

2023-2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine générale

Qualité de vie au travail des soignants en EHPAD en Sarthe

État des lieux à 3 ans de la crise sanitaire liée au
SARS-CoV-2

PERRAULT Marie

Née le 23 septembre 1995 à Nantes (44)

Sous la direction de Monsieur le Dr BEGUE Cyril

Membres du jury

Madame la Professeur PETIT Audrey | Présidente

Monsieur le Docteur BEGUE Cyril | Directeur

Madame la Docteur CHALAIN Valérie | Membre

Soutenue publiquement le :
26 janvier 2024

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée PERRAULT Marie
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce travail de thèse.

signé par l'étudiant(e) le **26/12/2023**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien Faure

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François- Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ;	Médecine
DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	

DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri- Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAL Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
	BIOLOGIE ET MEDECINE DU	
MAY-PANLOUP Pascale	DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie

PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie

BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIostatistiques, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie

PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Docteur Cyril BEGUE, pour l'intérêt porté à mon travail, ainsi que pour votre encadrement et votre précieux conseils. Merci de m'avoir encourager à accélérer ce travail pour être reconnue à ma juste valeur.

À Madame la Professeure Audrey PETIT pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury.

À Valérie, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour ton compagnonnage qui aura grandement influencé ma vision de notre beau métier et mon projet d'avenir professionnel. Merci pour ces nombreux fous-rires et les innombrables connaissances que tu as pu me transmettre.

À ma chère petite maman qui m'aura soutenue tout au long de ces vingt-huit dernières années. Merci pour tout l'amour que tu nous transmets, pour tes conseils de vie et pour nos innombrables conversations à refaire le monde. Je t'aime de tout mon cœur.

À ma très chère sœur qui grandit beaucoup trop vite. Merci d'être aussi invariablement toi-même dans toutes nos différences qui nous complètent. Merci pour nos sessions de chants endiablées et merci de me rappeler qu'il n'y a pas que la médecine dans la vie. Je t'aime et je suis fière de toi, ma petite sœur.

À mon papa pour son soutien pragmatique, merci de m'avoir aidé à garder la tête sur les épaules et à m'encourager à entreprendre par moi-même. Merci à Valérie qui a toujours accepté que je fasse ma gratteuse à la maison quand l'envie me prenait.

À Fanny, mon âme sœur d'amitié. Merci pour tout le soutien que tu as pu m'apporter au cours de tout ce temps, tous ces films vus au cinéma (pas toujours qualitatifs), ces soirées cosy et ces innombrables fous-rires. Merci d'avoir été mon roc pendant toutes ces années. Ta détermination et ton éthique de vie et de travail sont des sources d'inspiration au quotidien. Merci à Tedj et Aurélien d'avoir complété l'expérience rouennaise, notamment lors de nos multiples escape-game toujours victorieux, parce qu'on est trop des boss.

À mon grand-père, ma grand-mère, mes tantes et oncles qui se sont toujours demandé en quelle année d'étude j'étais et quand ce serait (enfin) fini. À Poupy et Mamie qui auraient, j'en suis sûr, été fiers de moi.

À Mélanie pour tes encouragements et tes conseils, pour ton partage de l'amour de la gériatrie. Tu représentes le médecin et la femme que j'aspire à devenir.

À Alicia qui m'a montré qu'il était possible de changer de voie et dont la rigueur est une source d'admiration.

Avec Lucie, compagne de la moitié de mon internat à Château-Gontier puis au Bailleul, son humanité et son professionnalisme me poussent toujours à faire de mon mieux.

Aux girls du PSSS, Adèle et Axelle, Clara, Soria et Marine pour nos soirées sushi et karaoké jusqu'au bout de la nuit.

À mes co-internes avec qui j'ai partagé ces magnifiques années de DES de médecine générale : Marc-Antoine, Timothée, Tuan...

À l'équipe du PSSS pour leur bienveillance et leurs encouragements : François, Alexandre, Jérémy... Merci aux équipes accueillantes à chaque étage, du SSR jusqu'au grenier. Merci à Camille et Chloé pour des conversations sans fin sur tous les potins de l'hôpital.

Merci à tous les médecins libéraux qui m'ont fait découvrir la beauté de notre profession : Emilie, Florian, Karim, Gilles, Olivier, Stéphane.

Merci à mon petit chat Ponyo pour son soutien émotionnel d'une grande importance.

Liste des abréviations

ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Agent de Service Hospitalier
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
DREES	Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETP	Équivalent Temps Plein
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Groupe iso-ressources Moyen Pondéré
HAS	Haute autorité de Santé
IDE	Infirmier.ère Diplômé.e d'État
PMP	Pathos Moyen Pondéré
QVT	Qualité de Vie au Travail

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Population étudiée**
- 2. Recrutement**
- 3. Questionnaire**
- 4. Recueil**
- 5. Analyse statistique**

RÉSULTATS

- 1. Descriptif de la population**
- 2. Résultats et comparaisons des groupes de professionnels**
 - 2.1. L'indice de demande psychologique
 - 2.2. L'indice de latitude décisionnelle
 - 2.3. L'indice de soutien social
 - 2.4. La dynamique d'établissement
 - 2.5. L'indice de reconnaissance et motivation
 - 2.6. L'indice de travail collectif

DISCUSSION

- 1. Analyse des résultats et comparaisons à la littérature**
 - 1.1. Représentativité de la population
 - 1.2. Résultats principaux
 - 1.3. Comparaison avec la littérature
- 2. Les particularités du quotidien de soignant en EHPAD**
 - 2.1. Un planning minuté et des contraintes horaires spécifiques
 - 2.2. L'intervention auprès d'une population fragile
- 3. Charge de travail croissante et ses conséquences**
 - 3.1. Une charge en soins considérable
 - 3.2. Un manque de moyen humain
 - 3.3. Un manque d'attractivité plurifactoriel
- 4. Les aides-soignantes au cœur de la tourmente**
 - 4.1. Un métier en quête de reconnaissance
 - 4.2. Une perte de sens victime de l'industrialisation de son secteur
 - 4.3. Des initiatives timides pour réformer le secteur
- 5. Forces et limites**
 - 5.1. Forces
 - 5.2. Limites

PERSPECTIVES

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

- 1. Annexe 1 – Questionnaire**
- 2. Annexe 2 - Grille AGGIR et signification**

INTRODUCTION

L'administration française décrit les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) comme « des structures médicalisées accueillant des personnes âgées dépendantes » (1). Avec le vieillissement de la population, on compte aujourd'hui 1,4 million de personnes âgées de plus de 85 ans, avec une évolution à 5 millions en 2060 (2).

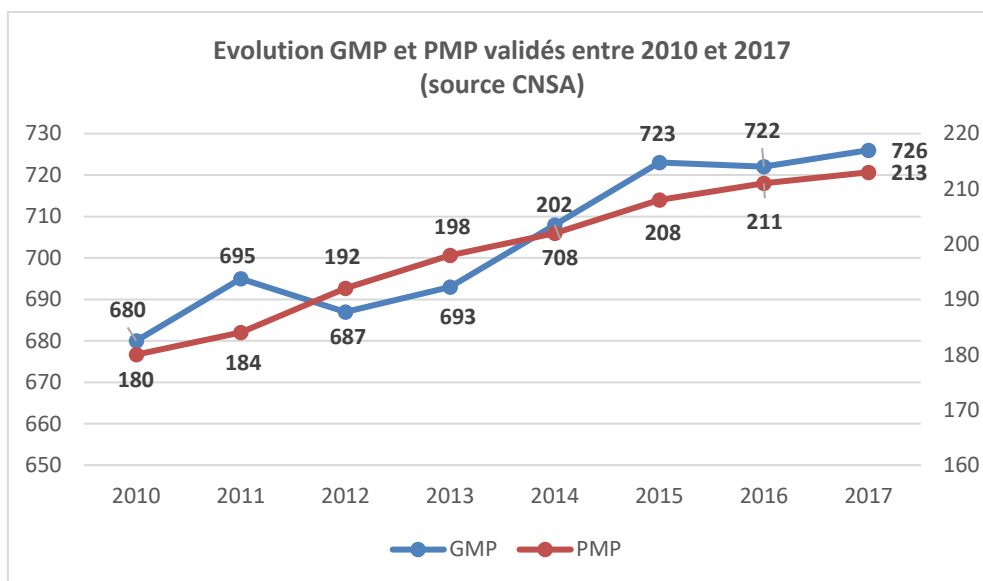
La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement datant de 2014 relève d'une politique globale tournée vers l'autonomie (3). Avec des moyens importants alloués à la revalorisation des aides à domicile, on considère l'entrée en EHPAD comme un dernier recours sur la pente de la perte d'indépendance. Actuellement, l'âge moyen de la perte d'autonomie est de 83 ans (2). Du fait de ces évolutions démographiques et choix politiques on observe des admissions en EHPAD de plus en plus tardives.

En 2019, les EHPAD accueillaient 569 200 résidents (4), un chiffre en augmentation constante depuis des années. Les rapports successifs de la DREES concernant l'enquête EHPA¹ mettent en évidence l'accueil de résidents de plus en plus âgés, avec un âge moyen à l'admission atteignant 86 ans et 3 mois en 2019 (4-6). Ainsi, la moitié des résidents ont plus de 88 ans, soit 7 mois de plus qu'au moment de l'enquête menée en 2015. Ces résidents présentent alors des pathologies multiples ou plus évoluées et des niveaux de dépendance plus importants (7). Le degré d'autonomie des résidents accueillis dans l'établissement est évalué à l'aide de l'échelle GIR², tandis que les soins médico-techniques nécessaires en raison de leurs pathologies sont mesurés par l'outil PATHOS (8). Ainsi, on peut évaluer le niveau moyen de dépendance des résidents par le GMP, ou Groupe iso-ressources Moyen Pondéré, et les besoins

¹ L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle est réalisée tous les quatre ans, avec le dernier recueil en 2019 pour lequel seuls les premiers résultats ont été publiés.

² Les patients classés en GIR 1 présentent le niveau de dépendance le plus élevé, tandis que ceux en GIR 6 conservent une autonomie pour les actes essentiels de la vie quotidienne. (Annexe 2)

globaux en soins médico-techniques de l'établissement par le PMP, ou Pathos Moyen Pondéré. Ces deux indices sont en augmentation croissante depuis 2010, reflet d'une majoration de la dépendance et de la polypathologie des résidents d'EHPAD (9).



Ces évolutions entraînent un alourdissement de la charge de travail pour les soignants. Initialement centrés sur l'accompagnement des personnes âgées, les soignants en EHPAD ont progressivement vu augmenter le temps consacré aux soins techniques et de nursing. Ces activités contribuent à une intensification de la pénibilité physique du travail, en lien notamment avec les efforts de manutention (levées, transferts, toilettes au lit) inhérents à la perte de mobilités des résidents.

Les soignants en EHPAD dénoncent régulièrement une dégradation de leurs conditions de travail, comme ce fut le cas lors d'une longue grève à l'EHPAD de Fouchierans dans le Jura, dont les salariés dénonçaient les conditions de travail et le manque de temps consacré aux personnes âgées pensionnaires (10).

Depuis déjà de nombreuses années, l'épuisement professionnel des équipes paramédicales au travail est un fait connu (11,12). Dans sa revue de 2016 sur « Qualité de vie au travail qualité de soin », la Haute Autorité de Santé (HAS) a identifié plusieurs types de contraintes spécifiques du milieu soignant et pouvant favoriser le stress au travail (13). Qu'il s'agisse du

rythme de travail et des contraintes horaires, des contraintes physiques notamment dans la manutention des patients, de la relation avec le public, de la charge mentale et émotionnelle de travailler auprès de personnes malades et fragiles, les personnels soignants sont confrontés à de nombreux facteurs de risque psychosociaux (14). Le secteur de l'hébergement de la personne âgée dépendante se distingue par un nombre très élevé d'accidents du travail (majoritairement liés à la manutention manuelle des résidents) et de maladies professionnelles (surtout en lien avec des affections périarticulaires) touchant principalement les aides-soignantes, puis les infirmières (15).

Au manque de personnel (16) et à la charge de travail toujours croissante (5) s'est ajoutée la crise sanitaire liée à la pandémie de SARS-CoV-2 ayant débutée en 2020. Tout le système de soin français s'est trouvé submergé et les EHPAD n'ont pas été épargnés. Les résidents représentaient à eux seuls une population à risque car âgée et polypathologique. Le manque de personnel et de moyens a rendu l'accompagnement des malades d'autant plus difficile. Partagés entre de multiples injonctions sanitaires contradictoires, des conflits éthiques ont pu émerger entre la nécessité de protéger les séniors et les effets délétères de leur isolement (17).

En réponse à la crise sanitaire liée à la pandémie, le gouvernement s'est fixé l'objectif d'une refonte en profondeur du système de soin afin de replacer la qualité de soin du patient au centre des préoccupations par le biais du Ségur de la santé (18). Concernant les EHPAD, plusieurs milliards d'euros sont ainsi promis pour moderniser les établissements, développer le numérique et revaloriser les métiers des professionnels, notamment par une hausse de salaire (19).

À trois ans des délibérations et différentes enquêtes en lien avec le Ségur de la santé, qu'en est-il de la qualité de vie au travail du personnel soignant en EHPAD ? Les professionnels de la santé estiment-ils que leurs conditions de travail se sont améliorées depuis la crise, ou bien perçoivent-ils que l'idéal de leur métier s'est irrémédiablement altéré ?

La Qualité de Vie au Travail (QVT) est un concept multidimensionnel qui englobe divers aspects liés au bien-être des individus dans leur environnement professionnel. Pour étudier les dimensions physiques, psychologiques, sociales et organisationnelles qui impactent la QVT, Maslach et Leiter (20) ont identifié six facteurs de risques de burn out : le surmenage en raison de la surcharge de travail, le manque de contrôle et d'autonomie par rapport à la prise de décision, le manque de reconnaissance, la dégradation de l'esprit de groupe, le manque de justice et d'équité, et la différence dans les valeurs.

L'objectif de cette étude est d'analyser la QVT des soignants en EHPAD en Sarthe trois ans après le début de la pandémie et des mesures politiques mises en place au décours. Le questionnaire vise ainsi à évaluer la satisfaction des agents dans les différents aspects de leur travail et ainsi d'identifier les domaines dans lesquels une réflexion sur les pratiques pourrait être envisagée.

L'objectif secondaire de ce travail est d'explorer s'il existe des différences significatives entre les différentes professions de soignants concernant les différents aspects de la qualité de vie au travail.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête quantitative transversale observationnelle multicentrique.

1. Population étudiée

L'étude concernait l'ensemble du personnel d'EHPAD impliqué dans les soins de base (définis par l'ensemble des aides dont avait besoin une personne âgée pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne) :

- Les Infirmiers.ères Diplômé.es. d'État (IDE) dispensent les soins médicaux conformément aux prescriptions médicales (préparation et distribution des médicaments, pansements, ...), surveillent l'état de santé des résidents et coordonnent les soins prodigués (21).
- Les aides-soignants.es assurent l'hygiène et le confort des résidents, prodiguant des soins liés aux actes de la vie quotidienne afin de compenser un déficit ou une perte d'autonomie, tout en travaillant à maintenir celle-ci. Ils exercent sous la responsabilité de infirmiers.ères (22).
- Les Agents de Service Hospitalier (ASH)³ contribuent au bien être des résidents en assurant le confort de leur environnement, principalement par l'entretien de l'établissement. Ils effectuent également les travaux nécessaire à la prévention des maladies contagieuses et assurent la désinfection des locaux, des vêtements et du matériel (23). Côtayant les résidents, ils peuvent également être amenés à les aider (appui pour boire, aide au lever, ...) ou alerter le personnel compétent en cas de besoin.

³ Nous pouvons distinguer les Agents de Service Hospitalier dans le service publique et les Agents de Service dans les établissements privés. Pour plus de lisibilité l'abréviation « ASH » sera utilisée sans distinction.

2. Recrutement

Le recrutement a été effectué par l'envoi de courriels à tous les EHPAD de Sarthe à partir des contacts disponibles sur le site du gouvernement répertoriant l'ensemble des établissements classés en tant que « Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes » (24). Le département de la Sarthe compte ainsi soixante-quinze établissements. En l'absence de réponse au courriel initial, les établissements ont été contactés directement par téléphone afin d'obtenir les coordonnées d'un.e cadre de santé ou d'un.e IDE référent.e. Une relance a été effectuée en envoyant le questionnaire accompagné d'une lettre explicative par télécopie à chacun des établissements.

3. Questionnaire

L'étude reposait sur un auto-questionnaire anonyme, précédé d'un paragraphe d'information résumant les objectifs du travail.

Il se composait de six parties. Sa conception a été inspirée par un travail réalisé par l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) Limousin lors d'une enquête « qualité de vie au travail » en 2018, ciblant les établissements sanitaires, les établissements du champ des personnes âgées et ceux du champ enfance, famille, handicap (25).

La première partie cherchait à définir le profil démographie et professionnel de l'agent répondant, concernant sa tranche d'âge, son genre, son ancienneté dans l'établissement et sa fonction professionnelle.

Les parties suivantes étudiaient différents aspects liés à la qualité de vie au travail :

- *L'indice de demande psychologique* évalue la charge mentale ou la pression psychologique associée aux exigences du travail (pression temporelle, charge de travail, contraintes relationnelles...)

- *L'indice de latitude décisionnelle* se réfère la marge de manœuvre dont dispose le travailleur dans l'exercice de ses fonctions (degré d'autonomie, responsabilisation, développement des compétences...). Un niveau élevé de latitude décisionnelle est généralement associé à une meilleure qualité de vie au travail, tandis que son absence peut être une source de stress et d'insatisfaction au travail.
- *L'indice de soutien social* évalue la perception de l'individu quant à l'existence de relations sociales positives et de soutien au sein de son environnement professionnel. La présence d'un soutien social positif au travail est souvent associée à une meilleure qualité de vie au travail, à une réduction du stress professionnel et à une plus grande satisfaction au travail.
- *La dynamique de l'établissement* explore la perception des soignants concernant l'évolution générale de leur lieu de travail ainsi que leur niveau d'optimisme pour son avenir. Les réponses à ces questions reflètent non seulement la réalité actuelle de l'établissement, mais aussi les attentes et perspectives des professionnels à l'égard de leur établissement.
- La réflexion sur les *leviers du bien vivre au travail* est subdivisée en deux catégories : la reconnaissance et la motivation, puis le travail collectif et la charge de travail. La première partie concerne l'appréciation et la valorisation du travail fourni par le travailleur ainsi, que son enthousiasme à venir travailler et sa perspective d'avenir professionnel. La seconde partie évalue le lien entre le poste de travail et la réalité du terrain dans le fonctionnement global de l'établissement.

4. Recueil

L'auto-questionnaire a été diffusé via la plateforme LimeSurvey par courriel ou QR-code du 2 août au 10 novembre 2023, avec plusieurs relances au cours de cette période.

5. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de l'outil biostaTGV (26).

Les comparaisons entre les trois groupes ont été effectuées avec le test de Kruskal-Wallis pour les données ordinales et le test ANOVA pour les comparaisons de moyennes. Le seuil de significativité statistique retenu était de 5%.

RÉSULTATS

1. Descriptif de la population

Le questionnaire a été adressé aux soixante-quinze EHPAD de Sarthe. Dix-huit d'entre eux, soit 24%, n'ont pas pu être joints par courriel ou télécopie. Vingt-et-un (28%) ont confirmé la réception de la demande. En raison du caractère anonyme du questionnaire, il est impossible d'évaluer précisément le taux de réponse en termes de nombre d'établissements contactés ou du nombre de réponses par établissement. Au total, 105 questionnaires ont été analysés.

Le tableau 1 résume le profil des agents ayant répondu.

Pour ce qui est du genre, une nette prédominance féminine a été observée avec environ 9 femmes pour 1 homme⁴.

En ce qui concerne la distribution par tranche d'âge, 47% des répondants avaient 45 ans ou plus. En parallèle, près d'un agent sur deux avait une ancienneté de 10 ans ou plus.

Quant au statut professionnel, l'échantillon était constitué de 48% d'infirmières, 35% d'aides-soignantes et 17% d'agents de services hospitalier.

Aucune différence statistique significative n'a été observée entre les groupes professionnels en ce qui concerne la tranche d'âge ($p=0,45$), le genre ($p=0,07$) et l'ancienneté ($p=0,12$).

⁴ Devant cette répartition le genre féminin est choisi pour la suite de la rédaction.

Tableau 1 - Descriptif de la population

		n (%)
Tranche d'âge	Moins de 25 ans	7 (7%)
	Entre 25 et 34 ans	21 (20%)
	Entre 35 et 44 ans	27 (26%)
	Entre 45 et 54 ans	34 (32%)
	Plus de 55 ans	16 (15%)
Genre	Femme	95 (90,5%)
	Homme	10 (9,5%)
Ancienneté dans l'établissement	Moins de 1 an	16 (15%)
	Entre 1 et 5 ans	26 (25%)
	Entre 5 et 10 ans	14 (13%)
	Entre 10 et 5 ans	22 (21%)
	Plus de 15 ans	27 (26%)
Statut professionnel	Infirmier.ère	50 (48%)
	Aide-soignant.e	37 (35%)
	ASH	18 (17%)

2. Résultats et comparaisons des groupes de professionnels

2.1. L'indice de demande psychologique

L'indice de demande psychologique, calculé par la moyenne des réponses *négligentes* aux questions 1 à 8 et représentant la charge mentale liée aux exigences du travail, était de 27,6%. Il était proche entre les aides-soignantes et les infirmières, respectivement à 35,8% et 27,2%. Les agents de service hospitalier semblaient plus épargnées avec un score à 12,4%. Cette différence n'était pas statistiquement significative.

Concernant l'organisation et la planification du travail, la satisfaction des agents était globalement élevée, que ce soit en ce qui concerne leurs horaires (77% de satisfaction), les attentes à leur égard (94%) ou le respect de leur planning (83%). Cependant, il est à noter que le respect du planning semblait être moins optimal pour les aides-soignantes par rapport aux infirmières et aux agents de service hospitalier ($p=0,046$). Parallèlement, elles signalaient un déséquilibre plus prononcé entre leur vie privée et leur vie professionnelle ($p < 0,001$).

Les informations et moyens matériels fournis étaient globalement adaptés aux tâches demandées aux soignants avec 73% et 63% de satisfaction respectivement. Cependant, les dysfonctionnements liés au matériel représentaient le troisième facteur de stress au travail pour les soignants, et le second pour les infirmières ($p=0,011$).

Les taux de satisfaction diminuaient nettement en ce qui concerne l'intensité du travail. En effet, un soignant sur deux indiquait ne pas disposer du temps nécessaire pour effectuer correctement ses tâches, une tendance significativement plus marquée chez les aides-soignantes ($p < 0,001$). De plus, 57% des soignants estimaient que la charge de travail était trop importante. Il est intéressant de noter que les agents de service hospitalier semblaient moins impactées par cette surcharge de travail, ne la considérant pas comme un facteur de stress au travail, contrairement aux infirmières et aides-soignantes qui la positionnaient en première position.

Dans leurs interactions avec le public, deux tiers des soignants étaient régulièrement confrontés à des relations conflictuelles avec les résidents ou leurs familles. Cette tendance était moins prononcée pour les agents de service hospitalier, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative.

De façon globale, trois quarts des soignants manifestaient un niveau de stress lié au travail modéré à élevé, sans différence significative observée entre les groupes.

Tableau 2a - Indice de demande psychologique

		Total, n (%)	Infirmière (n = 50)	Aide- soignante (n = 37)	ASH (n = 18)	p
Q1 - Vous êtes satisfait.e de vos horaires de travail, n	D'accord	81 (77%)	38 (76%)	31 (84%)	12 (67%)	0,150
	Pas d'accord	18 (17%)	12 (24%)	6 (16%)	0 (0%)	-
	Ne se prononce pas	6 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (33%)	-
Q2 - Vous avez une idée précise de ce que l'on attend de vous, n	D'accord	99 (94%)	48 (96%)	35 (95%)	16 (89%)	0,505
	Pas d'accord	2 (2%)	2 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	-
	Ne se prononce pas	4 (4%)	0 (0%)	2 (5.4%)	2 (11%)	-
Q3 - En général, votre planning est respecté, n	D'accord	87 (83%)	45 (90%)	26 (70%)	16 (89%)	<u>0,046</u>
	Pas d'accord	14 (13%)	5 (10%)	9 (24%)	0 (0%)	-
	Ne se prononce pas	4 (4%)	0 (0%)	2 (5.4%)	2 (11%)	-
Q4 - Vous avez les informations dont vous avez besoin pour bien effectuer votre travail, n	D'accord	77 (73%)	39 (78%)	28 (76%)	10 (56%)	0,145
	Pas d'accord	22 (21%)	11 (22%)	5 (14%)	6 (33%)	-
	Ne se prononce pas	6 (6%)	0 (0%)	4 (11%)	2 (11%)	-
Q5 - L'équipement et les moyens matériels à votre disposition sont adaptés, n	D'accord	66 (63%)	32 (64%)	20 (54%)	14 (78%)	0,268
	Pas d'accord	34 (32%)	18 (36%)	14 (38%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	5 (5%)	0 (0%)	3 (8.1%)	2 (11%)	-
Q6 - Vous disposez du temps nécessaire pour effectuer correctement votre travail, n	D'accord	55 (52%)	28 (56%)	11 (30%)	16 (89%)	<u><0,001</u>
	Pas d'accord	48 (46%)	20 (40%)	26 (70%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	2 (2%)	2 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Q7 - Vous êtes satisfait.e de la charge de travail, n	D'accord	41 (39%)	18 (36%)	11 (30%)	12 (67%)	<u>0,023</u>
	Pas d'accord	60 (57%)	30 (60%)	24 (65%)	6 (33%)	-
	Ne se prononce pas	4 (4%)	2 (4%)	2 (5.4%)	0 (0%)	-
Q8 - Vous êtes satisfait.e de votre équilibre vie privée – vie professionnelle, n	D'accord	63 (60%)	38 (76%)	11 (30%)	14 (78%)	<u><0,001</u>
	Pas d'accord	35 (33%)	11 (22%)	22 (59%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	7 (7%)	1 (2%)	4 (11%)	2 (11%)	-
Q9 - Vous êtes confronté.e à des situations conflictuelles avec les résidents..., n*	Souvent	17 (16,2%)	7 (14%)	6 (16%)	4 (22%)	0,112
	De temps en temps	51 (48,6%)	25 (50%)	22 (59%)	4 (22%)	-
	Rarement	31 (29,5%)	18 (36%)	9 (24%)	4 (22%)	-
	Jamais	6 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (33%)	-
Q10 - Vous êtes confronté.e à des situations conflictuelles avec les familles des résidents..., n	Souvent	15 (14%)	11 (22%)	4 (11%)	0 (0%)	0,584
	De temps en temps	47 (45%)	23 (46%)	16 (43%)	8 (44%)	-
	Rarement	19 (18%)	10 (20%)	5 (14%)	4 (22%)	-
	Jamais	18 (17%)	6 (12%)	8 (22%)	4 (22%)	-
	Non concerné.e	6 (6%)	0 (0%)	4 (11%)	2 (11%)	-

Tableau 2b - Indice de demande psychologique

Q11 – Vos principaux facteurs de stress au travail sont..., n						
~ Surcharge de travail	72 (69%)	35 (70%)	30 (81%)	7 (39%)	<u>0,006</u>	
~ Manque d’agilité organisationnelle	48 (46%)	20 (40%)	18 (49%)	10 (56%)	0,478	
~ Dysfonctionnements liés au matériel	45 (43%)	29 (58%)	10 (27%)	6 (33%)	<u>0,011</u>	
~ Relations conflictuelles avec des collègues	37 (35%)	15 (30%)	17 (46%)	5 (28%)	0,238	
~ Dysfonctionnements liés aux outils informatiques	36 (34%)	18 (36%)	12 (32%)	6 (33%)	0,938	
~ Dysfonctionnements liés aux bâtiments/locaux	31 (30%)	20 (40%)	8 (22%)	3 (17%)	0,077	
~ Relations conflictuelles avec les résidents	30 (29%)	15 (30%)	11 (30%)	4 (22%)	0,808	
~ Interactions entre vie privée et professionnelle	30 (29%)	9 (18%)	15 (41%)	6 (33%)	0,064	
~ Manque d’informations	29 (28%)	10 (20%)	9 (24%)	10 (56%)	0,511	
~ Relations conflictuelles avec la hiérarchie	27 (26%)	14 (28%)	7 (19%)	6 (33%)	0,458	
~ Instabilité du planning	12 (11%)	5 (10%)	5 (14%)	2 (11%)	0,879	
~ Temps de transport	12 (11%)	4 (8%)	2 (5.4%)	5 (27%)	0,09	
~ Autre*	11 (10%)	6 (12%)	4 (10,8%)	2 (11%)	0,746	
Q12 - Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous la quantité de stress liée à votre travail ?, n		0,508				
~ Stress faible (1-4)	26 (25%)	14 (28%)	8 (22%)	4 (22%)	-	
~ Stress modéré (5-7)	60 (57%)	29 (58%)	20 (54%)	11 (61%)	-	
~ Stress élevé (8-10)	19 (18%)	7 (14%)	9 (24%)	3 (17%)	-	
Indice de demande psychologique, %st	27,6	27,3	35,8	12,4	0,083	

* Les propositions n'ayant reçu aucune réponse ont été masquées

* « Le glissement de tâches » à deux reprises par des aides-soignantes, « Le manque de médecin, des tâches à réaliser qui ne font pas partie de la fiche de poste » par IDE, « Absence de médecin et glissement de tâches » par IDE, « Difficulté avec le groupe de résidents » par IDE, « Groupe de résidents compliqué » par IDE, « Non concernée » par deux ASH, « Relations conflictuelles avec les familles » par IDE, « Plaintes/Doléances des familles » par aide-soignante, « Surcharge de travail la nuit » et « Débordement de tâches la nuit » par deux aides-soignantes.

^aMoyenne des réponses negatives aux questions 1 à 8

2.2. L'indice de latitude décisionnelle

En ce qui concerne la marge de manœuvre et l'autonomie dans le travail quotidien, la majorité des soignants était pleinement responsabilisée dans leurs tâches (79%), avec une différence cependant significative pour les agents de service hospitalier qui n'étaient que 56% à se sentir responsabilisées. Pour autant, le spectre de ces missions ne semblait précisément défini que pour 59% d'entre elles, et cela de façon significativement plus marquée pour les aides-soignantes ($p=0,010$).

Près de deux tiers des soignants exprimaient leur satisfaction quant au contenu de leur travail et à l'utilisation de leurs compétences. Cependant, les aides-soignantes manifestaient une insatisfaction significativement plus importante ($p=0,010$) à l'égard ces deux aspects, avec notamment un taux de satisfaction de seulement 51% concernant le contenu de leur travail. En ce qui concerne le développement de ces compétences, les aides-soignantes étaient plus nombreuses à ne pas considérer que leur quotidien leur offrait des possibilités d'évolution, bien que la différence ne soit pas statistiquement significative. Dans l'ensemble, 49,5% des soignant estimaient que leur.e supérieur.e ne se souciait pas particulièrement de cette problématique.

De façon globale, on ne constatait pas de différence significative concernant l'indice de latitude décisionnelle. Cet indice mesurait le degré de liberté dont disposent les individus dans leur prise de décision ou dans l'exercice de leur autonomie au sein de leur environnement de travail. Un score élevé indiquait un niveau plus bas de latitude décisionnelle perçue, ce qui se traduit par un manque d'autonomie et de liberté dans la prise de décision au travail. Bien que la différence n'ait pas été statistiquement significative, on observait que les agents de service hospitalier présentaient un niveau d'autonomie plus élevé avec un score à 18,3%, tandis que les aides-soignantes avaient la plus faible marge de manœuvre avec un score à 34,7%.

Tableau 3 - Indice de latitude décisionnelle

		Total, n (%)	Infirmière (n = 50)	Aide- soignante (n = 37)	ASH (n = 18)	p
Q13 - Les missions et les responsabilités de chacun sont bien définies, n	D'accord	62 (59%)	33 (66%)	15 (41%)	14 (78%)	0,010
	Pas d'accord	32 (30,5%)	15 (30%)	15 (41%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	11 (10,5%)	2 (4%)	7 (19%)	2 (11%)	-
Q14 - Vous êtes satisfait.e du contenu de votre travail, n	D'accord	74 (70%)	39 (78%)	19 (51%)	16 (89%)	0,010
	Pas d'accord	26 (25%)	7 (14%)	17 (46%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	5 (5%)	4 (8%)	1 (2.7%)	0 (0%)	-
Q15 - Vous êtes pleinement responsabilisé.e sur les tâches qui vous sont confiées, n	D'accord	83 (79%)	41 (82%)	32 (86%)	10 (56%)	0,018
	Pas d'accord	14 (13%)	7 (14%)	3 (8.1%)	4 (22%)	-
	Ne se prononce pas	8 (8%)	2 (4%)	2 (5.4%)	4 (22%)	-
Q16 - Votre travail vous permet d'utiliser pleinement vos compétences, n	D'accord	70 (66,7%)	35 (70%)	21 (57%)	14 (78%)	0,270
	Pas d'accord	31 (29,5%)	15 (30%)	14 (38%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	4 (3,8%)	0 (0%)	2 (5.4%)	2 (11%)	-
Q17 - Votre travail vous permet de renforcer vos compétences, n	D'accord	79 (75%)	39 (78%)	24 (65%)	16 (89%)	0,104
	Pas d'accord	20 (19%)	9 (18%)	9 (24%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	6 (6%)	2 (4%)	4 (11%)	0 (0%)	-
Q18 - Votre supérieur.e hiérarchique se préoccupe de votre développement professionnel, n	D'accord	45 (42,9%)	25 (50%)	12 (32%)	8 (44%)	0,077
	Pas d'accord	52 (49,5%)	25 (50%)	19 (51%)	8 (44%)	-
	Ne se prononce pas	8 (7,6%)	0 (0%)	6 (16%)	2 (11%)	-
Indice de latitude décisionnelle, %^a		27,8	26	34,7	18,3	0,179

^aMoyenne des réponses négligées aux questions 12 à 18.

2.3. L'indice de soutien social

L'indice de soutien social global, calculé par la moyenne des réponses *négligées* aux questions 19 à 27, était de 38,4%. Cela indiquait que plus d'un tiers des soignants estimaient ne pas bénéficier d'un soutien social adéquat au sein de leur environnement de travail. Cette proportion était significativement plus élevée pour les aides-soignantes (p=0,019) avec un score à 49,9%.

En ce qui concerne le soutien émotionnel entre les soignants, il apparaissait que seulement la moitié d'entre eux était d'avis que les soignants se respectaient mutuellement (48,6%) et

faisaient preuve de solidarité (46,7%), une proportion qui diminuait par ailleurs de manière significative chez les aides-soignantes (respectivement 32% et 27%). En revanche, 70% des soignants pourraient envisager de ne pas prendre un arrêt de travail afin de ne pas mettre leurs collègues en difficulté. Cette prise de position n'était cependant pas partagée par les agents de service hospitalier ($p=0,012$).

L'atmosphère au travail constituait également un point de divergence entre les aides-soignantes et les deux autres groupes. En effet, ces premières présentaient un taux d'insatisfaction plus élevé concernant l'ambiance au travail (57% contre 30% pour les infirmières et 11% pour les ASH), et 73% estimaient que leurs propositions d'amélioration n'étaient pas prises en compte. En revanche, les infirmières se sentaient d'avantage écoutées en ce qui concerne leurs suggestions et l'intérêt que l'établissement porte à leur qualité de vie au travail. Elles semblaient par ailleurs plus solidaires en cas de difficulté ($p<0,001$).

Bien que la majorité des soignants (55%) estimait que l'établissement ne manifestait pas d'intérêt pour leur qualité de vie au travail (QVT), le responsable hiérarchique semblait être une ressource disponible en cas de besoin pour tous les professionnels.

Tableau 4 - Indice de soutien social

			Infirmière (n = 50)	Aide- soignante (n = 37)	ASH (n = 18)	p
n (%)						
Q19 - Les soignants se respectent, n	D'accord	51 (48,6%)	27 (54%)	12 (32%)	12 (67%)	0,224
	Pas d'accord	45 (42,9%)	19 (38%)	24 (65%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	9 (8,5%)	4 (8%)	1 (2.7%)	4 (22%)	-
Q20 - Les soignants sont solidaires, n	D'accord	49 (46,7%)	29 (58%)	10 (27%)	10 (56%)	0,006
	Pas d'accord	49 (46,7%)	19 (38%)	22 (59%)	8 (44%)	-
	Ne se prononce pas	7 (6,6%)	2 (4%)	5 (14%)	0 (0%)	-
Q21 - Les avis ou les propositions d'amélioration sont pris en compte, n	D'accord	31 (30%)	23 (46%)	4 (11%)	4 (22%)	<0,001
	Pas d'accord	60 (57%)	25 (50%)	27 (73%)	8 (44%)	-
	Ne se prononce pas	14 (13%)	2 (4%)	6 (16%)	6 (33%)	-
Q22 - L'établissement s'intéresse à la qualité de vie au travail des agents, n	D'accord	41 (39%)	25 (50%)	10 (27%)	6 (33%)	0,029
	Pas d'accord	58 (55%)	25 (50%)	25 (68%)	8 (44%)	-
	Ne se prononce pas	6 (6%)	0 (0%)	2 (5.4%)	4 (22%)	-
Q23 - Vous êtes satisfait.e de l'ambiance de travail, n	D'accord	57 (54%)	29 (58%)	12 (32%)	16 (89%)	0,001
	Pas d'accord	38 (36%)	15 (30%)	21 (57%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	10 (10%)	6 (12%)	4 (11%)	0 (0%)	-
Q24 - Vous êtes satisfait.e des relations avec votre hiérarchie, n	D'accord	58 (55%)	31 (62%)	17 (46%)	10 (56%)	0,132
	Pas d'accord	37 (35%)	19 (38%)	14 (38%)	4 (22%)	-
	Ne se prononce pas	10 (10%)	0 (0%)	6 (16%)	4 (22%)	-
Q25 - Votre supérieur.e hiérarchique est disponible en cas de besoin, n	D'accord	77 (73%)	33 (66%)	30 (81%)	14 (78%)	0,233
	Pas d'accord	22 (21%)	13 (26%)	7 (19%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	6 (6%)	4 (8%)	0 (0%)	2 (11%)	-
Q26 - Vous pouvez compter sur vos collègues en cas de difficulté professionnelle, n	D'accord	72 (68,6)	44 (88%)	18 (49%)	10 (56%)	<0,001
	Pas d'accord	23 (21,9%)	4 (8%)	13 (35%)	6 (33%)	-
	Ne se prononce pas	10 (9.5%)	2 (4%)	6 (16%)	2 (11%)	-
Q27 - Vous pouvez compter sur votre supérieur.e hiérarchique en cas de difficulté professionnelle, n	D'accord	58 (55,2%)	33 (66%)	17 (46%)	8 (44%)	0,075
	Pas d'accord	32 (30,5%)	13 (26%)	13 (35%)	6 (33%)	-
	Ne se prononce pas	15 (14,3%)	4 (8%)	7 (19%)	4 (22%)	-
Q28 - Vous êtes en difficulté lors qu'un.e collègue est en arrêt de travail, n	D'accord	77 (73%)	36 (72%)	25 (68%)	16 (89%)	0,227
	Pas d'accord	22 (21%)	10 (20%)	10 (27%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	6 (6%)	4 (8%)	2 (5.4%)	0 (0%)	-
Q29 - Vous avez déjà envisagé de ne pas vous arrêter pour ne pas mettre en difficulté vos collègues, n	D'accord	75 (71%)	38 (76%)	29 (78%)	8 (44%)	0,012
	Pas d'accord	28 (27%)	12 (24%)	8 (22%)	8 (44%)	-
	Ne se prononce pas	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11%)	-
Indice de soutien social, %^a		38,4	33,4	49,9	28,1	0,019

^aMoyenne des réponses négatives aux questions 19 à 27.

2.4. La dynamique d'établissement

La perception des soignants à l'égard de leur établissement de travail était globalement négative. En effet, plus de la moitié des répondants estimait que la situation générale se détériorait, bien que cette tendance ait été moins prononcée chez les infirmières dont les réponses se partageaient entre stabilité (42%) et dégradation (46%). On observe une différence significative parmi les infirmières en fonction de leur expérience, les plus expérimentées (ayant plus de 10 ans d'ancienneté) notant une détérioration plus prononcée que celles ou ceux ayant rejoint l'équipe plus récemment ($p=0,005$).

Dans le même ordre d'idées, seule une minorité de soignants se montrait optimiste (30%), les aides-soignantes étant même le groupe le plus pessimiste (63%), bien que la différence ne soit pas statistiquement significative.

En ce qui concerne le fonctionnement au quotidien, seulement 50% des soignants jugeaient qu'il était efficace, une tendance encore moins positive chez les aides-soignantes (38%) sans que la différence ne soit significative.

Tableau 5 - Perception de la dynamique d'établissement

		Total, n (%)	Infirmière (n = 50)	Aide-soignante (n = 37)	ASH (n = 18)	p
Q30 - La situation générale de l'établissement..., n	S'améliore	10 (10%)	6 (12%)	2 (5.4%)	2 (11%)	0,015
	Est stable	33 (31%)	21 (42%)	8 (22%)	4 (22%)	-
	Se dégrade	58 (55%)	23 (46%)	23 (62%)	12 (67%)	-
	Ne sait pas	4 (4%)	0 (0%)	4 (11%)	0 (0%)	-
Q31 - Êtes-vous optimiste pour l'avenir de votre établissement ?, n	Optimiste	32 (30%)	18 (36%)	8 (22%)	6 (33%)	0,806
	Pessimiste	49 (47%)	20 (40%)	23 (62%)	6 (33%)	-
	Ne se prononce pas	24 (23%)	12 (24%)	6 (16%)	6 (33%)	-
Q32 - Le fonctionnement de l'établissement est efficace, n	D'accord	53 (50%)	27 (54%)	14 (38%)	12 (67%)	0,096
	Pas d'accord	39 (37%)	19 (38%)	16 (43%)	4 (22%)	
	Ne se prononce pas	13 (12%)	4 (8%)	7 (19%)	2 (11%)	

2.5. L'indice de reconnaissance et motivation

L'indice global de reconnaissance et de motivation, obtenu en calculant la moyenne des réponses *négligentes* aux questions 33 à 38, était de 36,1%. Cela suggère que plus d'un tiers des soignants estimaient que leur travail n'est pas reconnu à sa juste de valeur. Cette proportion était plus élevée chez les aides-soignantes (47,3%), bien que la différence ne soit pas statistiquement significative.

Les soignants exprimaient pour la majorité leur satisfaction au travail (62%), témoignant d'une confiance en la sécurité de leur environnement (73,4%) et d'une motivation stable ou en augmentation. Cependant, lors de l'analyse des différents groupes, les aides-soignantes se distinguaient par une satisfaction nettement moindre (32%) et une motivation ayant tendance à diminuer pour 54% d'entre elles.

Les soignants exprimaient leur insatisfaction à la fois envers la reconnaissance de leur travail (47,6%) et le niveau de rémunération (59%). Les aides-soignantes étaient particulièrement touchées par le manque de reconnaissance à leur travail (62%), mais étaient les plus satisfaites de leur rémunération.

Depuis la pandémie SARS-CoV-2 la moitié des soignants estimait que la situation de leur environnement de travail se détériorait, une tendance moins prononcée chez les agents de service hospitalier, sans que la différence ne soit significative. Malgré cette tendance, plus d'un soignant sur deux prévoyait de continuer à exercer son métier au cours des deux prochaines années.

Tableau 6 - Indice de reconnaissance et motivation

		Total, n (%)	Infirmière (n = 50)	Aide-soignante (n = 37)	ASH (n = 18)	p
Q33 - Globalement, vous êtes satisfait.e de votre travail, n	D'accord	65 (62%)	39 (78%)	12 (32%)	14 (78%)	<u>≤0,001</u>
	Pas d'accord	36 (34%)	11 (22%)	23 (62%)	2 (11%)	-
	Ne se prononce pas	4 (4%)	0 (0%)	2 (5.4%)	2 (11%)	-
Q34 - Aujourd'hui, votre motivation dans votre travail..., n*	Augmente	10 (10%)	6 (12%)	0 (0%)	4 (22%)	<u>0,004</u>
	Reste stable	57 (54%)	30 (60%)	17 (46%)	10 (56%)	-
	Diminue	38 (36%)	14 (28%)	20 (54%)	4 (22%)	-
Q35 - Vous êtes fier.ère de travailler pour votre établissement, n	D'accord	58 (55%)	33 (66%)	15 (41%)	10 (56%)	0,179
	Pas d'accord	22 (21%)	7 (14%)	15 (41%)	0 (0%)	-
	Ne se prononce pas	25 (24%)	10 (20%)	7 (19%)	8 (44%)	-
Q36 - Vous êtes satisfait.e de la reconnaissance apportée à votre travail, n	D'accord	45 (42,9%)	27 (54%)	8 (22%)	10 (56%)	<u>0,004</u>
	Pas d'accord	50 (47,6%)	21 (42%)	23 (62%)	6 (33%)	-
	Ne se prononce pas	10 (9.5%)	2 (4%)	6 (16%)	2 (11%)	-
Q37 - Vous êtes satisfait.e de la sécurité sur votre lieu de travail, n	D'accord	77 (73,4%)	35 (70%)	28 (76%)	14 (78%)	0,734
	Pas d'accord	20 (19%)	11 (22%)	5 (14%)	4 (22%)	-
	Ne se prononce pas	8 (7.6%)	4 (8%)	4 (11%)	0 (0%)	-
Q38 - Vous êtes satisfait.e de votre rémunération totale, n	D'accord	33 (31%)	15 (30%)	16 (43%)	2 (11%)	<u>0,020</u>
	Pas d'accord	62 (59%)	31 (62%)	19 (51%)	12 (67%)	-
	Ne se prononce pas	10 (10%)	4 (8%)	2 (5.4%)	4 (22%)	-
Q39 - Depuis le début de la pandémie à SARS-CoV-2, vous diriez que votre qualité de vie au travail..., n	S'est améliorée	12 (11%)	8 (16%)	0 (0%)	4 (22%)	0,314
	Est restée inchangée	35 (33%)	15 (30%)	14 (38%)	6 (33%)	-
	S'est dégradée	52 (50%)	27 (54%)	21 (57%)	4 (22%)	-
	Ne se prononce pas	6 (6%)	0 (0%)	2 (5.4%)	4 (22%)	-
Q40 - Qu'imaginez-vous faire dans deux ans ?, n						0,185
~ Continuer à faire le même travail dans cet établissement		37 (35%)	21 (42%)	12 (32%)	4 (22%)	
~ Travailler dans un autre établissement		24 (23%)	11 (22%)	9 (24%)	4 (22%)	-
~ Quitter le secteur		17 (16%)	8 (16%)	3 (8.1%)	6 (33%)	-
~ Évoluer au sein de l'établissement		16 (15%)	7 (14%)	7 (19%)	2 (11%)	-
~ Retraite		7 (7%)	1 (2%)	4 (11%)	2 (11%)	-
~ Autre*		4 (4%)	2 (4%)	2 (5.4%)	0 (0%)	-
Indice reconnaissance et motivation, %^a		36,1	31,7	47,3	25,8	0,183

* Les propositions n'ayant reçues aucune réponse ont été masquées

× « Ne sait pas », « En réflexion », « Changer de temps de travail pour être plus au domicile et travailler un WE sur trois au lieu d'un sur deux », « Passer à 80% »

^aMoyenne des réponses negatives aux questions 33 à 38 (la réponse « Diminue » étant considérée comme une réponse négative à la question 34)

2.6. L'indice de travail collectif

Bien que la majorité des soignants estimait que leur travail au quotidien était en adéquation avec les missions décrite dans leur fiche de poste, 48% d'entre eux considérait que la répartition de la charge de travail n'était pas optimale. Sur ce point, on observait une différence significative entre les infirmières, parmi lesquelles 60% estimaient que les tâches étaient bien réparties, et les aides-soignantes et agents de service hospitalier, avec des pourcentages respectifs de 27% et 22%.

Cette préoccupation semblait constituer un point d'amélioration crucial, considérant que l'optimisation de l'organisation du travail se classait en tête des priorités des soignants pour améliorer leur quotidien professionnel. En deuxième position, on observait un intérêt marqué pour le bien-être des résidents, surtout chez les aides-soignantes qui plaçaient cette préoccupation en tête de leur liste, au détriment de l'autonomisation et de la responsabilisation individuelle au travail. Pour les infirmières, ce sont les conditions matérielles de travail qui semblaient être prioritaires, bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative. On peut noter que les relations que sein de l'équipe semblaient poser davantage de problèmes que celles avec la hiérarchie.

Tableau 7 - Indice de travail collectif

		Total, n (%)	Infirmière (n = 50)	Aide-soignante (n = 37)	ASH (n = 18)	p
Q41 - Votre fiche de poste est conforme à votre travail au quotidien, n	D'accord	78 (74%)	41 (82%)	23 (62%)	14 (78%)	0,151
	Pas d'accord	21 (20%)	5 (10%)	12 (32%)	4 (22%)	-
	Ne se prononce pas	6 (5.7%)	4 (8%)	2 (5.4%)	0 (0%)	-
Q42 - La charge de travail est bien répartie entre les agents, n	D'accord	44 (42%)	30 (60%)	10 (27%)	4 (22%)	0,027
	Pas d'accord	50 (48%)	13 (26%)	25 (68%)	12 (67%)	-
	Ne se prononce pas	11 (10%)	7 (14%)	2 (5.4%)	2 (11%)	-
Q43 - Quels sont les principaux points sur lesquels il faudrait agir en priorité ?, n						
~	Une meilleure organisation du travail	70 (67%)	32 (64%)	28 (76%)	10 (56%)	0,288
~	La qualité du service, de la prise en charge des résidents	62 (59%)	21 (42%)	33 (89%)	8 (44%)	<0,001
~	Les conditions de travail (locaux, outils, matériel,...)	60 (57%)	32 (64%)	20 (54%)	8 (44%)	0,322
~	La relation au sein de l'équipe	38 (36%)	18 (36%)	14 (38%)	6 (33%)	0,948
~	Le développement des compétences de chacun	37 (35%)	21 (42%)	8 (22%)	8 (44%)	0,099
~	La relation avec la hiérarchie	24 (23%)	10 (20%)	6 (16%)	8 (44%)	0,053
~	L'autonomie, la responsabilisation dans votre travail	18 (17%)	12 (24%)	0 (0%)	6 (33%)	0,002
~	Autre*	6 (6%)	4 (8%)	2 (5,4%)	0 (0%)	0,457

* « Réussir à être encore plus attractif pour pouvoir recruter », « Devenir plus attractif », « Trouver du personnel compétant », « Recruter des gens motivés et compétents », « Améliorer les relations avec les familles » à deux reprise.

DISCUSSION

1. Analyse des résultats et comparaisons à la littérature

1.1. Représentativité de la population

En comparant la population de notre étude aux données du dernier rapport du Baromètre emploi formation de l'OPCO en 2022 (27), nous observons une répartition similaire selon le genre. Cependant, la distribution des différents métiers au sein de notre échantillon ne reflétait pas de manière représentative la population des professionnels de la santé, avec une surreprésentation notable des infirmières. Il est possible que cela soit dû à la manière dont le questionnaire a été diffusé, que ce soit par le biais de l'accueil, de la direction ou d'une infirmière référente. Ainsi, l'interlocuteur soignant privilégié aurait pu être les infirmières, lesquelles auraient plus ou moins transmis le questionnaire aux aides-soignantes et agents de service hospitalier, conformément à une structure hiérarchique pyramidale.

En réalité, les aides-soignantes constituent la majorité de l'effectif du personnel soignant, suivies des infirmières puis des agents de service hospitalier. Cette disparité dans la répartition des métiers dans cette étude introduit un biais dans la comparaison de la pyramide des âges, nous constatons néanmoins une représentation plus importantes des personnes âgées de 45 à 54 ans, au détriment de celles de moins de 30 ans.

1.2. Résultats principaux

Les soignants étaient une majorité à percevoir une dégradation de la situation de leur établissement, associée à une détérioration de leur qualité de vie au travail, notamment depuis le début de la pandémie à SARS-CoV-2. Malgré un manque d'optimisme quant à l'avenir, on observait un engagement marqué envers les métiers du soin, avec une motivation qui restait stable. Les soignants déploraient cependant un manque de reconnaissance à l'égard de leur profession et estimaient que leur rémunération n'était pas à la hauteur de leur engagement.

Concernant la demande psychologique au travail, trois quarts des soignants ressentait un stress modéré à élevé, attribué au manque de moyens matériels, au manque de temps, et surtout à une charge de travail trop élevée. Le contact avec le public était également un facteur de charge psychologique pour les infirmières et aides-soignantes, tandis que les agents de service hospitalier étaient plus épargnés, probablement en raison de leurs responsabilités orientées vers l'entretien et l'hôtellerie.

Les tensions au sein de l'équipe soignante représentaient un autre facteur de stress au travail. Globalement, 38% des professionnels estimaient ne pas bénéficier d'un soutien adéquat, marquant le volet le moins favorable de la qualité de vie au travail dans cette étude. Bien que 70% des soignants estimaient pouvoir compter sur leur équipe en cas de difficulté, la perception d'un manque de considération entre collègues en termes de respect ou de solidarité persistait.

Environ un quart des soignants rencontraient des contraintes quant à leurs marges de manœuvre et à la reconnaissance de leurs compétences. Des glissements de tâches étaient signalés, notamment chez les infirmières et les aides-soignantes.

Les agents de service hospitalier affichaient le plus haut niveau d'autonomie dans leur indice de latitude décisionnelle, bien que leur responsabilité en termes de soins aux résidents ne soit la plus faible. On constate ainsi qu'elles présentaient le meilleur niveau de satisfaction dans chacun des indices étudiés.

En revanche, les aides-soignantes présentaient systématiquement le niveau de satisfaction le plus bas dans les différents indices étudiés. Elles signalaient un non-respect fréquent de leur planning, un sévère manque de temps, un défaut de reconnaissance de leur travail, et une ambiance de travail dégradée, générant un stress important sans soutien social pour compenser. Ces facteurs contribuaient à des difficultés d'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, entraînant une insatisfaction globale au travail et une diminution notable de leur motivation.

1.3. Comparaison avec la littérature

La satisfaction globale des soignants au travail s'élevait à 62%, se situant en deçà de la moyenne nationale estimée à 70% en 2020 selon l'Insee (28).

En comparaison avec l'étude de l'ANFH Limousin qui a inspiré ce travail (25), on observait une grande similarité dans les points d'insatisfaction des professionnels de santé, avec souvent des désaccords moins marqués. Ainsi, les indices de demande psychologique, de latitude décisionnelle, de soutien social étaient plus élevés dans leur étude, atteignant respectivement 45%, 34%, 44%, contre 28%, 28%, et 38% dans cette étude. La puissance statistique de l'étude en Limousin et les différences de population étudiée peuvent être une source de disparité entre ces deux travaux. L'ANFH avait, en effet, étudié non seulement les EHPAD, mais également les établissements sanitaires (principalement des centres hospitaliers), qui représentaient la majorité de leurs répondants, ainsi que les établissements du champ enfance, famille, handicap.

2. Les particularités du quotidien de soignant en EHPAD

L'organisation du travail apparaissait dans cette étude comme un pilier clé d'amélioration de la qualité de vie au travail selon les soignants. Certaines contraintes spécifiques du métier de soignant en EHPAD, comme détaillées par l'HAS en 2016 (13), sont à prendre en compte pour envisager ce qu'est une journée de travail dans ces établissements. Ces contraintes comprennent des horaires et des rythmes de travail spécifiques, une charge physique, mentale et émotionnelle considérable, ainsi que la particularité des relations avec le public.

2.1. Un planning minuté et des contraintes horaires spécifiques

Le quotidien des soignants est rythmé par des moments clés non compressibles, comme le lever, les repas, et le coucher. Ils font face à la gestion de pathologies spécifiques des résidents, comme les dépendances pour l'élimination, avec 34% souffrant d'incontinence (9) dont 86% nécessitant une aide partielle ou totale besoin (4). La gestion des urgences, avec la possibilité d'une dégradation rapide de l'état de santé des résidents, souligne la pression liée à la réactivité, amplifiée lors de l'épidémie de SARS-CoV-2⁵.

Pour répondre à ces besoins, une organisation minutieuse doit être établie, impliquant la diversité des plages horaires en fonction des jours et des semaines. Les soignants, œuvrant dans des roulements par équipe, peuvent avoir des horaires variés, de journées de 12 heures à des services de nuit ⁶. Ce fonctionnement en horaires atypiques peut entraîner une fatigue significative, ayant des effets néfastes avérés sur la santé (30,31).

Les plannings conçu le plus souvent de façon mensuelle (32) compliquent la projection à moyen terme, tandis que le travail le week-end impacte la vie personnelle, bien que des avantages, comme la disponibilité pour des démarches administratives, puissent être appréciés.

2.2. L'intervention auprès d'une population fragile

Les professionnels de la santé interrogés indiquaient que les relations avec les résidents et/ou leurs familles constituaient une source de stress au travail. Cette tension émotionnelle découle de l'interaction avec un public âgé et vulnérable, exposé aux risques de chutes et présentant des troubles cognitifs susceptibles d'être accompagnés de troubles du comportement avec parfois des actes violents. La charge émotionnelle est accentuée par des situations fréquentes de fin de vie, parfois mal encadrées, notamment durant la pandémie de COVID-19.

⁵ La pandémie a été responsable de 34 000 décès en EHPAD entre mars 2020 et mars 2021 (29)

⁶ 16% des aides-soignantes et des ASH travaillent de nuit et 6% des soignants alternent entre le travail de jour et de nuit (4)

Les soignants font face quotidiennement aux défis émotionnels liés au vieillissement, à la perte d'autonomie, à l'isolement et au décès des résidents. Ils ressentent des émotions tout en étant tenus à un professionnalisme et à une distance émotionnelle. (33). Une dissonance émotionnelle peut ainsi survenir lorsque qu'une situation exige l'expression d'une émotion qui n'est pas celle réellement ressentie, et elle a été établie comme un facteur de risque de mal-être au travail, notamment chez les soignants (34).

Malgré ces exigences de professionnalisme, les résidents demandent souvent un engagement affectif des soignants, recherchant en eux un lien social (35). Cette inclination peut être attribuée en partie à la prévalence des troubles cognitifs, qui rendent difficile l'établissement de liens avec certains résidents mais également par la peur de former des amitiés avec des personnes dont le décès pourrait survenir rapidement. Ainsi, les résidents se tournent vers les soignants, attendant d'eux non seulement des compétences professionnelles, mais également des qualités humaines et relationnelles.

Dans l'étude, les soignants témoignaient pouvoir être confrontés à des difficultés avec les résidents et leurs familles. Ces conflits peuvent émerger lorsque la famille ressent de la culpabilité en raison de l'entrée en institution de leur proche, perçue comme un échec du maintien à domicile. Ce passage en EHPAD résulte souvent d'une détérioration rapide de l'état de dépendance après une pathologie aiguë, transformant l'institutionnalisation en dernier recours lorsque le soutien à domicile n'est plus suffisant. Cette transition provoque un "renversement générationnel", modifiant le rôle de la famille entre les enfants et les parents. Avec l'admission en EHPAD, les soignants deviennent un nouvel acteur clé formant une relation triangulaire impliquant la famille, l'établissement et la personne âgée. Plusieurs sources de tensions peuvent alors émerger entre les attentes des familles, accentuées par des considérations financières importantes, et la réalité des contraintes organisationnelles de l'établissement.

3. Charge de travail croissante et ses conséquences

Au-delà des difficultés organisationnelles le premier facteur de stress identifié par les soignants était la surcharge de travail et le manque de temps disponible pour bien effectuer son travail. Malgré les attentes élevées en matière de respect des pratiques de bientraitance⁷ et objectifs de maintien de l'autonomie énoncées dans les recommandations de l'ANESM en 2010 et du Code de l'action sociale et des familles (37), la réalité quotidienne du travail soignant est souvent marquée par une focalisation sur les résidents les plus dépendants. Cette orientation, bien que compréhensible compte tenu des besoins critiques de cette population, conduit parfois à la négligence des missions d'accompagnement des individus autonomes.

3.1. Une charge en soins considérable

Avec l'accroissement des niveaux de dépendance, la majorité des patients requiert une aide humaine dans chaque domaine de la grille GIR. La question cruciale du temps soignant se manifeste particulièrement lors de moments clés de la journée, tels que les repas, où les soignants doivent non seulement servir l'ensemble des résidents mais également assister une grande partie d'entre eux. Il n'est par exemple pas toujours possible de laisser aux résidents le temps nécessaire pour manger (38).

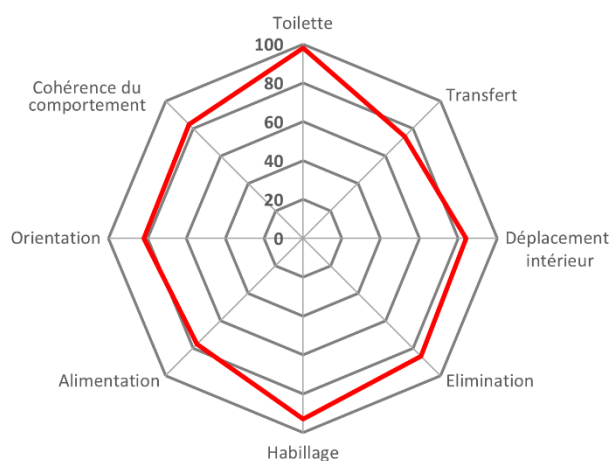


Figure 1 - Part des résidents confrontés à une dépendance partielle ou totale selon le type d'activité (4)

⁷ L'Haute Autorité de Santé définit, dans ses recommandations de bonne pratique de 2008, la bientraitance comme « une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins ». (36)

3.2. Un manque de moyen humain

Aucun consensus n'émerge quant à une organisation optimale du travail (39), mais un constat clair transparaît de tous les rapports de ces cinq dernières années sur la situation en EHPAD : il existe un déficit de moyens humains pour faire face à cette augmentation de la dépendance de la population accueillie. Plusieurs soignants de cette étude ont ainsi précisé que le recrutement de personnel et l'amélioration de l'attractivité des métiers du secteur devraient être des priorités.

Pour évaluer les ressources en personnel dans les EHPAD, on recourt au taux d'encadrement. Bien que cet outil ne soit pas parfait pour refléter exactement la réalité (16), il présente l'avantage d'être défini de manière simple par le rapport entre les effectifs du personnel en Équivalent Temps Plein (ETP) et le nombre de places disponibles dans l'établissement. Le taux d'encadrement actuel⁸, bien que progressant depuis 2007, reste insuffisant pour répondre à l'augmentation de la dépendance et l'augmentation de la demande en soins médico-techniques de la population accueillie (9,40). Les établissements avec des taux d'encadrement plus élevés ont démontré une résilience supérieure face à la pandémie de COVID-19 (29), soulignant ainsi l'importance de cette mesure pour garantir une prise en charge adéquate des résidents.

Outre la question du temps et de la charge de travail, les enjeux liés à la maltraitance institutionnelle deviennent particulièrement apparents en contexte de pénurie de personnel, de rotation importante, d'épuisement professionnel et de manque d'encadrement. De nombreuses violations des droits fondamentaux des résidents ont été signalées en 2021 (41), allant de l'hygiène (port systématique de protections, fréquence insuffisante des douches et des toilettes) à la personnalisation de l'accompagnement (horaires de lever, accompagnement culturel), en passant par la sécurité alimentaire et médicamenteuse.

⁸ Rapport de la DREES en 2022, basé sur les données de l'enquête EHPA 2019 (4) : taux d'encadrement de 63 pour l'ensemble du personnel (contre 57,2 en 2007) dont 42 ETP d'encadrement soignants.

Le rapport de la Défenseur des droits conclut que la maltraitance, légalement définie depuis 2022 (42), est principalement liée à des lacunes organisationnelles, rappelant que « Les droits et libertés des résidents ne peuvent pas être une variable d'ajustement face au manque de moyens et de personnels au sein des EHPAD ».

3.3. Un manque d'attractivité plurifactoriel

Plusieurs obstacles entravent une augmentation de la présence des soignants auprès des résidents, parmi lesquels l'absentéisme, dont le taux médian était de 10,8% en 2019 (43)⁹, soit une journée d'absence tous les dix jours par équivalent temps plein. Les raisons d'absence incluent les arrêts maladies, accidents du travail, et maladies professionnelles, avec une fréquence d'accidents du travail/maladies professionnelles trois fois plus élevée que la moyenne nationale. Cette problématique se majore, avec une augmentation de 28% des jours d'absence pour ces motifs entre 2016 et 2019 (45). Les lombalgies et autres problèmes périarticulaires, évoluant souvent vers des troubles musculosquelettiques (TMS), sont les principaux motifs d'arrêt. Les soignants en EHPAD présentent également un indice élevé de risques psychiques liés au travail (46).

La sinistralité est particulièrement notable chez les aides-soignantes et les ASH, représentant 51% des nouveaux pensionnés en invalidité en 2018, bien qu'elles ne constituaient que 34% des effectifs. Une proposition d'amélioration consiste à augmenter le taux d'encadrement, permettant une intervention à deux lors des manutentions des résidents, réduisant ainsi le risque d'accidents du travail et potentiellement d'un tiers le taux d'absentéisme lié à ces incidents en EHPAD (47).

⁹ Il était de 5,11% dans la population générale cette même année (44)

4. Les aides-soignantes au cœur de la tourmente

Les métiers liés au grand âge ont fait l'objet de multiples rapports au cours des dernières années. Porteurs de sens, les experts se sont penchés sur les raisons de leur manque d'attrait, des raisons que nous avons partiellement évoquées. Toutefois, le Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand âge 2020-2024 piloté par Myriam El Khomri souligne que la profession d'aide-soignante est particulièrement touchée par une dégradation de son attractivité (46). En se fondant sur l'interprétation des indices de qualité de vie au travail selon le modèle de Karasek (48), les aides-soignantes de cette étude se situent dans l'intersection entre une exigence élevée et une latitude décisionnelle faible, ce qui engendre une tension importante liée au travail. Cette situation constitue un facteur de risque majeur d'épuisement, d'accident de travail ou de maladie professionnelle (15,20).

4.1. Un métier en quête de reconnaissance

Les aides-soignantes signalaient un manque de reconnaissance ainsi qu'un soutien social insuffisant, une problématique persistante soulignée dès 1995 par Anne-Marie Arborio, spécialiste en sociologie du travail dans le domaine de la santé qui définit le métier d'aide-soignante comme « un travail auprès du malade, sans le prestige qui lui est associé lorsqu'il est réalisé par des professionnels » (49).

Le statut d'aide-soignant a été instauré en 1949 pour répondre à la nécessité, à partir de 1946, d'un Diplôme d'État pour les infirmières. Cette mesure visait à éviter la perte de personnel qualifié en contexte de pénurie, offrant un nouveau statut aux infirmières participant aux soins des malades sans le diplôme requis. La définition des responsabilités des aides-soignantes était initialement basée sur une approche empirique, résultant de la délégation des tâches considérées comme moins prestigieuses par les infirmières (50). Cela a créé une hiérarchie des responsabilités professionnelles basée sur une échelle de prestige des tâches.

4.2. Une perte de sens victime de l'industrialisation de son secteur

Pour revaloriser leur position, les aides-soignantes ont cherché à renverser la stigmatisation attachée aux tâches déléguées, en mettant en avant la relation affective privilégiée qu'elles entretiennent avec les patients lors des activités de la vie quotidienne. L'amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents apparaissait ainsi, dans cette étude, comme la première priorité des aides-soignantes.

Cependant, la réalité de leur travail a évolué avec l'industrialisation croissante du secteur de la dépendance, notamment avec la création du statut d'EHPAD en 1997 et les lois de financements de la sécurité sociale de 2008 et 2009, qui ont introduit des tarifs plafonds pour harmoniser les dépenses entre établissements (51). Cette approche, axée sur des indicateurs industriels tels que le GMP ou le PMP, a cherché à rationaliser l'organisation des établissements pour maîtriser les dépenses publiques, mais a négligé les aspects sociaux et humains du travail des aides-soignantes, réduisant leur rôle à des tâches quantifiables.

La nécessité de valider informatiquement chaque tâche, afin de permettre le suivi de ses indicateurs, contribue à l'intensification de la charge de travail des aides-soignantes. Dans l'étude, elles critiquaient ainsi un manque de temps disponible mais également le contenu de leur travail et la difficulté d'utiliser pleinement leurs compétences dans un contexte marqué par une charge en soin considérable.

L'industrialisation croissante a également eu des répercussions sur la qualité du travail des aides-soignantes, générant chez elles une perte de sens (52). Malgré des objectifs visant à mettre en place des plans d'accompagnement personnalisé et à favoriser l'autonomie des résidents, elles se voient souvent contraintes de hiérarchiser leurs missions, favorisant par exemple les soins d'hygiène au détriment des moments de vie sociale (53).

Cette situation crée un sentiment de "qualité empêchée", où le temps désiré pour un accompagnement de qualité ne correspond pas aux contraintes organisationnelles, générant frustration, impuissance, et parfois des actes considérés comme de la "maltraitance"¹⁰.

Ces différents facteurs peuvent expliquer certains résultats de l'étude, en ce qui concerne la perception d'un manque de temps pour accomplir toutes les tâches requises. Par ailleurs, la baisse de motivation identifiée particulièrement chez les aides-soignantes pourrait être attribuée à la perte de sens ressentie dans l'exercice de leur métier.

4.3. Des initiatives timides pour réformer le secteur

En analysant les facteurs de risque identifiés par Maslach et Leiter (20), il apparaît que les aides-soignantes cumulent l'ensemble des éléments à risque, notamment la surcharge de travail, le manque de contrôle et d'autonomie, les rétributions insuffisantes, l'affaiblissement du collectif, et les conflits de valeurs. Ces difficultés, associées à une sinistralité importante, une faible rémunération et des perspectives de carrière limitées, contribuent à rendre le métier d'aide-soignant particulièrement peu attractif.

Malgré un besoin croissant en aides-soignantes¹¹, les nombreux rapports produits au cours des cinq dernières années (40,46) et les mesures ayant pu être mise en place n'ont pas encore abouti aux évolutions nécessaires. La revalorisation du métier d'aide-soignant avec le Ségur de la Santé, bien que marquant une progression en termes de salaire et de grade dans la fonction publique hospitalière, a été accompagnée de réserves exprimées par des instances comme la Commission des Affaires sociales (54) et la Cour des comptes (29), qui soulignent que la pandémie n'avait fait qu'exposer des fragilités préexistantes. Elles expriment des doutes sur l'efficacité des campagnes de communication ministérielles et des augmentations salariales

¹⁰ Le rapport de la Défenseur des droits de 2021 souligne que « La maltraitance provient parfois d'actes individuels plus ou moins conscient mais surtout de carences de l'établissement » (41)

¹¹ On estime qu'il faudrait former environ 350 000 personnes d'ici 2025 pour couvrir les postes vacants, les départs et l'augmentation des besoins (46).

du Ségur de la Santé sur l'attractivité, tout en critiquant l'absence de progrès en matière de formation, d'évolution de carrière et de prévention des risques professionnels. Ces instances ont ainsi appelé à une réforme en profondeur du système, ce qui nécessiterait des investissements considérables sur le plan financier et humain.

5. Forces et limites

5.1. Forces

Ce travail s'inscrit dans les préoccupations actuelles liées à l'étude de la qualité du travail chez les soignants, actualisant des données antérieures à la pandémie. Son originalité réside dans sa comparaison entre différents groupes de professionnels soignants exerçant en EHPAD.

Le caractère multicentrique permet de diversifier l'échantillon, notamment en ce qui concerne le statut juridique des établissements de travail.

5.2. Limites

Malgré un nombre de réponse permettant des analyses statiques, le taux de participation est resté faible par rapport à la population ciblée. De ce fait l'échantillon n'est pas représentatif ce qui peut introduire des biais dans l'interprétation des résultats.

Aucune question ne portait sur le statut professionnel du répondant (CDD, CDI, intérim), introduisant ainsi un biais dans les réponses aux questions concernant les perspectives envisagées dans les 2 ans. En effet, un nombre plus élevé de personnes quittent le secteur après avoir occupé des postes en CDD ou travaillé en intérim qu'après avoir obtenu un poste en CDI, ce qui influe sur l'interprétation de cette question.

PERSPECTIVES

De nombreuses propositions d'amélioration émanent des instances depuis de nombreuses années. Il serait opportun d'envisager la mise en œuvre d'une enquête sur la qualité de vie au travail (QVT) au niveau de chaque établissement, afin de prendre en compte les spécificités de leur fonctionnement. Un guide destiné à faciliter la mise en place d'une démarche QVT est disponible (55) , découlant d'une initiative nationale visant à promouvoir la qualité de vie au travail. Cette approche s'inscrit parmi les recommandations du rapport El Khomri, qui préconise également la mise en place d'un programme national de lutte contre la sinistralité. Selon le baromètre des EHPAD en 2021 (32), 54% de ces établissements avaient déjà mis en place une démarche de QVT, soulignant une prise de conscience croissante de son importance dans le secteur.

La création de temps dédiés à l'échange permettrait à chaque individu de s'exprimer et d'influencer le contenu de son travail. Ce dispositif offre l'opportunité de discuter des événements quotidiens, de faciliter la concertation, de partager des points de vue, d'apaiser les tensions et d'explorer de nouvelles approches. Une recommandation du rapport El Khomri sur l'attractivité des métiers du grand âge préconise la mise en place de 4 heures de temps collectifs par mois. Cependant, cette proposition rencontre des freins, notamment la libération de temps non opérationnels et la création de périodes d'échange, dans un contexte de contraintes temporelles préexistantes. Actuellement, seuls les temps de transmission sont institutionnalisés, mais ils sont principalement axés sur les résidents, qui restent au cœur des préoccupations des soignants.

BIBLIOGRAPHIE

1. Direction de l'information légale et administrative, CNSA. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2020.
2. Ministère de la Santé et de la Prévention. Personnes âgées : les chiffres clés. 2021.
3. Ministère de la Santé et de la Prévention. Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2021.
4. DREES. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. 2022 juill.
5. DREES. Perte d'autonomie : à pratique inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. 2020 déc.
6. DREES. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. 2016 sept.
7. Insee. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française. 2020.
8. CNSA. Les soins en EHPAD : AGGIR-PATHOS. 2022.
9. Professeur Claude Jeandel, Professeur Olivier Guérin, Ministère des Solidarités et des Familles. Rapport de missions sur les USLD et EHPAD. 2021 juin.
10. Florence Aubenas. Les aides-soignantes de la maison de retraite des Opalines, à Fouché, mettent fin à leur grève. Le Monde.fr. 27 juill 2017
11. DARES. Les expositions aux risques professionnels : les risques psychosociaux. DARES; 2020 sept.
12. Ordre national des infirmiers. Dépression, épuisement professionnel, mal-être : quelle réalité au sein de notre profession ? 2018.
13. HAS. Revue de littérature sur qualité de vie au travail et qualité des soins. Haute Autorité de Santé. 19 févr 2016
14. Pierre Canouï, Aline Mauranges, Anne Florentin. Le burn-out à l'hôpital. 5ème édition. Elsevier Masson; 2015.
15. INRS. Santé et sécurité au travail en EHPAD - Des outils pour prévenir les risques professionnels en EHPAD. 2016.
16. DREES. Le taux d'encadrement dans les EHPAD. 2020 déc.
17. Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact). Retours d'expérience Covid-19 en EHPAD. 2022 juin.
18. Ministère de la Santé et de la Prévention. Ségur de la santé - Un an de transformations pour le système de santé. 2021.
19. Direction de l'information légale et administrative. Hausse des salaires pour les personnels du secteur médico-social. 2022.

20. Lecourt V, Poletti R, Ferrero F. Le burnout des soignants. Médecine & Hygiène; 2018.
21. Articles R4311-1 à D4311-15-2 - Actes professionnels. Code de la Santé Publique nov 21, 2023.
22. Article R4311-4. Code de la santé publique juill 26, 2021.
23. Décret n° 2021-1825 du 24 décembre 2021 portant statut particulier des corps de la filière soignante de la catégorie C de la fonction publique hospitalière. déc 24, 2021.
24. Annuaire des EHPAD et comparateur de prix et restes à charge | Pour les personnes âgées.
25. ANFH Limousin, IPSOS. Enquête « qualité de vie au travail » Etablissements délégation Limousin – 28 juin 2018.
26. BiostaTGV - Statistiques en ligne.
27. Observatoire de l'OPCO Santé. Baromètre emploi formation 2022. 2022.
28. Insee. Satisfaction dans la vie et ses différents domaines – France, portrait social. 2021 nov.
29. Cours des comptes. Rapport public annuel 2022 - Les personnes âgées hébergées dans les EHPAD. 2022.
30. INRS. Travail en horaires atypiques. Effets sur la santé et accidents. 2021 juill.
31. Dr M-A.Desailly-Chanson et H.Siahmed (IGAS), avec la contribution de S.Elshoud (IGAENR). Etablissements de santé - Risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. 2016 déc.
32. KPMG France. Baromètre des EHPAD 2021. La Veille Acteurs de Santé. 2022.
33. Dagot L, Perié O. Le burnout et la dissonance émotionnelle dans l'activité de care en centre d'appel. Le travail humain. 2014;77(2):155-75.
34. Djediat A, Battistelli A, Pohl S. Dissonance émotionnelle et bien-être dans la profession infirmière : le rôle médiateur des stratégies de régulation émotionnelle. Psychologie du Travail et des Organisations. 1 juin 2020;26(2):158-70.
35. ANESM. Recommandation de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en EHPAD (volet 3), La vie sociale des résidents en EHPAD. 2010 déc.
36. HAS. Haute Autorité de Santé. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre.
37. Article L311-3. Code de l'action sociale et des familles.
38. Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, Ministère des affaires sociales et de la santé. Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées. 2017 avr.
39. Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale. Mission « Flash » - Les conditions de travail et la gestion des ressources humaines dans les EHPAD. 2022 mars.
40. Dominique Libault. Grand âge, le temps d'agir. 2019 mars.

41. La Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. 2021 mai.
42. Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. Code de l'action sociale et des familles.
43. ARS Pays de la Loire. Evolution des taux d'absentéisme dans les ESMS des Pays de la Loire entre 2017 et 2019. 2021 juin.
44. Cabinet de conseil Ayming. 12ème Baromètre de l'Absentéisme et de l'Engagement - Etude 2020. 2020.
45. Cours des comptes. Rapport Sécurité sociale 2022 - Chapitre IV - Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap. 2022 oct.
46. El Khomri Myriam. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024. 2019 oct.
47. Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées.
48. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24(2):285-308.
49. Arborio AM. Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*. 1995;13(3):93-126.
50. Hughes EC. Good People and Dirty Work. *Social Problems*. 1 juill 1962;10(1):3-11.
51. Dussuet A, Nirello L, Puissant E. De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social. *La Revue de l'Ires*. 2017;91-92(1-2):185-211.
52. Castanet V. Les fossoyeurs: Révélation sur le système qui maltraite nos aînés. Fayard; 2022. 382 p.
53. Billaud S, Xing J. « On n'est pas si mauvaises ! » Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité. *SociologieS*. 16 juin 2016
54. Commission des Affaires sociales du Sénat. La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD - un nouveau modèle à construire. 2022 févr.
55. Réseau Anact-Aract. Guide Pratique - Démarche qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux. 2021 mars.
56. Direction de l'information légale et administrative, CNSA. Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? 2021.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Part des résidents confrontés à une dépendance partielle ou totale selon le type d'activité	36
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Descriptif de la population	18
Tableau 2 - Indice de demande psychologique	20
Tableau 3 - Indice de latitude décisionnelle.....	23
Tableau 4 - Indice de soutien social	25
Tableau 5 - Perception de la dynamique d'établissement.....	26
Tableau 6 - Indice de reconnaissance et motivation	28
Tableau 7 - Indice de travail collectif.....	30

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
MÉTHODES	13
1. Population étudiée	13
2. Recrutement	14
3. Questionnaire.....	14
4. Recueil	15
5. Analyse statistique.....	16
RÉSULTATS	17
1. Descriptif de la population	17
2. Résultats et comparaisons des groupes de professionnels	18
2.1. L'indice de demande psychologique.....	18
2.2. L'indice de latitude décisionnelle	21
2.3. L'indice de soutien social.....	23
2.4. La dynamique d'établissement.....	26
2.5. L'indice de reconnaissance et motivation	27
2.6. L'indice de travail collectif	29
DISCUSSION	31
1. Analyse des résultats et comparaisons à la littérature.....	31
1.1. Représentativité de la population	31
1.2. Résultats principaux	31
1.3. Comparaison avec la littérature	33
2. Les particularités du quotidien de soignant en EHPAD	33
2.1. Un planning minuté et des contraintes horaires spécifiques	34
2.2. L'intervention auprès d'une population fragile	34
3. Charge de travail croissante et ses conséquences.....	36
3.1. Une charge en soins considérable	36
3.2. Un manque de moyen humain	37
3.3. Un manque d'attractivité plurifactoriel.....	38
4. Les aides-soignantes au cœur de la tourmente	39
4.1. Un métier en quête de reconnaissance	39
4.2. Une perte de sens victime de l'industrialisation de son secteur	40
4.3. Des initiatives timides pour réformer le secteur	41
5. Forces et limites.....	42
5.1. Forces.....	42
5.2. Limites.....	42
PERSPECTIVES	43
BIBLIOGRAPHIE.....	44
LISTE DES FIGURES	47
LISTE DES TABLEAUX.....	47
TABLE DES MATIÈRES	48
ANNEXES.....	I
1. Annexe 1 – Questionnaire	I
2. Annexe 2 - Grille AGGIR et signification	VI

ANNEXES

1. Annexe 1 – Questionnaire

Questionnaire de thèse d'exercice de médecine générale

Enquête « qualité de vie au travail » dans les Établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes de Sarthe

Partie 1 - Profil des agents participants

Tranche d'âge :

- < 25 ans - 25-34 ans - 35-44 ans - 45-54 ans - > 55 ans

Genre :

- Femme - Homme - Autre

Ancienneté dans l'établissement :

- < 1 an - 1-5 ans - 5-10 ans - 10-15 ans - > 15 ans

Famille professionnelle :

- Infirmier.ère Diplômé.e d'État (IDE) - Agent de service hospitalier (ASH)

- Aide-soignant.e

Partie 2 - Indice de demande psychologique

Question 1 – Vous êtes satisfait.e de vos horaires de travail

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 2 - Vous avez une idée précise de ce que l'on attend de vous dans votre travail

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 3 - En général, votre planning est respecté

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 4 - Vous avez les informations dont vous avez besoin pour bien faire votre travail

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 5 - L'équipement et les moyens matériels à votre disposition sont adaptés

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 6 - Vous disposez du temps nécessaire pour effectuer correctement votre travail

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 7 – Vous êtes satisfait.e de la charge de travail

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 8 - Vous êtes satisfait.e de votre équilibre vie privée - vie professionnelle

- D'accord - Pas d'accord - Ne se prononce pas

Question 9 - Vous êtes confronté.e à des situations conflictuelles avec les résidents

- Souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Non concerné.e

Question 10 – Vous êtes confronté.e à des situations conflictuelles avec les familles des résidents

- Souvent
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais
- Non concerné.e

Question 11 - Vos principaux facteurs de stress au travail sont... (4 choix possibles)

- La surcharge de travail (ou une charge d'activité trop importante)
- L'instabilité de votre planning
- Un manque d'agilité organisationnelle (lenteur décision/d'action...)
- Des relations conflictuelles avec un ou plusieurs collègues
- Des relations conflictuelles avec votre hiérarchie
- Des relations difficiles avec les résidents
- Le manque d'informations nécessaires pour bien faire votre travail
- Des dysfonctionnements liés aux bâtiments et aux locaux
- Des dysfonctionnements liés au matériel
- Des dysfonctionnements liés aux outils informatiques
- Les interactions entre votre vie privée et professionnelle
- Le temps de transport entre votre domicile et votre lieu de travail
- Autre

Question 12 - Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous la quantité de stress liée à votre travail ... ?
(1 correspondant à un niveau de stress extrêmement bas, 10 un niveau extrêmement élevé)

Partie 3 - Indice de latitude décisionnelle

Question 13 - Les missions et les responsabilités des uns et des autres sont bien définies

- | | | |
|------------|----------------|----------------------|
| - D'accord | - Pas d'accord | - Ne se prononce pas |
|------------|----------------|----------------------|

Question 14 – Vous êtes satisfait.e du contenu de votre travail

- | | | |
|------------|----------------|----------------------|
| - D'accord | - Pas d'accord | - Ne se prononce pas |
|------------|----------------|----------------------|

Question 15 - Vous êtes pleinement responsabilisé.e sur les missions/tâches qui vous sont confiées

- | | | |
|------------|----------------|----------------------|
| - D'accord | - Pas d'accord | - Ne se prononce pas |
|------------|----------------|----------------------|

Question 16 - Votre travail vous permet d'utiliser pleinement vos compétences

- | | | |
|------------|----------------|----------------------|
| - D'accord | - Pas d'accord | - Ne se prononce pas |
|------------|----------------|----------------------|

Question 17 - Votre travail vous permet de renforcer vos compétences

- | | | |
|------------|----------------|----------------------|
| - D'accord | - Pas d'accord | - Ne se prononce pas |
|------------|----------------|----------------------|

Question 18 - Votre supérieur.e hiérarchique se préoccupe de votre développement professionnel

- | | | |
|------------|----------------|----------------------|
| - D'accord | - Pas d'accord | - Ne se prononce pas |
|------------|----------------|----------------------|

Partie 4 - Indice de soutien social

Question 19 - Les soignants se respectent

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 20 - Les soignants sont solidaires

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 21 - Les avis ou les propositions d'amélioration faits par les personnels sont pris en compte

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 22 - L'établissement s'intéresse vraiment à la qualité de vie au travail des agents

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 23 - Vous êtes satisfait.e de l'ambiance de travail

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 24 - Vous êtes satisfait.e des relations avec votre encadrement, votre hiérarchie

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 25 – Votre supérieur.e hiérarchique est disponible quand vous avez besoin de lui/elle

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 26 - Vous pouvez compter sur vos collègues pour vous soutenir en cas de difficulté professionnelle

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 27 - Vous pouvez compter sur votre supérieur.e hiérarchique pour vous soutenir en cas de difficulté professionnelle

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 28 – Vous êtes en difficulté lors qu'un.e collègue est en arrêt de travail

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Question 29 – Vous avez déjà envisagé de ne pas vous arrêter pour ne pas mettre en difficulté vos collègues

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Partie 5 – La perception de la dynamique de l'établissement

Question 30 - La situation générale de votre établissement ...

- S'améliore
- Est stable
- Se dégrade
- Ne se prononce pas

Question 31 - Etes-vous optimiste pour l'avenir de votre établissement ?

- | | | | | | |
|---|-----------|---|------------|---|--------------------|
| - | Optimiste | - | Pessimiste | - | Ne se prononce pas |
|---|-----------|---|------------|---|--------------------|

Question 32 - Le fonctionnement de l'établissement est efficace

- | | | | | | |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|
| - | D'accord | - | Pas d'accord | - | Ne se prononce pas |
|---|----------|---|--------------|---|--------------------|

Partie 6 – Indice de reconnaissance et motivation

Question 33 - Globalement, vous êtes satisfait.e de votre travail aujourd'hui

- D'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

Question 34 - Aujourd'hui, votre motivation dans votre travail...

- Augmente
- Reste stable
- Diminue
- Ne se prononce pas

Question 35 – Vous êtes fier.ère de travailler pour votre établissement

- D'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

Question 36 - Vous êtes satisfait.e de la reconnaissance de votre travail

- D'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

Question 37 - Vous êtes satisfait.e de la sécurité sur votre lieu de travail

- D'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

Question 38 - Vous êtes satisfait.e de votre rémunération totale

- D'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

Question 39 – Depuis le début de la pandémie à SARS-CoV-2, vous diriez que votre qualité de vie au travail...

- S'est plutôt améliorée
- Est restée inchangée
- S'est plutôt dégradée
- Ne se prononce pas

Question 40 - Qu'imaginez-vous faire dans deux ans ?

- Continuer à faire le même travail dans cet établissement
- Evoluer au sein de l'établissement
- Travailler dans un autre établissement
- Quitter le secteur
- Autre (congé sabbatique, retraite...)

Partie 7 – Indice de travail collectif

Question 41 - Votre fiche de poste est conforme à votre travail au quotidien

- D'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

Question 42 - La charge de travail est bien répartie entre les agents

- D'accord
- Pas d'accord
- Ne se prononce pas

Question 43 - Quels sont les principaux points sur lesquels il faudrait agir en priorité au sein de votre établissement dans les mois à venir ? (3 choix possibles)

- La qualité du service, de la prise en charge des résidents / patients
- Une meilleure organisation du travail
- Les conditions de travail (locaux, outils, matériel, ...)
- La relation avec la hiérarchie
- La relation au sein de l'équipe
- Le développement des compétences de chacun dans son métier
- L'autonomie, la responsabilisation dans votre travail au quotidien
- Autre

Commentaire supplémentaire :

Merci de l'attention portée à ce questionnaire

Ressources en cas de difficultés au travail :

- Cadre du service, collègues
- Service de médecine du travail
- Médecin généraliste
- Famille, proches...

2. Annexe 2 - Grille AGGIR et signification

La grille nationale Aggir (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de dépendance. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR) (56).   chaque GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. 17 activités sont évaluées selon une échelle de A (fait seul, totalement, habituellement et correctement), à C (ne fait pas). Le GIR est calculé en fonction des scores aux activités dites « discriminantes » que sont la communication (cohérence et communication à distance), l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation (se servir et manger), l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale, les mobilisations (se lever, se coucher, s'asseoir), les déplacements intérieurs et extérieurs.

Description des différents groupes :

- GIR 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants
 - Ou personne en fin de vie.
- GIR 2 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante
 - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
- GIR 3 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
- GIR 4 : Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement
 - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aid e pour les soins corporels et les repas
- GIR 5 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
- GIR 6 : Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Cerfa
N° 11510*01

Nom : Prénom :

Numéro d'immatriculation : | | | | | | | | | | | |

Adresse :

Code Postal : | | | | | Commune :

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
1	COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
2	ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
3	TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
		Bas
4	HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
		Moyen
		Bas
5	ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
		Manger
6	ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
		Fécale
7	TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
8	DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant ...	
9	DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
10	COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
11	GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
12	CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
13	MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
14	TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
15	ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
16	SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
17	ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

C : ne fait pas

A _____, le _____

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402-AS

Qualité de vie au travail des soignants en EHPAD en Sarthe - État des lieux à 3 ans de la crise sanitaire liée au SARS-CoV-2

RÉSUMÉ

Introduction : Les évolutions démographiques, la complexité croissante des besoins des résidents, et la crise sanitaire liée à la pandémie de SARS-CoV-2 ont intensifié les défis auxquels sont confrontés les soignants en EHPAD. Face à ces enjeux, le gouvernement a lancé le Ségur de la Santé. L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de vie au travail des soignants en EHPAD en Sarthe trois ans après le début de la crise sanitaire.

Méthodes : Étude quantitative transversale observationnelle multicentrique portant sur l'ensemble du personnel d'EHPAD impliqué dans les soins de base (infirmières, aides-soignantes et agents de service hospitalier), au moyen d'un questionnaire anonyme distribué dans les 75 EHPAD de la Sarthe. Le recueil des données a eu lieu entre le 2 août et le 10 novembre 2023 via la plateforme LimeSurvey, et l'analyse statistique a été effectuée à l'aide de tests de Kruskal-Wallis et d'ANOVA, avec un seuil de significativité retenu à 5%.

Résultats : 105 questionnaires ont été analysés. L'indice de demande psychologique s'élevait à 27,6%, l'indice de latitude décisionnelle à 27,8%, l'indice de soutien social à 38,4%, et l'indice de reconnaissance et de motivation à 36,1%. Environ 55% des soignants estimaient que la situation de leur établissement se détériorait, avec la charge de travail, le manque de temps et les difficultés organisationnelles identifiés comme des sources de stress significatives. Les aides-soignantes présentaient des niveaux de satisfaction plus bas dans différents domaines, notamment un déséquilibre plus marqué entre vie privée et professionnelle, un soutien social moins satisfaisant, et des contraintes temporelles liées à une charge de travail considérable.

Conclusion : La qualité de vie au travail des soignants en EHPAD se détériore, mettant en évidence des vulnérabilités exacerbées par la pandémie de SARS-CoV-2. Bien que des réformes aient été entreprises avec le Ségur de la Santé en 2020, une refonte profonde du secteur de la dépendance semble nécessaire pour relever le défi démographique posé par le vieillissement de la population.

Mots-clés : qualité de vie au travail, soignant, EHPAD, COVID-19

Workplace quality of life for caregivers in nursing homes in Sarthe - Overview 3 years after the health crisis related to SARS-CoV-2

ABSTRACT

Introduction: Demographic changes, the increasing complexity of residents' needs, and the health crisis related to the SARS-CoV-2 pandemic have heightened the challenges faced by caregivers in nursing homes. In response to these issues, the government initiated the "Ségur de la Santé". The objective of this study is to assess the quality of work life for caregivers in EHPADs in Sarthe three years after the onset of the health crisis.

Methods: A multicenter cross-sectional observational quantitative study was conducted, involving all EHPAD staff engaged in basic care (nurses, nursing assistants, and hospital service agents), using an anonymous questionnaire distributed in the 75 EHPADs in Sarthe. Data collection took place between August 2 and November 10, 2023, via the LimeSurvey platform, and statistical analysis was performed using Kruskal-Wallis and ANOVA tests, with a significance threshold set at 5%.

Results: 105 questionnaires were analyzed. The psychological demand index was 27.6%, the decision latitude index was 27.8%, the social support index was 38.4%, and the recognition and motivation index was 36.1%. Approximately 55% of caregivers believed that their institution's situation was deteriorating, with workload, lack of time, and organizational difficulties identified as significant sources of stress. Nursing assistants reported lower satisfaction levels in various areas, including a more pronounced imbalance between personal and professional life, less satisfactory social support, and time constraints related to a considerable workload.

Conclusion: The quality of work life for caregivers in EHPADs is deteriorating, highlighting vulnerabilities exacerbated by the SARS-CoV-2 pandemic. Despite reforms initiated with the "Ségur de la Santé" in 2020, a profound overhaul of the dependency sector seems necessary to address the demographic challenge posed by the aging population.

Keywords : Workplace quality of life, caregiver, nursing home, COVID-19