est moins prononcé que dans le registre vocationnel.

Certains professionnels s'inscrivent à rebours de ces arguments et soulignent le caractère aléatoire de leur arrivée en EHPAD : souvent sans diplôme, généralement caractérisés par une faible mobilité (notamment dans les zones rurales), dans un contexte de rareté des opportunités professionnelles, ils ont accepté un poste d'agent de service en établissement par défaut. Alors qu'ils n'envisagent pas de prime abord de rester au-delà d'un remplacement ou de faire carrière, certains découvrent avec surprise un métier ou un contexte de travail qu'ils apprécient et ne souhaitent plus quitter.

Quelles que soient les raisons de leur orientation professionnelle, par convention sociale ou par conviction, une grande majorité des professionnels rencontrés en entretien affirment aimer leur métier. Il semble que l'attachement des professionnels est d'abord dirigé vers la signification et la place qu'occupe leur métier dans la collectivité : il s'agit de prendre soin, d'apporter du bien-être, de soulager des personnes fragiles. Parmi les tâches effectivement réalisées et mises en avant se trouvent les pratiques d'accompagnement (discussion, échange) et de stimulation, tandis que les réponses apportées aux besoins du quotidien (alimentation, hygiène, repos) ne sont évoquées que lorsqu'elles permettent un moment de convivialité avec le résident.

Pour autant, il ne faudrait pas en déduire que les activités réelles sont mises à distance ou dissimulées. Elles peuvent au contraire faire l'objet d'une revendication par les professionnels, justement en raison de leur caractère difficile ou ingrat. Une catégorisation des personnels en deux est souvent évoquée par les professionnels : ceux qui peuvent et ceux qui ne peuvent pas travailler en EHPAD. Dans la seconde catégorie, se trouvent les professionnels exerçant ce métier de manière temporaire (remplaçants, contractuels, stagiaires), ou encore ceux qui ont exercé par le passé puis ont quitté la profession, qui peuvent parfois être décrits par leurs anciens collègues comme « n'étant pas faits pour ça ».

Chez les personnes exerçant effectivement en EHPAD au moment de l'enquête, on ne saurait néanmoins évacuer la possibilité d'une reconstruction *a posteriori* de leur parcours, qu'il s'agisse du choix initial du métier et du choix actuel de s'y maintenir. Autrement dit, l'absence de choix pourrait être plus fréquente et être déguisée en vocation afin de justifier une carrière dans un secteur peu valorisé.

L'accompagnement des résidents, entre gratification et frustration

La vision de leur métier par les professionnels est très positive, ce qui contraste avec le manque de reconnaissance perçue de la part du public d'une part, et avec la pénibilité qui caractérise ces métiers d'autre part.

Les discours s'articulent davantage autour de l'évocation des diverses finalités du métier plutôt que des tâches réalisées au quotidien. Le vocabulaire mobilisé renvoie notamment à la noblesse de la tâche (il s'agit de se mettre au service d'un public fragile pour lui assurer des conditions de vie de qualité et lui permettre de maintenir sa dignité – plus encore, les personnes âgées peuvent être décrites comme un public de valeur, injustement négligé par la société : les « anciens ») et son utilité (il s'agit de répondre à des besoins vitaux en soulageant les personnes lorsque celles-ci ne peuvent plus vivre seules, et leurs proches qui ne sont pas en capacité d'assurer l'accompagnement nécessaire).

« J'ai toujours voulu travailler auprès des personnes âgées, c'est ce qui m'a amené à travailler ici. Les résidents nous apprennent beaucoup de choses au quotidien, ils ont un vécu et une histoire ». Julie, 34 ans, AS, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 10 ans.

« Les relations sont de qualité avec les résidents, c'est ça qui nous sauve. Les familles elles-mêmes nous disent « merci pour votre travail, je sais que vous le sauvez ». Dans les soins qu'on apporte, la priorité c'est le patient. On est content d'apporter aux résidents une utilité, une aide, un savoir-faire. ». Anne, 32 ans, IDE, en EHPAD privé à but lucratif depuis 5 ans.

Ce discours participe d'un processus de légitimation des métiers soignants en EHPAD, face au manque de reconnaissance et au découragement dû à des conditions de travail difficiles.

Des conflits de valeurs sur les prescriptions peuvent émerger entre les différents acteurs de la prise en charge des personnes âgées (tutelles, directions, professionnels, résidents et famille), notamment autour de certaines questions : comment définir ce que serait un accompagnement adapté à une personne en perte d'autonomie, dans l'absolu et au regard des contraintes qui leur sont imposées ? Quels aspects de l'accompagnement prioriser ?

Ces problématiques se posent ainsi de manière prégnante au sein d'une majorité d'établissements, notamment lorsque l'organisation institutionnelle présente un caractère rigide impactant la capacité des équipes à s'adapter aux rythmes de vie des résidents. La question des moyens contraints fait pleinement partie de cet enjeu, et concerne l'ensemble des catégories d'EHPAD. Les logiques de rentabilité et de productivité qu'on attendrait dans les établissements à but lucratif, et dans une moindre mesure au sein des établissements relevant d'autres statuts, sont ainsi décrites et critiquées par l'ensemble des professionnels rencontrés, qui se voient d'une part opposer l'absence de moyens disponibles (pour accroître les effectifs, organiser des activités, acquérir du matériel, etc.) et d'autre part reprocher le coût financier que représente l'institutionnalisation pour les résidents et leurs proches.

Les échanges avec les résidents sont appréciés par les professionnels alors même que le temps consacré à ces activités, jugées non prioritaires comparativement aux tâches soignantes, est réduit. Ils se sentent généralement valorisés lorsqu'ils ont l'occasion non seulement de « soigner » mais aussi de « prendre soin ». Ces interactions avec les résidents, susceptibles de renforcer le sens du travail et la motivation des professionnels,

peuvent néanmoins être sources de frustration lorsque les relations entre acteurs et bénéficiaires de la prise en charge se détériorent.

Les professionnels peuvent ainsi être amenés à déplorer que la relation se dégrade car l'accompagnement proposé aux usagers est « de moins bonne qualité ». Ils indiquent que la dégradation est principalement liée à la qualité de leur propre travail, ou du moins aux conditions contraintes dans lesquelles ils exercent, et elle prend principalement la forme d'une adaptation du résident au soignant, en ce qu'il incarne des horaires, des règles, une organisation, et non l'inverse pourtant prôné par la réglementation sur la qualité des établissements.

« C'est souvent un métier de vocation pour être au plus près des personnes âgées, mais il est dégradé par la conjoncture actuelle. On a du mal à retrouver le sens et les valeurs de notre métier : on perd nos repères ! ».
Gisèle, AS, 51 ans, en EHPAD privé à but non lucratif depuis 7 ans.

Au-delà des problématiques propres aux relations avec des résidents présentant des maladies neurodégénératives ou des démences, les difficultés se cristallisent autour de la figure de « l'usager-consommateur », dont les exigences sont décrites comme incompatibles avec la vie en collectivité et l'organisation du travail que celle-ci suppose. Ce constat est valable dans tous les établissements visités, quel que soit leur statut juridique. « L'usager-consommateur » est principalement décrit par son usage intempestif des sonnettes, perçues comme dispositif d'appel plutôt que comme signal d'urgence, ou encore par son manque de mobilisation personnelle pour aider le professionnel dans les actes quotidiens (transferts, toilettes, etc.). L'extrême sensibilité des professionnels vis-à-vis de ce type de comportement semble signaler une tension sous-jacente plus problématique que les enjeux d'organisation ou de pénibilité physique. Deux hypothèses peuvent être avancées ici pour essayer de comprendre ce qui choque si profondément les personnels : 1) le désenchantement entraîné par le constat du peu de réciprocité face à un engagement personnel perçu comme très lourd, 2) le malaise face au prosaïsme de l'échange économique habituellement dissimulé sous le dévouement de la prise en charge soignante.

« Les résidents disent je paie, j'ai droit. Qu'est-ce qu'on peut répondre ? ». Marie, 33 ans, AS, en EHPAD public non hospitalier depuis 5 ans.

A *contrario*, la dimension émotionnelle de l'attachement aux résidents constitue une gratification majeure pour les professionnels exerçant en EHPAD. Des relations de tendresse et d'affection sont ainsi fréquemment décrites. Ces témoignages s'accompagnent fréquemment d'une réflexion sur les risques liés à cette dimension affective. Les équipes soignantes mentionnent systématiquement la nécessité de distancier les relations avec les résidents, afin de limiter le sentiment d'attachement, mais aussi la difficulté à prendre du recul : « *il ne faudrait pas, et pourtant, on ne peut pas s'en empêcher* ». Le principe de l'équité du traitement proposé aux résidents est fortement intégré par les professionnels de même que les risques encourus par les professionnels qui ne parviendraient pas à maintenir une distance émotionnelle suffisante avec certains résidents. S'attacher signifie aussi s'inquiéter lorsque la personne est souffrante, souffrir au moment de son décès, etc. Cela signifie également que la frontière entre vie personnelle, à laquelle serait rattachée ce type d'émotions, et vie professionnelle est poreuse, et que la

charge mentale liées aux problématiques de travail continue à peser en dehors du temps de travail.

Pour se protéger, les professionnels disent ainsi devoir se construire une « carapace », qui parfois pousse au désinvestissement professionnel, et ne permet plus alors de s'épanouir dans son travail et d'être un « bon professionnel ».

Le collectif de travail, entre solidarité et concurrence

La répartition des tâches et la solidarité au sein des équipes soignantes

Le travail soignant en EHPAD est un travail collectif, ce qui implique des conséquences sur plusieurs dimensions complémentaires : la constitution en équipe de travail, la répartition et le partage des tâches au sein du collectif de travail et les pratiques de solidarité.

La définition d'équipes de travail affectées à des secteurs déterminés constitue le dénominateur commun aux organisations du travail en EHPAD. Au-delà, chaque établissement se distingue par une organisation qui lui est propre, ensuite caractérisée par des horaires, un roulement, des taux d'encadrement, des taux de qualification, etc.

La répartition et le partage des tâches constituent des enjeux propres au travail collectif et se jouent à plusieurs niveaux. L'organisation du travail peut ainsi être formelle (référentiels de compétences, fiches de poste) ou informelle (répartition de fait des tâches dans l'équipe). Il s'agit d'abord de clarifier les périmètres d'intervention des différentes catégories de personnel :

- Des référentiels de compétences sont définis à l'échelle nationale et permettent de déterminer avec précision les tâches que chaque catégorie de professionnel peut assurer. Pour autant, comme nous l'avons vu, ces prescriptions ne sont que partiellement respectées par les établissements, qui continuent de faire intervenir des professionnels non qualifiés sur des tâches relevant théoriquement d'une qualification *ad hoc*.
- Des fiches de poste sont parfois élaborées par les structures afin de formaliser la nature des tâches confiées à chaque professionnel et les modalités de réalisation de ces tâches. Ce travail de formalisation est néanmoins minoritaire dans les établissements visités.

Ensuite vient la répartition des tâches entre les professionnels d'une même équipe, souvent informelle. Elle repose d'une part sur la communication verbale entre les membres d'équipe, qu'elle intervienne au fil de la journée de travail ou lors de moments dédiés (transmissions, réunions d'équipe) ou spécifiques (pauses) et d'autre part souvent sur des réflexes ou des ajustements « naturels », sans avoir besoin d'être explicitée par le collectif de travail ou par l'encadrement.

L'équité dans la prise en charge des tâches pénibles ou gratifiantes (par exemple le partage des toilettes difficiles, réalisées à tour de rôle) et la répartition selon les goûts et

appétences des professionnels, sous réserve de réciprocité, sont aux fondements de ce partage et entraînent un échange de tâches informel entre collègues.

Plus encore, la solidarité est revendiquée par les professionnels comme l'un des piliers de leur manière de travailler. À cet égard, les discours se font alarmistes du fait de la diminution observée des pratiques de solidarité. La cause en est imputée à la dégradation des conditions de travail et aux cadences, trop importantes pour dégager du temps et venir en soutien aux collègues, les professionnels eux-mêmes en difficulté ayant tendance à se protéger.

La force du collectif de travail est pour beaucoup une variable importante dans la qualité du service rendu au résident, qui est elle-même directement reliée aux conditions de travail. Les professionnels y sont donc particulièrement attachés. La constitution d'équipes ne garantit pas pour autant un fonctionnement collectif efficient, au sein duquel le collectif de travail dépasserait la somme des individualités qui le composent pour assurer une prise en charge optimisée du résident : des problèmes relationnels entre les membres d'une même équipe, que ce soit au niveau personnel (mésentente individuelle, apparition de clans lorsque d'autres professionnels prennent parti, introduction de conflits personnels depuis l'extérieur de l'établissement) ou institutionnel (conflits de groupes : entre équipes, entre anciennes et nouvelles, entre métiers) peuvent venir perturber le collectif de travail.

« Aujourd'hui, le risque, c'est que chacun fasse à sa sauce. Ça manque de communication [depuis le renouvellement de l'équipe]. On a besoin de se parler plus, on a besoin de réunions d'équipe, ça existait avant avec toute l'équipe, sauf les veilleurs de nuit, mais plus maintenant. Du coup, aujourd'hui, c'est plus difficile d'engager le dialogue, de dire les choses, il y a beaucoup de non-dits et de malentendus. », Marie, AS, 33 ans, en EHPAD public non hospitalier depuis 5 ans.

Au-delà des conflits interpersonnels, la difficulté à « faire équipe » peut être nourrie de facteurs exogènes : évolution de la structure (changement de bâtiment, regroupement d'établissement, agrandissement de la capacité d'accueil, spécialisation d'une unité), évènement de nature traumatique (conflit avec une famille, suicide d'un résident, enquête sur une suspicion de maltraitance) ou dysfonctionnement organisationnel ou managérial (conflit avec la hiérarchie ou absence de celle-ci, absentéisme ayant des impacts sur la planification).

Dans les deux cas, c'est la capacité du groupe à créer une dynamique d'équipe, à « aller dans le même sens », à proposer un accompagnement harmonisé et personnalisé aux résidents qui est mise en cause.

Le rôle de la hiérarchie, et notamment du cadre de proximité, est à cet égard souligné par les professionnels. Il est attendu de sa part qu'il soit garant du professionnalisme des personnels, par exemple en intervenant de manière impartiale pour encadrer les conflits interpersonnels ou en accordant les visions de chacun sur ce que serait une prise en charge personnalisée et de qualité pour les résidents.

De la même manière, les temps collectifs formels comme informels sont présentés comme essentiels à la constitution du collectif de travail. Les temps de transmission ou de réunion, mais aussi de pause, sont appréciés pour les échanges qu'ils permettent de susciter. Ils sont

néanmoins plus ou moins valorisés par la structure, lorsque peu de temps formels sont prévus, et l'encadrement, lorsque les pauses font l'objet d'une tolérance fragile.

Au-delà de l'équipe rapprochée, la question du collectif de travail se joue également à l'échelle de l'établissement. Se reconnaître dans le projet de l'établissement, dans les principes de prise en charge proposés mais également dans les pratiques professionnelles mises en œuvre est important pour les professionnels. Une majorité témoigne ainsi de son sentiment d'appartenance à l'établissement. Celui-ci apparaît autant né de l'adhésion à la structure que d'une mise à distance et d'une distinction vis-à-vis des autres établissements, systématiquement décrits comme moins accueillants, moins chaleureux ou moins compétents.

« Je sais que dans d'autres établissements, c'est pas comme ça, qu'ici, c'est bien, on n'a pas à se plaindre. Je connais un EHPAD, c'est un mouvoir, il faut imaginer un endroit sombre, avec les portes ouvertes, et puis l'odeur. Il y a aussi des endroits où ça manque de personnel. Ici, non, c'est pas comme ça. », Tiffany, 28 ans, ASH puis AS, en EHPAD public hospitalier depuis 11 ans.

L'attachement à la structure se joue aussi dans un mouvement de distinction vis-à-vis de l'hôpital d'un côté, lieu de l'atomisation des conditions d'exercice, et le domicile, lieu de la solitude des professionnels. L'EHPAD apparaît alors comme une structure à taille humaine au sein de laquelle des relations interpersonnelles de travail peuvent se développer et se mettre au service d'un projet commun.

La difficile pluridisciplinarité et l'inégale perception de la reconnaissance hiérarchique et sociétale

Malgré la diversité des professions représentées en EHPAD (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, psychomotricien, médecins, etc.) multipliant les enjeux en termes de relations interpersonnelles et interprofessionnelles, les injonctions institutionnelles en faveur d'une plus grande coordination des différentes compétences au service du projet de vie et de soin du résident, les interactions et le travail commun des soignants avec d'autres types de professionnels restent limités. Outre la difficulté à pourvoir certains postes paramédicaux, ce qui limite la représentation de ces professionnels dans les établissements, et leur faible temps de travail, les opportunités de rencontres sont réduites ou inexistantes en l'absence de réunions pluridisciplinaires.

Cela reste valable à l'échelle des relations entre les infirmiers d'une part et les équipes AS, AMP et ASH soins d'autre part. Ainsi, le positionnement de hiérarchie fonctionnelle des IDE vis-à-vis des équipes soignantes apparaît parfois contesté par ces dernières, notamment lorsque des écarts d'âge, d'ancienneté et par conséquent d'expérience sont à l'œuvre. Les jeunes infirmières sont fréquemment bousculées, voire « testées » par les « anciennes » au moment de leur prise de poste.

« C'est difficile de trouver sa place dans une équipe, les soignants testent la nouvelle infirmière qui arrive. Ils m'ont dit que c'était normal que je fasse ça ou ça, alors que j'ai appris après que c'était pas vrai. », Delphine, 38 ans, ASH puis auxiliaire de puériculture puis IDE, en EHPAD public hospitalier depuis 1 an.

Les différents métiers sont inégalement valorisés au sein et en dehors des établissements. Si les infirmiers sont bien reconnus à l'échelle sociétale, cela n'est pas toujours le cas au niveau institutionnel. La hiérarchie avec les AS, AMP, AVS et ASH faisant fonction, pour

hétérogène qu'elle soit d'une structure à l'autre, qu'elle soit fonctionnelle ou non, est bien affirmée. En revanche, les modes de reconnaissance sont parfois plus complexes avec les autres professionnels paramédicaux (psychologue, ergothérapeute...) ou médicaux (médecins traitants, spécialistes notamment). Les autres professionnels disent, eux, davantage souffrir du manque de reconnaissance « sociale » du travail effectué. Celui-ci se lit au travers de l'inégalité entre l'importance du travail fourni et la faiblesse des moyens mis à disposition pour le réaliser, dans ce qui est perçu comme un « abandon » de la part des autorités de tutelle. Ce constat, simple et rapide à énoncer et évoqué par l'ensemble des professionnels rencontrés, représente une frustration importante et l'un des paramètres essentiels mis en avant par les professionnels dans l'appréciation de leurs conditions de travail.

Les relations entretenues avec une majorité de familles ou de proches de résidents peuvent contribuer à cette image dégradée des métiers : les professionnels déplorent que les retours des familles soient concentrés sur la mise en évidence des dysfonctionnements plutôt que sur les aspects positifs de l'accompagnement.

Conclusion

Cette étude fait ressortir d'autres déterminants des conditions de travail des professionnels soignants en EHPAD que les caractéristiques des établissements habituellement retenues. Bien plus que le niveau de dépendance des résidents, la taille de l'établissement ou leur statut juridique, qui ne sont que très rarement spontanément mentionnés par les professionnels, d'autres aspects sont mis en avant par les professionnels.

En premier lieu, les moyens financiers dont dispose l'établissement. Ceux-ci conditionnent les dotations en personnel, et par conséquent le taux d'encadrement et la charge de travail par individu.

En second lieu, l'impulsion donnée par la direction et l'encadrement semble essentielle. D'une part, la capacité de la direction à gérer, négocier, piloter et anticiper contribue à optimiser les moyens disponibles dans les établissements. D'autre part, la reconnaissance du travail réalisé, le soutien face aux difficultés ou aux critiques, l'association aux projets transversaux et la responsabilisation des équipes sont des déterminants majeurs de la qualité des conditions de travail aux yeux des professionnels. Ils contribuent à donner du sens à l'action quotidienne, à favoriser l'investissement dans la vie de l'établissement et à se projeter dans le futur, par exemple à travers la promotion professionnelle.

Enfin la qualité des relations de travail est aussi un facteur important. Le travail soignant exercé en EHPAD apparaît par nature comme un exercice collectif. La qualité des liens avec les collègues, la solidarité dans le partage des tâches et l'organisation du travail, le sentiment d'aller dans la même direction en prodiguant un accompagnement cohérent et personnalisé aux résidents sont des facteurs de satisfaction et d'investissement dans le travail pour les professionnels soignants.

Les distinctions par métier ne jouent pas de façon forte. Les AS, les AMP et les ASH faisant fonction dans les EHPAD concernés (qu'ils présentent le diplôme d'AVS ou non) réalisent les mêmes tâches et exercent dans les mêmes conditions au sein de chaque établissement. Si le métier infirmier se distingue par le contenu des tâches à réaliser, les constats et valeurs portés par les personnels apparaissent souvent proches de ceux exprimés par les autres catégories professionnelles. Quelques singularités peuvent néanmoins être soulignées, dans la mesure où la qualité des conditions de travail des infirmiers est également déterminée par leurs relations avec le médecin coordonnateur, lequel n'est que peu amené à interagir avec les équipes soignantes, tandis que ses relations avec l'équipe infirmière sont fréquentes et rapprochées. Par ailleurs, les infirmiers présentent une position particulière et gratifiante dans les EHPAD puisqu'ils se rapprochent du personnel d'encadrement, se voient confier de plus grandes responsabilités et sont amenés à intervenir sur une grande diversité de tâches. Néanmoins, cette position souvent décrite comme « centrale » dans l'organisation de l'EHPAD peut être lourde à occuper, notamment pour de jeunes professionnels. Certains ont ainsi pu être amenés à décrire en entretien leur sentiment de débordement, souffrant d'être amenés à intervenir sur une multitude d'aspects sans savoir où poser la limite de leur rôle et questionnant les retours dont ils bénéficient au regard de leur investissement.

Enfin, malgré des conditions de travail objectivement difficiles, les professionnels paraissent attachés à leur secteur d'activité, à leur établissement et à leurs missions auprès des personnes âgées. Une grande majorité estime travailler en EHPAD par vocation, intérêt, sentiment d'utilité. Rares sont ceux qui, dans leur discours, estiment que leur parcours en gérontologie n'est lié qu'à la présence d'un emploi, soit à proximité de leur domicile, soit accessible avec un faible niveau de qualification. Pour beaucoup, être soignant en EHPAD n'est pas un métier comme les autres, et ce malgré des salaires jugés faibles. C'est le sentiment d'importance de la mission accomplie auprès des personnes âgées qui les pousse à poursuivre dans le secteur.

Quel futur pour les soignants en EHPAD ?

Les critères de qualité des conditions de travail évoqués ci-dessus font aujourd'hui l'objet de fortes inquiétudes de la part des personnels. Comment leur travail va-t-il évoluer face à la raréfaction des ressources financières, à la technocratisation de la gestion opérée par les directions et à l'individualisation des pratiques ?

Interrogés sur le futur de leur métier, les professionnels soignants des EHPAD soulignent à la fois la permanence du public et des besoins des personnes âgées dépendantes, ainsi que les facteurs d'évolution de la prise en charge.

Les professionnels rappellent les menaces déjà identifiées : croissance de la charge de travail et risque que celle-ci devienne littéralement insupportable, évolution du secteur médico-social vers un modèle plus sanitaire, raréfaction des pratiques d'entraide et de solidarité au sein des équipes, tendance de fond à l'individualisation de la prise en charge – plus conforme aux attentes des « nouvelles générations » de personnes âgées dépendantes, mais difficilement conciliable avec les contraintes de l'organisation en

collectivité – ou encore renforcement des exigences des usagers (en matière de présence, de disponibilité, de pratiques d'hygiène, etc.).

Pour autant, des manières de faire « autrement » apparaissent. L'utilisation croissante de la technologie notamment est remarquée, que ce soit au niveau du travail – des machines aujourd'hui, peut-être des robots demain, ou des pratiques des usagers (informatique, téléphone portable, etc.). Mais ces évolutions se heurtent aussi au spectre de la machine, de l'usine, évoqué plus haut : c'est finalement le risque de déshumanisation de la prise en charge que les professionnels souhaitent relayer et prévenir. Pour cela, ils revendiquent que soit pris en compte le lien organique entre la qualité de leurs conditions de travail et la qualité de la prise en charge proposées aux résidents. Ils attendent ainsi que la qualité de leur intervention soit reconnue au travers d'un accroissement des moyens dévolus aux EHPAD.

Enfin, la médicalisation croissante des établissements, en réponse à des niveaux de dépendance plus élevés des résidents, constitue une inquiétude forte de la part des professionnels, notamment parce qu'elle se heurte à leur identité professionnelle telle qu'ils aiment à la définir, faisant primer le « *care* », l'accompagnement global, la relation humaine sur la technicité des soins. C'est une bataille qui semble s'engager entre l'EHPAD et l'hôpital, le médico-social et le sanitaire. Le sentiment prime ainsi que les évolutions en cours vont à rebours de ce que les soignants apprécient de leur métier et de ce qui leur permet de continuer à s'investir malgré des conditions de travail qu'ils estiment difficiles.

Bibliographie

- > Alma CG (2013), *5^{ème} baromètre de l'absentéisme*, disponible en ligne : www.ayming.fr
- > ANESM (2015), *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*, mars
- > ANESM (2014), *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement*, mai
- > ANESM (2012), *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, novembre
- > ANESM (2012), *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) - La vie sociale des résidents*, janvier
- > ANESM (2011), *Qualité de vie en Ehpad (volet 2) - Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, septembre
- > ANESM (2011), *Qualité de vie en Ehpad (Volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement*, février
- > ANESM (2009), *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, novembre
- > ANESM (2009), *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social*, février
- > ANESM (2008), *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, décembre
- > ARBORIO A.M. (2001), *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, éd. Economica, Paris
- > ARBORIO A.M. (1995), « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, volume 13, n°3
- > BAILLY F., CHAPPELLE K. et PROUTEAU L. (2013), « Les organisations de l'économie sociale proposent-elles des conditions d'emplois différentes de celles des autres organisations ? », IRES, juin.
- > BAUDELLOT C. et SERRE D. (2006), « Les paradoxes d'une satisfaction. Ou comment les femmes jugent leur salaire », *Travail, genre et sociétés*, n° 15, janvier
- > CIDES-Chorum (2012) « La prévention des risques professionnels dans les EHPAD : un état des lieux », *Chorum-CIDES*, Novembre
- > CHAZAL J. (2011), « Les pathologies démentielles (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) des personnes âgées vivant en établissement », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n°22
- > CHAZAL J., GROULT S., MARQUIER R., PREVOT J., SHEIDEGGER S., WEBER A. (2011), « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°18
- > COLLOMB C., LETTERIER D. et LIENARD S. (2014), *Conditions de travail des salariés en EHPAD, évaluation des facteurs organisationnels et psychosociaux*, Journées d'Automne SMSTS, Centre de Conférence de l'Aar Schiltigheim.
- > CROZIER M. et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Éditions du Seuil, 1981
- > DAÏEFF S. et BABADJIAN Ph. (2008), « Fidéliser le personnel soignant dans la filière gériatrique », *Gérontologie et société*, n° 126, pp. 105-111
- > DAUGAN S. (2013), *Concilier rythme de vie des résidents en EHPAD et rythme institutionnel*, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2013
- > DETCHESSAHAR M. (dir.) (2009), *Les déterminants organisationnels de la santé au travail : l'enjeu de la parole sur le travail*, étude SORG (santé, organisation et gestion des ressources humaines) pour l'Agence nationale de la recherche, septembre
- > DUCOURET L. (2006), *La convention tripartite, d'un outil juridique vers un processus de management*, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2006
- > DUGUE B. et PETIT J. (2013), « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*.
- > GREVIN A. (2011), *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don*, Université de Nantes, 7 décembre.
- > GOLLAC M., VOLKOFF S. et WOLFF L. (2014), *Les conditions de travail*, La Découverte, Repères
- > GROBON S. (2014), « Les ménages aisés envisageraient plus souvent de déléguer la prise en charge de leur proche parent dépendant », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n°57, décembre
- > KPMG (2015), *Observatoire des EHPAD 2014*
- > LAROCHE G. (2014), *L'organisation du travail en EHPAD : un outil managérial pour le Directeur*, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique.
- > LOQUET J., RICHROH L. (2015), « Les conditions de travail dans les établissements de santé », *Le panorama des établissements de santé 2014*, DREES, mars.

- > MARQUIER R. (2013), « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité et Santé*, DREES, n°47, octobre.
- > MICHEAU J., MOLIERE E. (2014), « Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier – Synthèse », *Document de travail série Études et Recherches*, DREES, n°132, novembre.
- > RAMOS-GORAND M. et VOLANT S. (2014), « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°891, septembre
- > VENIARD A. (2011), « Implication et employabilité : un engagement réciproque entre salarié et employeur à construire. », *Management & Avenir*, n° 49, septembre
- > VOLANT S. (2014), « L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°877, février
- > VOLANT S. (2014), « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, DREES, n°899, décembre

Les dossiers de la DREES

Septembre 2016 /// N°5

**Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des
personnels très engagés**

Directeur de la publication

Franck von Lennep

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Création graphique

Philippe Brulin

ISSN

2495-120X