

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

## **Le sens au travail en EHPAD :** *Un enjeu du cadre de santé pour motiver les aides-soignants*

Lucille BOURRIGAN

**DCS@15-16**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

## Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement ma Directrice de mémoire Madame Myriam Héron pour sa disponibilité, ses conseils avisés et sa présence bienveillante.

Merci aux professionnels des trois EHPAD, cadres de santé et aides-soignants, qui ont bien voulu participer à mon enquête et ainsi rendre si riche et concrète cette expérience.

Merci à l'équipe pédagogique de l'ESM et à la promotion DCS 2015/2016 pour l'ambiance de travail chaleureuse qui m'a portée tout au long de l'année et particulièrement mes complices depuis le premier jour.

Merci à ma famille et mes amis pour leur aide logistique, à mes enfants pour leur impatience et leurs encouragements.

MERCI à Arnaud pour sa compréhension et son soutien indéfectible. Sans toi rien n'aurait été possible.

# Sommaire

Introduction .....	6
1 L'émergence du choix du thème de mémoire .....	7
1.1 Mes représentations .....	8
1.2 Questionnement issu de lectures exploratoires et question de départ.....	10
2 Cadre théorique.....	13
2.1 La Société, le vieillissement et la mort .....	13
2.1.1 Evolution sociétale face au vieillissement.....	13
2.1.2 Représentations de la vieillesse.....	14
2.1.3 Représentations de la mort .....	16
2.2 L'EHPAD .....	17
2.2.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?.....	17
2.2.2 Bases légales .....	17
2.2.3 La tarification .....	18
2.2.4 Les droits des résidents .....	19
2.2.5 La participation des familles .....	21
2.2.6 Processus d'admission en EHPAD.....	21
2.2.7 Evolution de la population accueillie et profils de résidents .....	22
2.3 Les professionnels en EHPAD .....	23
2.3.1 Le Directeur .....	23
2.3.2 Le Médecin coordonnateur.....	23
2.3.3 Le psychologue.....	24
2.3.4 Le cadre de santé.....	24
2.3.5 Les infirmiers .....	24
2.3.6 Les aides-soignants.....	25
2.3.7 L'aide médico-psychologique .....	25
2.3.8 L'équipe pluridisciplinaire .....	25
2.3.9 Le sens du soin en EHPAD.....	26

2.4	L'aide-soignant, un acteur omniprésent de la prise en charge du patient et pourtant « invisible » .....	27
2.4.1	Historique de la profession d'aide-soignant .....	28
2.4.2	Le travail de « care », le « sale-boulot » de l'infirmier .....	29
2.4.3	Relation aux autres professionnels soignants .....	29
2.4.4	Glissement de tâche, autonomie et réingénierie du diplôme aide-soignant .....	31
2.4.5	Opportunités actuelles, débouchés et évolution .....	32
2.4.6	Représentations du travail soignant en gériatrie .....	33
2.4.7	Les aides-soignants en EHPAD, une histoire de vocation .....	34
2.5	La motivation au travail .....	35
2.5.1	Le travail .....	35
2.5.2	La motivation .....	35
2.5.3	Les théories de la motivation qui éclairent celle de l'aide-soignant en EHPAD .....	36
2.5.4	Motivation, démotivation et indifférence : les indicateurs .....	39
2.6	Le sens au travail .....	41
2.6.1	L'importance du sens au travail .....	41
2.6.2	Le sens au travail comme levier de la motivation .....	42
2.6.3	Le non-sens au travail, souffrance de l'aide-soignant en EHPAD .....	43
2.7	L'organisation vectrice de sens comme levier managérial de la motivation des aides-soignants en EHPAD .....	46
2.7.1	Management et organisation du travail .....	46
2.7.2	L'aide-soignant-référent en EHPAD .....	46
2.7.3	Les leviers managériaux, le rôle du cadre de santé en EHPAD .....	47
2.8	Retour sur mes hypothèses .....	49
3	Enquête .....	51
3.1	Présentation des outils et stratégie d'enquête .....	51
3.1.1	Stratégie d'enquête .....	51
3.1.2	Le questionnaire destiné aux aides-soignants en EHPAD .....	52
3.1.3	L'entretien auprès des cadres de santé .....	53

3.2	Les entretiens.....	53
3.2.1	Le cadre de l'établissement A .....	53
3.2.2	Le cadre de l'établissement B .....	54
3.2.3	Le cadre de l'établissement C .....	54
3.2.4	Le sens au travail en EHPAD dans les trois structures .....	55
3.2.5	L'organisation du travail des AS.....	58
3.2.6	Le management et la motivation .....	61
3.3	Les résultats des questionnaires .....	66
3.3.1	Déroulement des questionnaires accompagnés collectifs .....	66
3.3.2	Le dépouillement .....	67
3.3.3	Le sens du soin en EHPAD.....	67
3.3.4	Les facteurs de satisfaction et insatisfaction .....	69
3.3.5	Le rapport des aides-soignants à la mort.....	72
3.3.6	Le ressenti des aides-soignants au travail.....	73
3.3.7	Le contexte de travail en EHPAD.....	74
3.4	L'analyse des résultats .....	76
3.4.1	L'indifférence .....	76
3.4.2	La démotivation .....	78
3.4.3	La motivation .....	81
3.4.4	Management et motivation .....	84
3.5	Retour sur mes hypothèses.....	85
3.5.1	L'organisation de travail et la motivation.....	85
3.5.2	La compétence palliative et la motivation .....	86
3.6	Limites de ce travail .....	86
	Conclusion .....	88
	Bibliographie .....	89
	Annexes	

## Liste des abréviations

**AGGIR** : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

**ALS** : allocation de logement social

**AMP** : aide médico-psychologique

**ANESM** : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**APA** : allocation personnalisée d'autonomie

**APL** : allocation personnalisée au logement

**ARS** : Agence régionale de santé

**AS** : aide-soignant

**CAF** : Caisse d'allocations familiales

**CAFAS** : Certificat d'aptitude à la formation d'aide-soignant

**CVS** : Conseil de vie sociale

**DCS** : Diplôme cadre de santé

**DEAS** : diplôme d'Etat d'aide-soignant

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**ESM** : Ecole Supérieure Montsouris

**GIR** : groupe iso-ressources

**HAD** : hospitalisation à domicile

**IDE** : infirmier diplômé d'Etat

**SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile

## Avertissement pratique

Dans un souci de lisibilité et bien que la profession d'aide-soignant soit très largement féminisée, j'ai choisi d'utiliser le terme d'aide-soignant au masculin dans le cadre théorique. A chaque fois, il faut lire aide-soignant ou aide-soignante. En revanche, les sources utilisées emploient plus fréquemment le féminin. Les citations n'ont pas été modifiées.

Pour la partie dépouillement de l'enquête, j'ai utilisé l'abréviation AS pour alléger le style.

## Introduction

Le cadre de santé est responsable de la motivation de son équipe. Bien plus qu'une évidence, cette réalité est surtout un défi de la fonction au quotidien. Pour mon mémoire de l'école des cadres, il m'intéressait particulièrement de comprendre le mécanisme et les ressorts de ce phénomène auprès des aides-soignants en EHPAD.

Après avoir expliqué l'émergence de ce choix et le cheminement jusqu'à ma question de départ, je poserai deux hypothèses afin de cibler mes recherches.

Dans le cadre théorique, j'expliquerai le contexte sociétal et les représentations qui accompagnent le phénomène du vieillissement puis la réglementation de l'EHPAD et le rôle des différents professionnels qui y interviennent. Je m'attarderai particulièrement sur la fonction d'aide-soignant et ses particularités en EHPAD. Puis je détaillerai les concepts de la motivation et du sens au travail rapportés à l'aide-soignant en EHPAD et le lien qui existe entre les deux. Cela me permettra de définir les leviers managériaux qui y sont favorables, de revenir sur le rôle du cadre de santé en EHPAD et d'affiner mes hypothèses.

Afin de les vérifier, j'expliquerai la méthodologie de l'enquête menée dans trois EHPAD auprès des cadres de santé et aides-soignants. Après analyse des résultats, je reviendrai sur mes hypothèses et les limites de cette enquête, avant de conclure sur le réinvestissement de ce travail dans ma future fonction de cadre de santé.

# 1 L'émergence du choix du thème de mémoire

Infirmière depuis 13 ans, actuellement étudiante Cadre de Santé à l'Ecole Supérieure Montsouris, j'ai choisi de faire mon mémoire sur le thème de la motivation des aides-soignants. Ce travail prend sa source dans mon expérience professionnelle de 7 ans en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Si un concours de circonstances m'a amenée, presque par hasard, à exercer dans ce type d'établissement, c'est bien par choix que j'ai poursuivi dans cette voie et c'est aujourd'hui par conviction qu'à l'issue de ce tournant professionnel j'envisage de travailler dans le secteur du soin aux personnes âgées.

Les défis permanents à relever, la qualité des relations humaines ou encore la délégation de responsabilités sont probablement les sources de la motivation quasi constante que j'ai pu ressentir au cours de ces années. Si pour moi les sources de satisfaction ont été nombreuses et l'épanouissement professionnel important, j'ai, en revanche, observé du côté des aides-soignants ce qui m'a semblé être un étiolement de cette motivation. Aujourd'hui, certains signes m'alertent. Ils « traînent des pieds », sont en négociation permanente, s'absentent, oublient des tâches. Une réorganisation récente des horaires de travail s'est faite en douceur et ils ont tous choisi leur nouveau roulement. Il y a même eu une création de poste pour alléger leur charge de travail et ils semblaient satisfaits. Cette situation m'a réellement interpellée et donné envie de comprendre ce phénomène.

La pénibilité du travail, la grabatisation des résidents, la multiplication des contraintes et des normes, les 35 heures, pour un salaire peu attractif et une répétition quotidienne des mêmes gestes... La liste des raisons, des causes potentielles de démotivation est longue. C'est avec tous ces « a priori » que j'aborde ce travail de recherche.

Les évolutions médicales, démographiques et sociétales en cours vont inéluctablement entraîner le développement important du secteur médico-social et particulièrement des EHPAD en France dans les années à venir. Dans ce contexte spécifique de plus en plus contraint, les conditions de prise en soins des personnes âgées par des professionnels de santé tendent vers une qualité proche de celle de l'hôpital avec un projet de vie, dans un lieu de communauté.

Dans cette situation complexe, le recrutement, la fidélisation et la motivation des aides-soignants, personnel au plus près du résident, sont essentiels pour assurer la qualité et la

sécurité de leur accueil. Cet aspect est donc un enjeu majeur du rôle du cadre de santé en EHPAD.

Les notions de bienveillance et de bienveillance à l'égard des personnes âgées avec leurs caractéristiques doivent être compatibles avec une certaine efficacité de ce travail voire même une efficacité. La qualité de vie et de la prise en charge des résidents sont conditionnées notamment par la motivation au travail des personnels en EHPAD. Toutes ces notions, majeures pour moi, guideront mon mémoire de recherche.

Cette année de formation est une occasion de prendre de la hauteur et du recul afin de poser un regard émaillé de connaissances nouvelles sur le travail de soignant. Cette recherche va me permettre de me départir de mes « a priori » pour expliquer cette problématique et tenter de trouver des pistes d'amélioration de l'organisation que j'ai connue. J'espère en ressortir plus armée pour exercer la fonction à laquelle je me destine.

## **1.1 Mes représentations**

Afin d'explicitier mon travail, j'ai défini mes représentations. Celles-ci me permettront ensuite, de séparer ce que je pense des « réalités » issues du travail de recherche d'auteurs confirmés ayant étudié le sujet.

### La motivation

La motivation est pour moi un moteur pour la bonne réalisation d'un acte.

Pour moi, être motivé c'est :

- Trouver du plaisir dans ce que l'on fait. Le sourire, la démarche, l'entrain, l'élan et l'expression verbale de cette satisfaction en sont les signes visibles. L'assiduité peut également en être un marqueur.
- Avoir le sentiment de faire quelque chose d'utile. Comprendre le sens de son action, le pourquoi de chaque chose et son intérêt. Cette estime de soi et de ses actes peut s'exprimer par la communication autour de son travail au travers des transmissions. Elle est favorisée par la reconnaissance (des patients et leurs famille, des pairs et de la hiérarchie). Dans le cadre privé, parler de son travail est ressenti comme valorisant.
- Effectuer une tâche en autonomie, sans la vivre comme une contrainte. La liberté d'organisation et de planification y participent. On peut l'observer lorsque le travail est fait dans son intégralité. Une connaissance des procédures est nécessaire.

Savoir travailler seul, et demander de l'aide lorsque cela est nécessaire, est un signe visible tout comme la spontanéité et la prise d'initiatives.

Ainsi, selon mes représentations, quelqu'un qui ne sourit pas, ne parle pas de ce qu'il fait, négocie fréquemment ses attributions, oublie des tâches, se limite à la « prescription » et s'absente fréquemment n'est pas motivé pour son travail.

### Le travail aide-soignant, le nursing

Le métier que j'ai choisi est pour moi très noble et le soin se caractérise par un « service vital » rendu au patient. Dans ce contexte, où la qualité du travail influence la vie d'un autre, où le patient est à la « merci » de nos actes, je considère que la rigueur et la bienveillance sont des qualités indispensables. Ainsi, sans m'identifier particulièrement au patient, mon éthique personnelle me fixe une ligne de conduite.

Ma première expérience professionnelle à l'Hôpital Américain, a probablement façonné, ma représentation du travail de nursing. J'ai exercé pendant 5 ans en médecine puis en chirurgie digestive dans cet établissement où, à l'époque, j'effectuais le métier d'infirmière dans toutes ses dimensions, selon la politique de l'institution. Chaque infirmière avait en charge son patient dans tous les actes relevant du rôle propre et du rôle sur prescription. Il y avait très peu d'aides-soignants. La plupart du temps les binômes étaient de deux infirmières. J'ai apprécié prendre en charge mes patients dans leur globalité, comme on le fait lors de notre formation. J'ai expérimenté l'intérêt de cette organisation : la proximité du patient, la connaissance fine de ses besoins, l'avantage du dépistage rapide des complications. Je me suis, toutefois, rendu compte également de la difficulté d'organisation pour alterner les soins très techniques et les soins de nursing. Je réalise le caractère exceptionnel de cette expérience, lié aux moyens financiers de cet hôpital et comprends les conditions qui sous-tendent, ailleurs, la délégation du nursing aux aides-soignants.

Je pense que cette première expérience explique mon intérêt pour le travail d'aide-soignant et mon attention particulière pour cette fonction.

### Le travail soignant en EHPAD

Les EHPAD sont, avant d'être des lieux de soins, des lieux de vie. La vulnérabilité et la dépendance des patients fait des aides-soignants des acteurs de premier plan auprès du résident. L'infirmier, qui a en charge plus de 40 patients en général, ne conserve la plupart du temps que le côté « rôle sur prescription » de son métier. Il intervient alors plus comme

coordinateur des soins d'hygiène et de continuité de la vie. Il recueille et centralise les informations concernant ses patients afin de poser des diagnostics infirmiers (ou prévient le médecin en cas de problème médical) mais délègue les actions à mettre en œuvre. La relation d'aide avec le résident existe toujours, mais la qualité de prise en charge ne dépend plus uniquement de son bon vouloir. Dans cette situation, j'ai eu, à l'égard des aides-soignants un niveau d'exigence proche de celui que je m'impose. Mais celui-ci est basé sur mes propres représentations, mon expérience, mon éthique personnelle et mon champ d'exercice professionnel.

Je pense que le sens du travail aide-soignant en EHPAD est différent de celui habituellement attribué à cette fonction, qu'il n'est pas celui qu'ils ont appris en formation. Il me semble que les difficultés qu'ils rencontrent se heurtent à leurs représentations du sens qu'ils donnent à leur métier. La mort, vécue souvent comme un échec, favorise cette perte de sens lorsque la répétitivité des tâches masque l'importance de leur travail au quotidien. La faible qualité du retour du patient participe de la non-reconnaissance de leur travail et les difficultés avec certaines familles favorisent une perte de sens (s'ils sont agressifs c'est que je fais mal, si je fais mal je ne sers à rien). Je pense que leur faible classement dans la hiérarchie et le peu de parti pris dans les décisions minimisent l'importance de ce travail. Cette situation peut faire douter les aides-soignants de l'intérêt de leur travail et donc de son sens. Ainsi, ils peuvent perdre la motivation à exercer.

## ***1.2 Questionnement issu de lectures exploratoires et question de départ***

Dans un premier temps, des lectures exploratoires m'ont permis de dégager certains traits principaux de la problématique, puis une série d'interrogations m'amène à la question de départ de ce travail de mémoire et à deux hypothèses.

La naissance du métier d'aide-soignant est liée aux progrès médicaux du début du 20<sup>ème</sup> siècle. La nécessité de professionnaliser les infirmiers est apparue et les non-diplômés, dont l'aide restait essentielle pour faire tourner les services, ont été « séparés ». Cela explique le rôle de délégation. Les tâches déléguées constituent le « sale boulot », comme dans chaque métier, c'est ainsi que s'effectue le choix de la délégation. Ce terme est particulièrement adapté au rôle des aides-soignants puisqu'ils sont exposés régulièrement aux « déchets corporels ».

Les aides-soignants trouvent leur satisfaction dans la relation particulièrement proche avec le patient. Mais les bouleversements dans les organisations de travail se traduisant par une rationalisation et une augmentation de la charge de travail mettent en danger ce lien. En EHPAD, le travail auprès de résidents de plus en plus dépendants et le stress professionnel lié à la pression des autorités entraînent une souffrance au travail.

De plus, le soin en EHPAD est un domaine particulier : le « care » sans guérison. Les décès fréquents, l'opposition occasionnelle des résidents, voire l'agressivité et la culpabilité des familles, les faibles échanges verbaux avec certains résidents atteints de troubles cognitifs, les demandes d'augmentation de qualité... peuvent faire perdre de vue le sens premier de leur travail. Cela se traduit par de l'absentéisme, de l'évitement et une perte d'entrain.

Le rôle de l'aide-soignant en EHPAD ainsi que le ratio infirmier/aides-soignants est différent de l'hôpital : les aides-soignants étant au moins 4 fois plus nombreux que les infirmiers. Le binôme infirmier/aide-soignant tel qu'on l'entend habituellement n'existe pas. En revanche, l'absence de médecin en permanence oblige l'infirmier à développer ses capacités cliniques, grâce souvent aux alertes des aides-soignants et à leurs connaissances fines des résidents. La délégation de tâches inclut également, en plus des soins de nursing, la dispensation de médicaments per os.

Quels sont les enjeux et les contraintes du travail en EHPAD ?

Comment l'évolution démographique et sociétale impacte-t-elle ce secteur ?

Quel est le rôle de chacun ?

Comment s'articulent les relations professionnelles ?

Quelle est la place du cadre de santé ?

Pourquoi les aides-soignants sont-ils particulièrement touchés par ces changements ?

Qu'est-ce que le sens au travail et particulièrement le sens du travail aide-soignant en EHPAD ?

Qu'est-ce qui en fait un travail singulier ? Quel est le regard posé dessus par les autres professionnels et par le grand public ?

Qu'est-ce qui caractérise les relations entre les familles des résidents et les aides-soignants en EHPAD ?

Quelles sont les représentations et le ressenti des aides-soignants face à la mort ?

Qu'est-ce que la motivation et la démotivation ? Quels sont les indicateurs observables ?

Dans quelle mesure le sens au travail est-il un vecteur de motivation ?

Quelles postures managériales sont favorables au maintien du sens au travail ?

Ce questionnement m'a permis de dégager une question de départ à ce travail de mémoire :

**Comment le cadre de santé peut-il favoriser le sens au travail des aides-soignants en EHPAD pour éviter leur démotivation ?**

Pour y répondre, au regard de mes recherches exploratoires et de mon expérience, je propose les deux hypothèses suivantes qui me permettront de cibler mon cadre théorique.

Hypothèses

1. Le type d'organisation des soins mis en place par le cadre de santé en EHPAD, favorisant la référence et le suivi d'un groupe de résidents, peut être générateur de sens au travail pour les aides-soignants et ainsi favoriser leur motivation.
2. La montée en compétences des aides-soignants dans la prise en charge palliative des résidents en EHPAD favorise le sens de leur travail, leur sentiment d'utilité et participe à leur motivation.

Dans un premier temps, un cadre théorique permettra d'éclaircir le contexte sociétal autour du vieillissement, de l'EHPAD et du travail aide-soignant. Puis, une analyse des théories de la motivation et du sens au travail me permettra de proposer des pistes managériales et organisationnelles favorables à la motivation au travail des aides-soignants en EHPAD.

## 2 Cadre théorique

### 2.1 La Société, le vieillissement et la mort

#### 2.1.1 Evolution sociétale face au vieillissement

La révolution pastorienne puis l'accélération des progrès médicaux ont entraîné un allongement de la durée de la vie. Ainsi, « *l'espérance de vie a presque doublé au cours du vingtième siècle* »<sup>1</sup>. Parallèlement, le phénomène du baby-boom entraîne une modification de la pyramide des âges avec une projection pour 2030 de 1,5 actifs pour un retraité contre 2,5 dans les années 70. Est ainsi apparu ces cinquante dernières années un phénomène nouveau appelé « vieillissement de la population ».

Dans les années 70, la population de retraités a repoussé la vieillesse en se donnant le nom de *troisième âge* « *qui constitue un temps de maturité et de réalisation de soi* »<sup>2</sup>. Renommée *les séniors* dans les années 90, cette tranche de la population est devenue autonome de ses enfants (en opposition avec les générations précédentes) grâce au système des retraites. Ainsi, les personnes âgées ayant quitté la vie active ont progressivement cessé de rejoindre le foyer de leurs enfants, « *...à la fin des années 60 lorsque les effets de l'exode rural, de l'urbanisation et de l'industrialisation avaient contribué à modifier profondément la structuration de la cellule familiale qui est passée d'un modèle à trois générations à un modèle limité à deux qualifié fréquemment de nucléaire.* »<sup>3</sup>

Parallèlement à ce phénomène, les crises économiques du XXème siècle et l'émancipation de la femme, qui déplacent les femmes jusqu'alors au foyer vers le travail, entraînent une modification des habitudes de vie des français. « *La solidarité intergénérationnelle change, car la vie en société évolue. La famille nucléaire, le travail féminin, la mobilité géographique des enfants, les transformations de l'habitat, le culte de la jeunesse et des loisirs, le tabou autour de la mort et de la dépendance, font que la majorité des personnes malades sont institutionnalisées.* »<sup>4</sup>

Cette évolution sociétale a eu un impact sur la représentation de la vieillesse.

---

<sup>1</sup> Institut National d'Etudes Démographiques

<sup>2</sup> CARADEC Vincent. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. P.21

<sup>3</sup> VILLEZ Alain. EHPAD. *La crise des modèles*.

<sup>4</sup> BERNARD Marie-Fleur. *Prendre soin de nos aînés en fin de vie*. P.43

### 2.1.2 Représentations de la vieillesse

La représentation de la vieillesse est principalement bipolaire avec d'un côté les seniors bien portants et actifs et de l'autre une représentation biomédicale qui conçoit « *le vieillissement sur le mode du déclin, comme un processus de sénescence marqué par le ralentissement et l'affaiblissement des fonctions vitales et conduisant à la dépendance* »<sup>5</sup>.

Ainsi, les seniors se sont distingués des personnes les plus âgées bientôt appelées « *personnes âgées dépendantes* ». Ce terme est créé dans les années 70 par des gériatres pour caractériser le handicap de certaines personnes âgées. Il devient une notion juridique avec les lois de dépendance de 1997 et a participé à une modification négative de la perception de la personne âgée.

« *...en multipliant les descriptions de dégradations physiques liées à l'âge, la gériatrie a participé à l'éclosion d'une image plus pessimiste de la vieillesse.* »<sup>6</sup>.

« *L'idée que la vieillesse est une décadence individuelle et collective* »<sup>7</sup> s'est installée durablement suite à l'affaiblissement économique de la nation qui a suivi l'augmentation de la part des plus de 60 ans liée à l'allongement de la durée de la vie.

« *S'est ainsi imposée une vision de la grande vieillesse d'inspiration biomédicale, qui véhicule une image déficitaire de cet âge de la vie, appréhende la dépendance comme un état nécessitant un besoin d'aide et non comme une relation sociale* »<sup>8</sup>.

D'un point de vue sociologique, le vieillissement individuel « *est un processus complexe* »<sup>9</sup>. Il se caractérise par « un phénomène relationnel » où la qualité des interactions sociales oscille de la condescendance à l'agacement, voire à une remise en cause des compétences dans les actes de la vie quotidienne. C'est également un « phénomène contextuel » où la qualité des supports et de l'environnement peut influencer positivement l'ancrage de la personne âgée dans le monde.

De manière générale, dans notre société, la vieillesse n'est plus synonyme de ressource de savoirs anciens et a, au contraire, une image particulièrement négative.

---

<sup>5</sup> CARADEC. *Opus cité*. p.30

<sup>6</sup> CARADEC. *Ibid.* p.28

<sup>7</sup> CARADEC. *Ibid.* p.29

<sup>8</sup> CARADEC. *Ibid.* p.22

<sup>9</sup> CARADEC. *Ibid.* p.115

C'est un âge de la vie où les interactions sociales ont tendance globalement à diminuer et où le rôle de l'entourage proche devient plus prégnant en accompagnant la personne à travers les différentes « épreuves ». Au-delà d'une étape de la vie, le vieillissement est progressivement devenu un problème de prise en charge dans la société française.

*« Si les vieux occupent le devant de la scène médiatique aujourd'hui et s'imposent comme sujets prioritaires des considérations sociopolitiques, ce n'est pas tant parce qu'ils occupent une place privilégiée dans notre société... que parce que plus que jamais, étant de plus en plus vieux, la question de leur aide pose problème »<sup>10</sup>.*

La preuve en est du développement d'une économie nouvelle appelée *Silver économie* lancée en 2013<sup>11</sup> par le Ministère de l'Economie et des Affaires Sociales qui espère faire du vieillissement de la population une opportunité de croissance économique. Point culminant de ce phénomène, la loi d'adaptation de la société au vieillissement se propose « *de répondre à une demande forte des Français d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques dans leur ensemble* »<sup>12</sup>.

Le vieillissement dans notre société se caractérise par une vision assez négative des jeunes générations et un appauvrissement des relations sociales qui le transforment en un « problème » de société auquel la politique essaye de trouver une opportunité économique.

L'augmentation du nombre de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs et notamment de la maladie d'Alzheimer<sup>13</sup>, a amplifié ce phénomène de rejet. Les symptômes des différentes démences tels que l'agressivité, les troubles mnésiques et la désorientation effraient. Cela d'autant plus que, si le mécanisme commence à être compris, la cause du déclenchement de la maladie reste à ce jour inconnue.

À l'évolution de ces représentations s'ajoute également celle de la mort dans notre société.

---

<sup>10</sup> BONNET Magalie. *La relation de soin en gériatrie ou en réanimation : clinique d'une mort annoncée.*

<sup>11</sup> RAPPORT DU COMMISSARIAT GENERAL A LA STRATEGIE ET A LA PROSPECTIVE. *La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France.*

<sup>12</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

<sup>13</sup> 900 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer en France. Source INSERM

### 2.1.3 Représentations de la mort

Si, encore au XIX<sup>ème</sup> siècle, la mort s'affichait et le mourant était au centre du processus, veillé par sa famille, de nos jours la mort est quelque chose de tabou et le « médecin » a progressivement pris la place de la famille.

Selon Jonas, « *la mort n'apparaît plus comme une nécessité faisant partie de la nature du vivant, mais comme un défaut organique évitable, susceptible au moins en principe de faire l'objet d'un traitement, et pouvant être longtemps différée* »<sup>14</sup>. Ainsi, la mort est-elle perçue comme un échec et difficilement acceptée et « *...on est passé de l'exaltation de la mort à l'époque romantique (XIX<sup>ème</sup> siècle) au refus de la mort aujourd'hui.* »<sup>15</sup>.

Selon Philippe Ariès, le « modèle contemporain de la mort » se caractérise par « *la répugnance croissante à admettre ouvertement la mort...l'isolement moral imposé au mourant...enfin la médicalisation du sentiment de la mort.* »<sup>16</sup>. Dans notre société, la mort est devenue quelque chose de caché, ainsi « *l'homme d'aujourd'hui, faute de la voir assez souvent de près (la mort), l'a oubliée* »<sup>17</sup>.

Même si depuis quelques années, suite aux évolutions de la médecine et au développement des soins palliatifs, la mort revient dans les débats, notamment autour de la prise en charge de la fin de vie et l'euthanasie : « *il est honteux aujourd'hui de parler de la mort et de ses déchirements* »<sup>18</sup>.

Une caractéristique particulière de la mort en institution est que « *les mourants sont de plus en plus vieux et les membres de leur entourage aussi* »<sup>19</sup>. De ce fait, les accompagnants sont d'autant plus influencés dans leurs réactions qu'ils sont parasités par leur propre angoisse de mort.

Selon Lise Causse<sup>20</sup>, « *la décrépitude, la folie et la mort sont plus que jamais sources d'angoisse et d'occultation... cette situation confère un pouvoir exorbitant à la technique médicale et participe de la volonté de vouloir 'guérir la mort'* » en faisant de la mort un évènement anormal à combattre.

---

<sup>14</sup> Cité par GILBERT-FONTAN Emilie. *Médicalisation du mourir et risque de désobjectivation : leçon d'un patient*

<sup>15</sup> ARIES Philippe. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident.*

<sup>16</sup> ARIES P. *Ibid* p.207

<sup>17</sup> ARIES P. *Ibid* p.212

<sup>18</sup> ARIES P. *Ibid* p.162

<sup>19</sup> BERNARD M-F. *Opus cité.* p.44

<sup>20</sup> CAUSSE Lise, sociologue. *L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté.*

Cet éclairage contextuel va maintenant nous permettre de mieux comprendre ce qui se joue en EHPAD.

## 2.2 L'EHPAD

### 2.2.1 Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Un EHPAD est « *une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées* »<sup>21</sup>. Les EHPAD sont des maisons de retraite médicalisées qui ont signé une Convention Tripartite avec l'ARS et le Conseil Départemental. Ils peuvent être publics, privés à but ou non lucratif. Ils accueillent des personnes âgées dont la dépendance ne permet plus un maintien à domicile. Elles sont alors appelées « résidents ». Il existe une grande variété d'EHPAD en termes de capacités d'accueil, de moyens et de rattachement à des structures hospitalières.

Au 31 décembre 2011, les EHPAD étaient au nombre de 7752 en France avec 3800 structures publiques, 2271 privées à but non lucratif et 1681 privées à but lucratif. Ils proposaient 592 970 places en accueil permanent ou temporaire. 95% des maisons de retraite étaient des EHPAD.<sup>22</sup>

La législation relative aux EHPAD a fortement évolué ces quarante dernières années.

### 2.2.2 Bases légales

D'abord, les hospices se sont développés au XIXème siècle pour accueillir les personnes ne travaillant plus et qui ne pouvaient être accueillies par leur famille de milieu ouvrier. Avec une forte connotation péjorative, ce milieu était « *perçu comme asilaire et assistanciel et destiné essentiellement aux vieillards indigents et abandonnés ou incurables* »<sup>23</sup>.

Dans les années 60, apparaissent les premières maisons de retraite ayant pour vocation d'accueillir au départ des personnes valides et répondant à « *une volonté farouche de certaines catégories de personnes âgées de ne pas être à charge de ses enfants en cas de survenance de handicap ou de maladie* »<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> Définition service-public.fr

<sup>22</sup> DREES. *Enquête EHPA 2011*.

<sup>23</sup> VILLEZ Alain. *EHPAD. La crise des modèles*.

<sup>24</sup> VILLEZ Alain. *Opus cité*.

Toutefois, l'altération physique progressive des personnes a nécessité « *la création de places de section de cure médicale* » pour répondre à la transformation de leurs besoins, sous l'impulsion de la loi du 30 juin 1975 qui sépare le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social où l'on prend en charge les personnes fragiles.

Parallèlement à l'évolution de la structure démographique, s'en suit une augmentation de la médicalisation progressive de ces structures. La réforme des établissements par arrêtés et décrets du 26 avril 1999 termine la mutation en les nommant EHPAD. Elle crée le rôle de médecin coordonnateur et institue la signature de la Convention Tripartite.

En 2002, la Loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale instaure les évaluations internes et externes, le pendant de la certification du secteur sanitaire pour le médico-social. Celles-ci ont pour objectif une amélioration continue de la qualité dans ces établissements.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) inaugurée en 2007 est chargée de contrôler le développement continu de la qualité au travers des processus d'auto et hétéro-évaluation de ces établissements selon un référentiel et des indicateurs précis<sup>25</sup>.

Les EHPAD reçoivent une autorisation de fonctionnement pour 15 ans au cours desquels ils devront refaire tous les 5 ans un Projet d'Etablissement en s'appuyant sur les résultats des évaluations internes.

### **2.2.3 La tarification**

La tarification<sup>26</sup> de l'établissement comprend un tarif hébergement, un tarif dépendance et un tarif soins.

Le tarif « dépendance » est assujéti à l'appartenance à un des 6 groupes iso-ressources (GIR) évalué suivant la grille AGGIR. Le groupe 1 est celui des personnes les plus dépendantes. Ainsi le résident paye en fonction de sa dépendance. Il peut percevoir une aide du Département<sup>27</sup> (l'APA) s'il appartient aux quatre premiers groupes.

Le tarif « hébergement » ne dépend pas de la personne accueillie mais d'éventuelles options architecturales ou de services choisies. Il est déterminé par le Conseil

---

<sup>25</sup> ANESM. *Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés*. p.20

<sup>26</sup> Code de l'Action sociale et des familles Article L314-2

<sup>27</sup> Code de l'Action sociale et des familles Article L232-8

Départementale si l'établissement est habilité à l'aide sociale. Des aides de la CAF (ALS ou APL) ou du Département (ASH) existent.

Enfin, le tarif « soins » est versé à l'EHPAD directement par l'Assurance Maladie en fonction d'une évaluation de la charge en soin par la grille PATHOS. Ce dernier couvre les dépenses de personnel selon un ratio ainsi défini par l'ARS.

Le reste à charge des résidents est donc très fluctuant d'un EHPAD et d'un résident à l'autre. Selon une étude reprise par le journal « Le Monde »<sup>28</sup>, après déduction de la pension de retraite, il manque environ 500 euros par mois à une personne âgée pour financer son accueil en EHPAD, part qui est puisée dans son patrimoine ou chez ses ayants-droits.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement prévoit un « *Un renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en EHPAD* »<sup>29</sup> avec la mise en ligne sur le portail dédié « *Pour les personnes âgées.gouv.fr* » d'une calculatrice permettant d'évaluer le reste à charge pour les familles.

#### **2.2.4 Les droits des résidents**

La protection juridique des personnes majeures permet, de manière générale, de s'assurer du respect des droits des personnes âgées en institution. Ces dispositions ont toutefois été renforcées devant l'émergence des problématiques liées à l'altération des fonctions physiques et cognitives de cette population vulnérable.

Dès les années 80 et à la suite de la charte du patient hospitalisé, il s'est avéré que les droits des personnes âgées devaient être rappelés afin d'être au mieux protégés au regard de l'apparition du concept de dépendance. Ainsi, en 1987, « *La Fondation Nationale de Gérontologie avait pris l'initiative... de proposer au public, aux décideurs et aux professionnels, une ' Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ' mise au point par sa commission ' Droits et Libertés '... soutenue dès l'origine par le Ministère en charge des politiques sociales de la vieillesse.* »<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> CAZENAVE Frédéric. *Le casse-tête financier des maisons de retraite.*

<sup>29</sup> <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillesse>

<sup>30</sup>Fondation Nationale de Gérontologie. *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. 20<sup>ème</sup> anniversaire.*

« La charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance » est la dernière version et date de 2007.

L'année 2002 a été particulièrement prolifique en matière de loi concernant les droits des personnes malades. En effet, la loi du 4 mars 2002 renforce l'obligation d'information du patient et sa participation active aux décisions concernant sa santé aboutissant à la création d'une charte des droits et libertés de la personne accueillie. Dans le domaine médico-social c'est surtout la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui place le résident comme un acteur de la politique de l'établissement d'hébergement pour personne âgées dans lequel il demeure. Elle instaure le Conseil de Vie Sociale (CVS). Des représentants élus des résidents, de leurs familles, des salariés ainsi que des représentants de l'organisme gestionnaire siègent dans cette instance à caractère consultatif qui se réunit trois fois par an.

*« Le conseil de la vie sociale donne son avis sur tout ce qui concerne la vie de l'établissement. Il peut faire des propositions dans le but d'améliorer le quotidien des résidents... donner son avis sur des projets de travaux, la mise en place de nouveaux services, l'évolution des tarifs, le programme d'animation de l'établissement... »<sup>31</sup>*

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, même si elle donne la priorité à l'accompagnement à domicile, consolide la protection des droits des personnes âgées en institution.

Elle « renforce... la procédure d'acceptation du contrat de séjour au moment de sa signature à l'entrée en maison de retraite, permettant de mieux s'assurer du consentement de la personne accueillie, de la connaissance et de la compréhension de ses droits. »

Elle instaure l'obligation de la désignation d'une personne de confiance jusque-là réservée aux patients hospitalisés.

*« Les personnes âgées résidant dans des établissements médico-sociaux ou faisant appel à un service médico-social auront désormais la possibilité de désigner une personne de*

---

<sup>31</sup>

<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/exercer-ses-droits/exercer-ses-droits-en-etablissement>

*confiance dans le cas où elles rencontreraient des difficultés dans la compréhension de leurs droits.»<sup>32</sup>*

Enfin, elle introduit « le mandat de protection future » qui devrait permettre à chaque personne âgée « *d'anticiper sa perte d'autonomie et organiser à l'avance sa propre protection* »<sup>33</sup>.

### **2.2.5 La participation des familles**

Les familles des résidents ont également vu leur participation augmenter au sein des EHPAD.

A travers leur participation au CVS, leur implication en tant que personne de confiance mais également parce qu'ils participent financièrement à l'institutionnalisation de leurs parents, le rôle des familles est devenu plus important.

*« Cette notion de client et cette relation financière peuvent amener les familles à avoir une demande d'une prestation de service qui se doit d'être impeccable, comme elle le ferait pour un hôtel. »<sup>34</sup>*

*« La mauvaise image des maisons de retraite dans la société (entraîne une) crainte des familles (et) trouve une concentration sur les questions de soin, d'hygiène, de gestion du linge.. »<sup>35</sup>*

Ils sont souvent à l'initiative de l'entrée de leur proche en EHPAD et entretiennent avec le personnel des relations complexes mêlant reconnaissance, culpabilité, méfiance ou exigence.

### **2.2.6 Processus d'admission en EHPAD**

Les processus d'admission en EHPAD sont variés<sup>36</sup>. Cependant, l'entrée en EHPAD fait suite à une étude du dossier réalisée par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Il vérifie l'adéquation des besoins spécifiques du futur résident avec les capacités de prise en charge de la structure. Le consentement de la personne âgée est toujours recherché<sup>37</sup>,

---

<sup>32</sup> <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

<sup>33</sup> Même site

<sup>34</sup> ANESM. *Qualité de vie en Ehpap (volet 3).La vie sociale des résidents en Ehpap*

<sup>35</sup> ANESM. *Qualité de vie en Ehpap (volet 3).La vie sociale des résidents en Ehpap* p.15

<sup>36</sup> MALLAY Didier. *Organisation des pré-admissions en EHPAD.*

<sup>37</sup> Conformément à la loi du 2 janvier 2002

quelle que soit l'importance de ses troubles. Les aidants naturels, la famille, participent à cette démarche dont ils sont bien souvent les initiateurs quand leurs limites sont atteintes.

L'admission fait le plus souvent suite à un incident dans la vie du futur résident : chute avec fracture à domicile, hospitalisation pour altération de l'état général, décès du conjoint. Elle peut aussi intervenir sous l'impulsion du médecin traitant ou de la famille qui entrevoient les prémices de la survenue d'un tel incident.

### **2.2.7 Evolution de la population accueillie et profils de résidents**

L'augmentation des structures (SSIAD, HAD, foyers logements, accueils de jour) et services de maintien à domicile des personnes âgées, selon une politique engagée par l'Etat<sup>38</sup>, a permis de repousser l'entrée en EHPAD. Le plan Vieillesse et solidarités adopté en 2003 « prévoit notamment le renforcement des dispositions permettant le maintien à domicile »<sup>39</sup>.

Cela a entraîné, au fil des ans, une modification du profil des résidents accueillis :

« L'admission en établissement se fait de plus en plus tardivement, et recule de pratiquement cinq mois chaque année »<sup>40</sup>.

« ...la proportion de personnes vivant en hébergement collectif progresse avec l'avance en âge »<sup>41</sup>, ainsi en 2003 40% des personnes de plus de 90 ans étaient institutionnalisées.

Les résidents d'EHPAD sont pour  $\frac{3}{4}$  des femmes.

Trois principaux profils coexistent aujourd'hui en EHPAD :

- une population de personnes très âgées qui entrent de plus en plus tardivement atteints de poly pathologies en recherche de soins infirmiers
- des résidents atteints de pathologies neurodégénératives qui nécessitent une stimulation et une attention permanente
- des personnes de plus de 60 ans avec un parcours psychiatrique important qui ne sont plus prises en charge par la psychiatrie adulte devenue inadaptée et trop coûteuse<sup>42</sup>.

---

<sup>38</sup> Notamment la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures de cohésion sociale

<sup>39</sup> DREES. *Enquête EHPA 2011*.

<sup>40</sup> BRAMI Gérard. *Les paradoxes de l'évolution des EHPAD*

<sup>41</sup> VILLEZ Alain. *Opus cité*.

<sup>42</sup> CHARY Sébastien. Congrès français de psychiatrie. *Quel destin pour les vieux fous ?*

Au total, l'EHPAD est un établissement soumis à des contraintes budgétaires (ARS, territoire), des contraintes de qualité (évaluations sous le contrôle de l'ANESM), un rôle important des résidents et leurs familles (CVS, Charte des PA dépendantes). L'évolution des profils des résidents accueillis tend vers une population hétéroclite de personnes ayant des besoins très différents et de plus en plus importants.

Pour y répondre, les professionnels employés sont en partie issus de la filière soignante.

## **2.3 Les professionnels en EHPAD**

Les organigrammes peuvent être très différents d'une structure à l'autre, en termes de liens hiérarchiques et fonctionnels. Certaines fonctions sont toutefois incontournables comme le service administratif (secrétariat, accueil, comptabilité), le service hôtelier (lingerie, cuisine, agents d'entretien), le service technique (bâtiment, jardin), le service animation (animateurs, bénévoles) et le service soignant. J'ai choisi de détailler particulièrement les acteurs qui sont impliqués dans la prise en soins des résidents.

### **2.3.1 Le Directeur**

Le Directeur d'Établissement est la figure de proue de l'EHPAD. Il est, toutefois, lui-même soumis à un Conseil d'Administration, à la politique d'un Groupe ou d'un hôpital de rattachement. Ses missions sont très étendues, il veille notamment au respect de la réglementation, gère le budget, définit les priorités, et programme le plan de formation.

Il est un interlocuteur attentif des familles. Il est responsable du recrutement et insuffle à la structure une culture et un style managérial.

### **2.3.2 Le Médecin coordonnateur**

Les missions du Médecin coordonnateur<sup>43</sup> sont variées et souvent mal connues des familles qui voient en eux des médecins traitants. En réalité, elles consistent notamment à évaluer l'état initial du résident pour décider de son admission, réévaluer annuellement les besoins en soins des résidents avec les grille AGGIR et « PATHOS », participer à la formation du personnel, établir des protocoles de service, rédiger le rapport d'activité, participer à l'élaboration du projet d'établissement.

---

<sup>43</sup> Code de l'action sociale et des familles Article D312-158 • Modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011

Il coordonne l'intervention des médecins traitants libéraux et est l'interlocuteur privilégié lors des hospitalisations. Il n'est prescripteur pour les résidents qu'en cas d'urgence. Il établit, avec l'aide de l'équipe, le projet de soins et de vie des résidents.

### **2.3.3 Le psychologue**

Il est impliqué dans plusieurs missions. Individuellement, il propose au résident un soutien et un accompagnement à un moment de sa vie où il est particulièrement vulnérable. Il peut également intervenir auprès des familles pour qui l'institutionnalisation de leur parent, mais aussi la dégradation de son état de santé, sont des moments difficiles. Il participe aussi à l'élaboration des projets de soins et de vie. Il peut enfin intervenir auprès des équipes de l'institution, en organisant notamment des groupes de parole.

### **2.3.4 Le cadre de santé**

Il est le garant de la qualité et de la sécurité des soins, comme dans n'importe quelle structure. Son positionnement hiérarchique ainsi que son appellation peuvent varier, on rencontre également des infirmiers coordonnateurs.

L'étendue de ses missions peut différer d'un établissement à l'autre, toutefois son rôle dans le management de l'équipe soignante est central. C'est également l'interlocuteur privilégié des familles.

Marginal sécant, il est en interaction permanente avec tous les intervenants de la structure et assure la coordination de la prise en charge du résident.

### **2.3.5 Les infirmiers**

Ils sont souvent en nombre réduits en EHPAD dans la mesure où les soins de nursing sont délégués aux aides-soignants mais également à des aides médico-psychologiques ou des auxiliaires de vie. Leurs missions sont les mêmes que dans une structure sanitaire, toutefois le nombre de résidents-patients à charge est plus élevé.

La plupart des EHPAD n'ont pas d'infirmier la nuit, cela exclut par principe la possibilité de prendre en charge certains types de soins. De ce fait, même si cela tend à évoluer au regard de la modification du profil des résidents accueillis, les infirmiers pratiquent moins de soins techniques en EHPAD.

### **2.3.6 Les aides-soignants**

Professionnels du nursing, les aides-soignants, comme nous le verrons au chapitre suivant, prodiguent notamment des soins d'hygiène et de confort.

### **2.3.7 L'aide médico-psychologique**

Le Diplôme d'Etat d'auxiliaire médico-psychologique (AMP) est régi par l'Arrêté du 11 avril 2006.

L'AMP exerce une fonction d'aide à la vie quotidienne, à mi-chemin entre l'éducatif et le soin. Il participe au bien-être physique et psychologique de la personne au travers à la fois d'une aide dans les actes de la vie quotidienne et d'activités de vie sociale et de loisirs.

Son domaine de compétences n°2 consiste en un « accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne ». Il doit, à cette occasion, être capable d'établir une relation d'aide dans les actes de la vie quotidienne, associant aspects éducatifs, relationnels et techniques. Toutefois, lorsqu'il est employé en EHPAD, il exerce les mêmes fonctions qu'un aide-soignant.

Ce diplôme a récemment évolué par le décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 qui crée un diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES). Celui-ci fusionne le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DEAMP).

Les liens hiérarchiques entre le cadre de santé, l'infirmier et l'aide-soignante ou l'AMP sont très clairs. La position du psychologue et du médecin coordonnateur le sont, en revanche, un peu moins. Ils sont néanmoins reconnus par les équipes de soin comme experts et à ce titre ont une forte influence sur les projets de soins des résidents. Tous ces professionnels forment l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge quotidiennement les résidents.

Des ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes peuvent également compléter cette équipe pluridisciplinaire.

### **2.3.8 L'équipe pluridisciplinaire**

En EHPAD, l'équipe pluridisciplinaire qui prend en soin le résident est composée des différents professionnels détaillés ci-dessus. Elle permet une prise en charge globale du résident. C'est l'organisation de ces professionnels en équipe qui permet d'allier leurs compétences spécifiques dans le but d'optimiser le soin au résident.

Leur coordination est organisée au quotidien par le cadre de santé et lors des réunions pluridisciplinaires régulières.

Dans le domaine du soin, une équipe nécessite<sup>44</sup> une collaboration de tous, un partage des tâches, l'existence d'un dynamisme de groupe. Ce dernier inclut une notion de lien, un but commun et une organisation. La cible est commune, il s'agit pour les membres d'œuvrer dans la même direction.

En EHPAD, « *La pluridisciplinarité est nécessaire car la multiplicité et l'interaction des problèmes les plus divers chez la personne âgée pose des problématiques qu'aucun métier ne saurait résoudre à lui seul* ». <sup>45</sup>

Le cadre de santé a donc un rôle important à jouer dans cette répartition des tâches et le maintien de la dynamique. C'est à travers cette équipe que peut se construire le projet de soins et le projet de vie du résident dont l'obligation est inscrite dans le cadre juridique.

Cela nous amène donc à la spécificité et au sens du soin en EHPAD.

### **2.3.9 Le sens du soin en EHPAD**

Selon Frédéric Worms<sup>46</sup>, il existe deux concepts du soin : le modèle parental et le modèle médical.

La relation parentale primitive représente le modèle parental du soin. Cette attention portée à l'enfant dans ses besoins globaux permet à l'individu sa construction identitaire. C'est le modèle du « care » et de la prise en charge des besoins d'une personne. C'est une partie du soin qui incombe à l'aide-soignant dans son travail dit de « nursing » et la relation qu'il établit avec le patient.

Le modèle médical, quant à lui, se caractérise par une réduction de l'être à une pathologie à soigner, par une distanciation patient/médecin créée par la compétence médicale et par une anonymisation de cette relation où chacune des parties tient un rôle. C'est le modèle du « cure » qui recherche la guérison d'une maladie.

Cette vision médicale du soin est celle qui prédomine dans les milieux soignants avec ses écueils possibles en EHPAD : « *dans un tel contexte, quelle sera la prise en charge d'équipe s'il ne s'agit finalement que de se battre contre une fin annoncée, tout*

---

<sup>44</sup> FARNAULT Patrick. *La dynamique d'équipe*.

<sup>45</sup> CONNANGLE Sylvain et VERCAUTEREN Richard. *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées. De la relation humaine aux motivations*. p.103

<sup>46</sup> Philosophe français contemporain

*particulièrement pour une équipe inscrite dans un domaine où le principe de recouvrer la santé est central et où la mort est un échec ? »<sup>47</sup>*

*« Les Ehpad ont pour finalité d'accueillir, soigner, soutenir et accompagner des personnes âgées dépendantes »<sup>48</sup>.*

Selon Sylvain Conangle, la gériatrie a pour objectif principal de soigner et non de guérir. Elle se trouve à contre-courant des pratiques cliniques modernes. La qualité de la prise en charge repose sur le maintien d'une autonomie fonctionnelle optimale. Il s'agit pour les professionnels de favoriser cette autonomie, d'aider les personnes âgées à s'aider.

Ce qui fait la spécificité du soin en EHPAD est donc à la fois sa finalité et les moyens d'y parvenir.

Je vais maintenant faire un focus sur l'aide-soignant, acteur au plus près du patient et sur la spécificité et les difficultés liées à son exercice auprès des résidents âgés dépendants en EHPAD.

## **2.4 L'aide-soignant, un acteur omniprésent de la prise en charge du patient et pourtant « invisible »<sup>49</sup>**

Les aides-soignants seraient environ 500000<sup>50</sup> en France pour environ 600000 infirmiers<sup>51</sup>, mais ils restent très méconnus du public. L'aide-soignant exerce son métier après obtention d'un Diplôme d'Etat défini par l'Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et modifié par Arrêté du 28 septembre 2011.

*« L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R. 4311-3 à R. 4311-5 du Code de la Santé Publique.*

*Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. »*

---

<sup>47</sup> CONNANGLE S. *Opus cité*. p.49

<sup>48</sup> ANESM. *Recommandations. Qualité de vie en EHPAD volet 1*

<sup>49</sup> ARBORIO Anne-Marie. *Un personnel invisible Les aides-soignantes à l'hôpital.*

<sup>50</sup> Source INSEE 2010

<sup>51</sup> Source Infirmier.com 2014

Ce texte donne rapidement deux informations essentielles sur le travail d'aide-soignant. Le premier aspect de son travail repose sur la délégation du rôle propre de l'infirmier, ce qui peut expliquer la méconnaissance du métier. L'autre aspect est l'objectif de ce travail.

Après un historique de la profession et son contexte d'émergence, cette partie permettra également de définir le champ d'activités des aides-soignants. Cela amènera des interrogations telles que le regard posé de l'extérieur sur ce métier, la représentation et le sens du travail aide-soignant. Enfin, l'évolution des profils des étudiants intégrant la formation soulèvera des interrogations quant au devenir de cette profession.

#### **2.4.1 Historique de la profession d'aide-soignant**

Le métier d'aide-soignant trouve sa source dans les années 1940. A l'époque, la professionnalisation nécessaire des infirmiers suite aux évolutions techniques liées à la révolution pastorienn<sup>52</sup> et à la laïcisation du soin<sup>53</sup> entraînent la création du Diplôme d'Etat d'Infirmier en 1946. Les personnels qui exerçaient jusqu'alors la fonction avec des compétences développées « sur le tas » mais n'avaient pas de diplôme sont légitimés par la création d'un grade « d'aide-soignant » dans les hôpitaux.

Celui-ci vise « *au reclassement statutaire et indiciaire d'une partie du personnel. Mais, se (révèle) peu à peu un moyen commode d'assurer la promotion du petit personnel hospitalier que réclament les syndicats* »<sup>54</sup>.

Le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant (CAFAS) est créé en 1956. En même temps que la formation se prolonge, ses secteurs d'activité se diversifient. Le Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant (DPAS) est créé en 1996 puis devient un Diplôme d'Etat d'Aide-soignant par Arrêté du 22/10/2005.

Dès sa création et encore de nos jours, le travail d'aide-soignant est donc lié à celui de l'infirmier. D'abord exercé par des profanes, son exercice est soumis de nos jours à un diplôme d'Etat mais sa dépendance envers la profession d'infirmier existe toujours, du moins dans les textes puisqu'« *Il apparaît que les AS réalisent, dans les faits, les soins d'hygiène en toute autonomie.* »<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> LE GAL Morgane. *Initiation à la fonction cadre.*

<sup>53</sup> LETOURNEAU Dominique. *Les politiques de santé.*

<sup>54</sup> AIDESOIGNANT.COM. *Historique de la profession.*

<sup>55</sup> IGNASSE Joël. *Les aides-soignants ont le blues.*

### 2.4.2 Le travail de « care », le « sale-boulot » de l'infirmier

Selon Everett Hughes, il existe dans chaque métier une hiérarchie des tâches dont certaines sont considérées comme des corvées que nous cherchons à déléguer. Pour les infirmiers « *la délégation des tâches les moins prestigieuses offre une possibilité d'accroître le prestige global de l'ensemble des tâches qui leur revient* »<sup>56</sup>.

Ce « dirty work » de l'infirmier, son rôle propre, aurait ainsi « échoué » à l'aide-soignant. Le métier d'aide-soignant apparaîtrait donc comme « *le sous-produit d'un processus de délégation en chaîne* »<sup>57</sup> du médecin à l'infirmier puis de l'infirmier à l'aide-soignant avec pour lui peu de possibilités de déléguer à son tour.

De plus ces « *tâches mettent en contact avec les déjections du corps...* »<sup>58</sup> ce qui renvoie une image négative du métier :

« *La stigmatisation de ces tâches ne fait que redoubler la faible valeur du titre d'aide-soignante* »<sup>59</sup>.

C'est pourquoi les aides-soignants soulignent l'importance relationnelle de leur métier. « *Les relations affectives avec le malade sont volontiers présentées par les aides-soignantes comme leur monopole* »<sup>60</sup>. La reconnaissance des familles est également pour eux une grande source de satisfaction au travail : « *Certaines évoquent, avec satisfaction, les bons rapports qu'elles entretiennent avec les familles* »<sup>61</sup>.

La délégation du sale boulot de l'infirmier leur confère néanmoins un certain prestige « *parce que prendre en charge ces tâches déléguées revient à prendre en charge un peu du rôle de l'infirmière* »<sup>62</sup>.

### 2.4.3 Relation aux autres professionnels soignants

Pratiquant un « *travail sur l'homme* »<sup>63</sup> comme les infirmiers et les médecins, celui-ci ne requiert cependant pas de compétences techniques mais sont issues de savoirs profanes qui « *se distingue(nt) de la science des professionnels* » auxquels sont ajoutées des

---

<sup>56</sup> ARBORIO AM. *Opus cité*. p.119

<sup>57</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.119

<sup>58</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.123

<sup>59</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.123

<sup>60</sup> ARBORIO AM. *Opus cité*. p.110

<sup>61</sup> MEYAPIN Audrey. *Etre aide-soignant(e)*. p.58

<sup>62</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.136

<sup>63</sup> Goffman cité par ARBORIO. p.106

« techniques superflues dans sa manipulation afin de respecter un certain nombre de principes d'humanité »<sup>64</sup>, comme la dignité.

Des données précédentes découlent les relations avec les autres professionnels de santé et avant tout avec l'infirmier. Les infirmiers ont un certain ascendant théorique sur les aides-soignants puisqu'ils leur confient leurs missions par délégation. Mais les infirmiers ont en même temps besoin de cette collaboration pour pouvoir intervenir à leur tour auprès du patient. Leur relation est donc changeante et faite de jeux de pouvoir.

« La recherche de la bonne ambiance apparente amène fréquemment les infirmières à étouffer leur différence hiérarchique pour atténuer les effets de cette domination »<sup>65</sup>

Le fait de ne pas lui offrir son aide spontanément est « un grief qu'elle (l'aide-soignante) fait souvent à l'infirmière »<sup>66</sup>.

« De l'amour à la haine, de l'indifférence à la complicité... ! Les relations entre aides soignant(e)s et infirmier(e)s oscillent à travers cet arc-en-ciel de sentiments en fonction de la charge de travail, de l'horaire ou de tout un tas d'autres facteurs parfois franchement subjectifs. »<sup>67</sup>

S'agissant des relations avec les médecins, « Non seulement l'aide-soignante ne collabore pas directement avec le médecin, mais elle semble parfois s'efforcer d'éviter les moments où elle risque de le rencontrer »<sup>68</sup>. Leur contact direct est, selon Anne-Marie ARBORIO, peu fréquent à l'hôpital où « Le malade constitue une sorte de médiateur des relations entre le médecin et l'aide-soignante »<sup>69</sup>.

Toutefois, les aides-soignants apprécient leur proximité car « Le partage d'un même matériau (le patient)...avec des personnels dotés d'un fort prestige,... offre la possibilité de se glorifier de ce contact fréquent, peu ordinaire dans le monde du travail, avec le sommet de la hiérarchie sociale, en la figure des médecins ...»<sup>70</sup>

---

<sup>64</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.106

<sup>65</sup> MEYAPIN. *Ibid.* p.67

<sup>66</sup> ARBORIO. *Opus cité.* p.115

<sup>67</sup> IGNASSE Joël. *Infirmiers / Aides-Soignants: "je t'aime moi non plus"*

<sup>68</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.115

<sup>69</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.116

<sup>70</sup> ARBORIO. *Ibid.* p.112

Il faut également nuancer cette relation médecin/aide-soignant en gériatrie où le médecin trouve auprès de l'aide-soignant qui est au plus proche du patient des réponses qu'il ne peut obtenir auprès de l'infirmier. Les échanges entre les deux corporations y sont de ce fait plus nombreux que dans un autre service.

#### **2.4.4 Glissement de tâche, autonomie et réingénierie du diplôme aide-soignant**

Les tâches déléguables à l'aide-soignant se sont enrichies au fil du temps. Ainsi, la prise de la pression artérielle est-elle apparue dans l'annexe du référentiel de formation du diplôme professionnel d'aide-soignant de l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme aide-soignant. Dans les lieux de vie, les aides-soignants sont habilités à faire prendre les médicaments préparés par l'infirmier.

Selon Florence Osty<sup>71</sup>, « *A la recherche d'une organisation de travail plus performante en termes de productivité, se surajoutent désormais des objectifs de qualité, de délais, de traçabilité...* ». Cela permet au métier de trouver « *une opportunité de développement* »<sup>72</sup>. En effet, jusque-là affecté à des tâches par délégation de l'infirmier, l'aide-soignant n'avait pas de compétences propres et son travail n'était donc pas considéré par les sociologues comme un « métier » à part entière. Mais « *le métier se déploie pour pallier l'incomplétude des règles organisationnelles et de gestion, dans une visée d'efficacité* ».

Selon Florence Osty, « *l'accès à la reconnaissance d'une dynamique sociale de métier correspond à la quête d'une légitimation de pratiques autonomes.* »<sup>73</sup> Ainsi les aides-soignants « *cherchent aujourd'hui à s'affranchir du pouvoir infirmier pour s'affirmer comme profession* »<sup>74</sup> comme l'avaient fait les infirmiers des médecins.

La réingénierie du DEAS qui existe maintenant depuis un peu plus de dix ans est un sujet qui revient régulièrement dans l'actualité. Un groupe de travail s'est formé en mai 2015<sup>75</sup>, réunissant des « *représentants d'associations professionnelles, des représentants de syndicats professionnels et nationaux pour démarrer la réingénierie du référentiel d'activités puis nous procéderons à la réingénierie du référentiel de compétences* »<sup>76</sup>.

---

<sup>71</sup> OSTY Florence. *Le désir de métier*.p.206

<sup>72</sup> OSTY F. *Ibid* p.207

<sup>73</sup> OSTY F. *Ibid*.p204

<sup>74</sup> OSTY F. *Ibid*.p186.

<sup>75</sup> EMPLOISOIGNANT.COM. *Dossier : Aides-soignants vers des compétences élargies.*

<sup>76</sup> VERDONCQ Pilar. Conseillère technique pour l'exercice des professions paramédicales DGOS aux « Journées francophones des aides-soignants » à Paris

Les aides-soignants réclament une régularisation légale des actes qu'ils effectuent pour la plupart fréquemment par glissement de tâche.

D'autre part, la proportion de bacheliers à l'entrée en IFAS a doublé entre 2000 et 2006 passant de 20 à 46%<sup>77</sup>. Depuis juin 2014, des bacheliers titulaires d'un baccalauréat professionnel « Accompagnement Soins et Services à la Personne » sont diplômés avec une option à domicile ou en structure. Ils participent déjà au remplissage des promotions des Instituts de Formation d'Aide-Soignant et vont probablement encore amplifier le phénomène.

Cette modification du profil des aides-soignants laisse présager de besoins nouveaux en termes d'autonomie et d'une revalorisation salariale liée à une augmentation des compétences.

Lors de la grande conférence de la santé de Paris le 11 février 2016 organisée par le Gouvernement, la mesure 13 prévoit de « *faire des formations paramédicales des formations universitaires à part entière* » et de « *permettre aux universités à terme de délivrer un diplôme universitaire aux étudiants en formation paramédicale correspondant aux critères définis par elles* »<sup>78</sup>.

A n'en pas douter et dans toutes ses dimensions, le métier d'aide-soignant est en pleine mutation.

#### **2.4.5 Opportunités actuelles, débouchés et évolution**

Le salaire<sup>79</sup> d'un aide-soignant à l'hôpital varie de 1352 à 1926 euros brut du début à la fin de carrière. En EHPAD, s'il se trouve dans le secteur privé, le salaire dépend de la convention collective. Les chiffres précis sont difficiles à obtenir, la rémunération en France étant un sujet relativement tabou. Toutefois, il semblerait que le salaire annuel net moyen d'un aide-soignant en Ile-de-France<sup>80</sup> soit de 18000 à 20000 euros toutes catégories et anciennetés confondues.

La principale évolution professionnelle d'un aide-soignant est la formation d'infirmier. Il est dispensé d'une partie des enseignements concernant le nursing et le concours est simplifié.

---

<sup>77</sup> DREES. *Aides-soignants, un accès rapide à l'emploi.*

<sup>78</sup> Grande Conférence de la Santé. *Feuille de route.* p.13

<sup>79</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DU DROIT DES FEMMES.

*Fiche-métier « aide-soignant »*

<sup>80</sup> Rapport d'Etude « Diagnostic Emploi Formation relatif aux AS, AMP, AVS »

Le financement d'une formation est plus rapide dans le secteur public. Dans le secteur privé, il faut patienter plusieurs années, 3 à 5 ans, pour obtenir un financement pour un Congé Individuel de Formation.

Selon la DREES, 85 % des diplômés trouvent un premier emploi en moins d'un mois et 2/3 des aides-soignants ont un emploi stable trois ans après leur formation.

Selon l'enquête « Besoins en Main d'Œuvre 2015 » réalisée par Pôle Emploi, les opportunités professionnelles sont plutôt favorables. En effet, l'enquête indique qu'il existe en France plus de 41 000 projets de recrutements d'aide-soignant pour l'année 2015 et qu'en moyenne les entreprises ont des difficultés à recruter dans 36% des cas.<sup>81</sup> C'est le quatrième métier le plus recherché hors saisonnier.

Le métier d'aide-soignant, même si le salaire n'est pas très élevé, permet d'accéder rapidement à un emploi. Cependant, les opportunités les plus importantes se trouvent surtout dans le soin aux personnes âgées.

#### **2.4.6 Représentations du travail soignant en gériatrie**

Toutes les représentations expliquées au début de ce cadre théoriques ont, nous allons le voir, un impact sur la perception des soignants qui travaillent en gériatrie, par le grand public et même leurs pairs.

Au regard de toutes ces représentations, la France est « *une société qui tend à stigmatiser le public âgé mais aussi ceux et celles qui travaillent à ses côtés* »<sup>82</sup>. Cela explique que « *Le travail des soignants en gériatrie est peu valorisé socialement* »<sup>83</sup>.

Le soin en gériatrie renvoie à des réalités triviales et repoussantes, ainsi Annaik Feve se souvient-il de son internat en gériatrie et évoque « *J'affrontais l'odeur, les cris et l'unique néon du couloir, les portes fermées...* »<sup>84</sup>.

« *La vieillesse et la déchéance des soignés portent atteinte, malgré eux, à l'idéal professionnel des soignants qui est de faire vivre, soigner, guérir* »<sup>85</sup>

---

<sup>81</sup> POLE EMPLOI. *Enquête BMO 2015*.

<sup>82</sup> BONNET M. *Opus cité*.

<sup>83</sup> BONNET M. *Ibid*

<sup>84</sup> FEVE Annaik. *Retraite en gériatrie*.

<sup>85</sup> SCHAUDER Silke. *La confrontation des soignants au grand âge. In Etre soignant en gériatrie*.

C'est pourquoi la gériatrie, pour les jeunes diplômés, notamment infirmier, constitue rarement un premier choix. Ainsi « *la gériatrie apparaît comme le parent pauvre de la médecine dans lequel le soignant s'engage, comme poussé par les réalités de la vie.* »<sup>86</sup> Ils ont, en effet, « *l'impression de mettre moins en pratique des techniques de soins que dans d'autres secteurs... le sentiment d'une perte de savoir-faire* »<sup>87</sup>.

La représentation négative des anciens hospices perdure et impacte également les usagers : « *Les personnes âgées elles-mêmes partagent encore cette représentation des établissements pour personnes âgées comme mouvoir, dont elles ne sortiront que les pieds devant* ». <sup>88</sup>

À tout ce contexte s'ajoute également l'évolution des représentations de la mort dans notre société.

#### **2.4.7 Les aides-soignants en EHPAD, une histoire de vocation**

« *L'arrivée dans le métier (d'aide-soignant) est toujours présentée... comme une vocation* »<sup>89</sup>. Ils « reconstruisent » leur histoire de vie souvent émaillée d'échec scolaire, de faible affinité pour l'écrit ou de nécessité matériel d'accéder à un emploi rapide. Cela est encore plus prégnant en EHPAD. En effet, selon une étude de François Aubry<sup>90</sup>, « *L'usage de la vocation poursuit un but qui est bien davantage structurel qu'affinitaire : les aides-soignantes doivent reconstruire rapidement leur représentation de leur trajectoire afin de mieux accepter les difficiles conditions de travail.* »

Ainsi, les aides-soignants en EHPAD se représentent leur travail comme une vocation « innée » afin d'expliquer le fait qu'ils supportent des conditions particulièrement difficiles.

« *La naturalisation des compétences et l'usage de la notion de vocation sont nécessaires pour les aides-soignantes ... car cela leur permet d'accepter plus facilement leur contexte de travail et leur identité professionnelle malgré les tâches liées au « sale travail » qu'elles*

---

<sup>86</sup> BONNET M. *Ibid.*

<sup>87</sup> CAUSSE Lise. *L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté.*

<sup>88</sup> BONNET M. *Ibid.*

<sup>89</sup> MEYAPIN Audrey. *Opus cité. p.17*

<sup>90</sup> Docteur en gérontologie, *Une histoire de vocation ? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles. Une enquête France/Québec*

*doivent réaliser dans les organisations gériatriques (souillure des personnes âgées, mort, etc.), et face aux difficiles conditions de travail (manque de personnel, surcharge, etc.) »<sup>91</sup>*

Après avoir explicité tout le contexte et les spécificités du travail de l'aide-soignant en EHPAD, la partie suivante permettra de comprendre l'importance du sens au travail dans la motivation des aides-soignants et les leviers managériaux mobilisables par le cadre de santé pour le favoriser.

## **2.5 La motivation au travail**

### **2.5.1 Le travail**

Selon Christophe Dejourns<sup>92</sup>, « *Le travail, c'est l'activité coordonnée déployée par les hommes et les femmes pour faire face à ce qui, dans une tâche utilitaire, ne peut être obtenu par la stricte exécution de l'organisation prescrite* ». Il nécessite donc une adaptation permanente, une compétence c'est-à-dire un savoir-faire transposable dans l'action.

Selon Achille Weinberg<sup>93</sup>, qui reprend dans son article les thèses de différents auteurs, il existe trois raisons de travailler : une nécessité vitale de gagner sa vie tout d'abord, un accomplissement de soi ensuite et enfin une définition d'une existence sociale.

Afin qu'une personne s'engage dans son activité de travail et de permettre une qualité de celui-ci, la motivation est un élément majeur.

### **2.5.2 La motivation**

Selon Robert J. Vallerand et Edgar Thill : « *le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* »<sup>94</sup>.

C'est aussi, en psychologie un « *Terme qui désigne... un vaste ensemble de processus dynamiques, conscients ou inconscients, en particulier les émotions, qui orientent l'action d'un individu, vers un but donné* »<sup>95</sup>.

---

<sup>91</sup> AUBRY. *Ibid.*

<sup>92</sup> DEJOURS Christophe cité par DUMOND Jean-Paul. *Les organisations en santé*. p.79

<sup>93</sup> WEINBERG Achille. *Pourquoi travaille-t-on ?*

<sup>94</sup> Cités par FENOUILLET Fabien. *La motivation* p.19

<sup>95</sup> Définition du Dictionnaire de la psychiatrie CILF.

C'est, selon Alex Mucchielli<sup>96</sup>, un ensemble de processus biologique, affectif, social et culturel.

Plusieurs théories de la motivation au travail se sont succédées dans le temps. Certaines permettent particulièrement d'éclairer la situation des aides-soignants en EHPAD.

### **2.5.3 Les théories de la motivation qui éclairent celle de l'aide-soignant en EHPAD**

Pour Abraham Maslow et Frederick Herzberg, les plus célèbres théoriciens des besoins, les besoins sont des « agents motivateurs ».

#### **La pyramide des besoins de Maslow<sup>97</sup>.**

Pour Abraham Maslow « l'ensemble de nos conduites seraient guidées par la satisfaction de besoins »<sup>98</sup>. Il considère que « l'homme tend vers un besoin de réalisation »<sup>99</sup>.

Les besoins sont hiérarchisés et c'est leur satisfaction successive qui permet d'atteindre le besoin ultime, inaccessible, de réalisation de soi. Il distingue les besoins physiologiques, de sécurité, sociaux, d'estime et de réalisation de soi. Son modèle n'est pas particulièrement adapté au monde du travail mais donne un éclairage sur ce qui peut pousser les hommes à agir.

#### **La théorie bi-factorielle d'Herzberg<sup>100</sup>**

Il fait l'hypothèse que le besoin de reconnaissance guide l'homme. Cette théorie a été la plus fréquemment utilisée dans le monde du travail. Elle a particulièrement retenu mon attention car Herzberg fait la distinction entre facteurs de démotivation qu'il nomme d'hygiène et ceux de la motivation. Pour lui, la démotivation résulte de la non-satisfaction des facteurs d'hygiène. Ceux-ci concernent le contexte, l'environnement de travail. On retrouve le salaire, l'encadrement, la sécurité de l'emploi et les relations d'équipe. Ces facteurs peuvent créer de l'insatisfaction s'ils ne sont pas maîtrisés mais ne créent toutefois pas de motivation.

Les facteurs de satisfactions, selon lui « motivateurs », concernent la nature même du travail. Ils sont des facteurs de motivations car l'individu va chercher à les satisfaire.

---

<sup>96</sup> MUCCHIELLI Alex. *Les motivations*.

<sup>97</sup> Psychologue américain du 20<sup>ème</sup> siècle, courant de la psychologie humaniste

<sup>98</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *La motivation au travail*. p.38.

<sup>99</sup> FENOUILLET Fabien. *La motivation*. p.88

<sup>100</sup> Psychologue américain du 20<sup>ème</sup> siècle, courant humaniste

Nous retrouvons les possibilités d'évolution de carrière, l'autonomie, les responsabilités, la reconnaissance, l'intérêt du travail et en ligne de mire la réalisation de soi par le travail.

Herzberg « *prend en considération le rôle des conditions sociales et organisationnelles* » dans sa théorie de la motivation au travail. En revanche, « *toutes les recherches ultérieures montrent clairement que aussi bien les facteurs « motivateurs » que les facteurs dits d'hygiène contribuent à la satisfaction et que tous constituent les sources potentielles de motivation* »<sup>101</sup>.

Quelle que soit la classification ou non des besoins ou leur hiérarchisation, ces théories permettent d'affirmer que la satisfaction de besoins au travail peut être une source de motivation. En revanche, aucune étude n'a permis de définir des besoins universels, c'est en cela que nous pouvons dire que la motivation est un mécanisme personnel, dans une situation donnée, donc en fonction de l'environnement.

L'évaluation de ces différents facteurs me permettra, dans la partie enquête, d'évaluer la motivation des aides-soignants en EHPAD.

### **La Théorie de Vroom**

Selon lui, la motivation nécessite à la fois, selon sa formule  $Motivation = V * I * E$

V comme Valence qui correspond à la valeur affective du résultat.

I comme Instrumentalité qui représente la relation entre la performance et le résultat.

E comme Expectation qui met en lumière la relation entre l'effort et la performance.

Pour le travail des aides-soignants, cela signifierait que leur motivation dépend de la valeur qu'ils accordent à leur travail, de leur sentiment que leur travail est utile pour avoir une valeur affective. Il faudrait également que la qualité de leur travail soit visible et reconnue mais également que leurs efforts payent.

Cette théorie pourrait permettre de comprendre, dans un métier relationnel où la qualité du travail n'est pas visible à un moment précis, un étiolement de la motivation.

En effet, la qualité d'un soin d'hygiène avec une grande part de relationnel auprès d'une personne âgée ne se voit pas après le soin. La meilleure personne pour renvoyer une image positive à l'aide-soignant en EHPAD est le résident qui n'a plus forcément les capacités cognitives ou physiques de le faire.

---

<sup>101</sup> LEVY-LEBOYER. *Opus cité*. p.47

Les stratégies individuelles d'adaptation pour permettre l'adhésion au soin d'un résident opposant n'aboutissent pas forcément au « résultat » escompté ce qui peut diminuer l'instrumentalité. Un regard extérieur pourra ainsi trouver qu'un résident est mal habillé, alors que l'aide-soignant aura usé de trésors d'inventivité pour l'aider à faire ses soins d'hygiène et qu'il accepte de se changer en le laissant choisir lui-même ses vêtements.

De plus, l'absence de pérennité du résultat, la nécessité de refaire plusieurs fois par jour un soin brouillent également l'expectation.

D'autres théoriciens ont travaillé autour d'un modèle cognitif de la motivation.

### **La théorie de l'équité d'Adams**

Il considère qu'un individu produira plus ou moins d'effort en fonction de son estimation d'équité envers ses collègues. Il en fournira moins s'il considère que l'iniquité est en sa défaveur et plus si c'est le contraire.

Cette théorie replace l'intérêt de l'équité dans le management d'une équipe de soin et relève du rôle du cadre de santé.

Dans le contexte du soin en EHPAD, cette équité consiste à la fois en un traitement égal de tous les soignants mais renvoie également au sentiment que la charge de travail peut être plus ou moins lourde en fonction de l'affectation. Cela explique la volonté de la plupart des cadres de faire tourner les équipes

Le travail en EHPAD est pluridisciplinaire et n'est possible qu'en équipe. C'est pourquoi les théories de la motivation en groupe apportent un éclairage intéressant sur le rôle de l'équipe dans la motivation d'un aide-soignant.

### **Le rôle du groupe dans la motivation**

**Steven J. Karau et Kipling D. Williams** proposent une théorie de l'effort collectif.

*«La variation de l'effort individuel sur une tâche collective dépend de l'instrumentalité de l'effort (relation performance et résultat) pour parvenir à des performances donnant accès à des résultats empreints d'une forte valeur individuelle ».* Ainsi, l'individu doit pouvoir identifier une relation entre sa performance et celle du groupe, entre la performance du groupe et les résultats de celui-ci, entre les résultats du groupe et les siens. Sinon, il s'adonne à une « *flânerie sociale* »<sup>102</sup> c'est-à-dire que sa motivation et ses performances

---

<sup>102</sup> Théorie de Ringelmann

sont diminuées par la présence du groupe au travers duquel il ne peut pas identifier les résultats de son propre travail.

Cette théorie est particulièrement intéressante dans le contexte du soin où de nombreux acteurs interviennent sur le « matériau » humain. En EHPAD, dans la mesure où il s'agit d'un lieu de vie, les premiers intervenants auprès du résident sont les aides-soignants. Cela impliquerait que le fait de pouvoir limiter le nombre d'intervenants auprès d'un résident permettrait à l'aide-soignant de mieux apprécier le résultat de sa prise en charge au sein d'un travail d'équipe.

Cette théorie est consolidée par celle de **l'auto-efficacité d'Albert Bandura**. L'auto-efficacité, c'est-à-dire l'appréciation d'un individu de sa propre performance augmente ses efforts, sa motivation. Elle est favorisée par la fixation d'un but à atteindre et de la possibilité de pouvoir connaître ses résultats.

Toutes ces théories apportent un éclairage sur la motivation comme un mécanisme complexe qui dépend des besoins des personnes, de leur interprétation de leur « performance » de travail, de leurs propres représentations, de leur environnement.

Le management de la motivation s'avère être de ce fait une activité complexe. La prise en compte de ces différentes orientations donne des indices sur les leviers organisationnels favorisant la motivation au travail des aides-soignants en EHPAD que je développerai page 48.

Après avoir défini ce qu'est la motivation au travail et précisé quelques théories expliquant son déclenchement, nous allons maintenant voir les indicateurs qui permettent de l'identifier mais également de la différencier de la démotivation.

#### **2.5.4 Motivation, démotivation et indifférence : les indicateurs**

Comme l'explique André Montesinos<sup>103</sup>, docteur en psychologie, les phénomènes de motivation, démotivation et indifférence sont différents. Ils n'ont pas les mêmes causes, les mêmes symptômes et de ce fait pas les mêmes leviers.

---

<sup>103</sup> MONTESINOS André. *Motivation, indifférence et démotivation des infirmières*.

Selon lui, les signes observables de la motivation au travail sont :

- La qualité des résultats obtenus
- Le déroulement paisible de l'activité
- L'ambiance agréable des relations interpersonnelles.

La démotivation n'est pas l'opposé de la motivation. Elle est le fruit d'une frustration entre les désirs et la réalité. « *Il en résulte un sentiment d'impuissance, du désenchantement et du découragement* ». Elle s'observe à l'occasion de :

- Conflits
- Négligences
- Erreurs
- Oublis.

Enfin, l'indifférence est « *une mise à distance de la situation* ». Elle est l'opposé de la motivation. C'est « *une forme de protection, une sorte de fuite pour éviter les frustrations et limiter les impacts des facteurs de mécontentement* ». Ses indicateurs sont :

- La passivité
- L'apathie
- La désimplication
- Le manque de curiosité
- L'ennui
- L'absence d'initiative.

Le chapitre suivant va permettre de voir comment le sens au travail influence la motivation.

## 2.6 Le sens au travail

### 2.6.1 L'importance du sens au travail

Le sens est le produit de l'activité humaine. Selon Thierry Pauchart, les trois composantes du sens au travail<sup>104</sup> sont :

- La signification, c'est-à-dire la compréhension, la connaissance du travail en lui-même
- Le but du travail
- Les sentiments induits par cette activité de travail. L'individu a besoin qu'il y ait une cohérence entre ses pensées et ses actions, cela lui procure sécurité psychologique et sérénité.

Ces trois composantes revêtent une importance capitale dans l'engagement au sein de l'activité de travail. En effet, selon Viktor Frankl l'individu « *doit trouver un sens à ses conduites qui soit acceptable pour lui et pour la société dans laquelle il se trouve.* »<sup>105</sup>

Le sens est d'autant plus important à cultiver que « *la perte de sens est la base essentielle de la démoralisation et de la démotivation* »<sup>106</sup>.

Pour Karl Weick<sup>107</sup>, les trois sources de sens en entreprise sont la culture, la stratégie et la structure.

La culture est la possibilité pour le salarié d'identifier et de partager les valeurs de l'institution. Cela « *produit des repères idéologiques, philosophiques ou de valorisation sociale* ».

La stratégie expliquée aux professionnels leur permet de visualiser le but à atteindre et de s'engager dans l'activité de travail. « *Elle apporte une lisibilité sur les décisions, mais également sur la contribution des acteurs qui participent au système d'action collectif.* »

La structure est le cadre formel et informel qui « *codifie et institutionnalise les rôles, règles, procédures...les occasions d'interaction au cours desquelles les individus échangent et créent un sens partagé* »<sup>108</sup>.

---

<sup>104</sup> Selon Brief et Frankl cités par PAUCHART TC. *La quête du sens*. p.270

<sup>105</sup> PAUCHART TC. *Ibid.* p.260

<sup>106</sup> MUCCHIELLI Alex. *Les motivations*. p.7

<sup>107</sup> Cité par AUTISSIER David. *Manager par le sens*. p.23

<sup>108</sup> AUTISSIER David. *Manager par le sens*. p.24

## 2.6.2 Le sens au travail comme levier de la motivation

Selon Claude Levy-Leboyer<sup>109</sup>, « rendre son travail signifiant pour l'individu qui l'exécute constitue bien un ressort puissant de la motivation »<sup>110</sup>. Si les caractéristiques en elles-mêmes du travail n'entraînent pas la motivation, « elles contribuent à faire naître des états psychologiques intermédiaires qui sont, à leur tour, responsables des effets comportementaux qu'entraîne la motivation : qualité et quantité du travail, absentéisme et instabilité réduits »<sup>111</sup>

Selon Richard Hackman et Greg Oldham<sup>112</sup>, cinq caractéristiques principales contribuent à donner un sens au travail effectué.

1. La **variété**, c'est-à-dire le nombre d'activités différentes, la diversité des compétences requises permet à la fois de lutter contre l'ennui et de mettre en œuvre des talents personnels.
2. **L'identité de la tâche** qui est la possibilité d'identification de ses propres résultats, le produit de son travail.
3. La **signification** qui est possible à travers une identité claire du travail accompli, qui de plus présente une valeur sociale, grâce à des informations ou témoignages.

L'augmentation de ces trois premières caractéristiques permettrait un accroissement de la signification et en parallèle de la motivation mais aurait un rôle moins net sur la performance. L'insuffisance de l'une pourrait être compensée par les autres.

Ce n'est, en revanche pas le cas des deux dernières caractéristiques qui sont indispensables :

4. **L'autonomie** qui est la possibilité de faire des choix, d'organiser son temps. C'est une certaine liberté et indépendance qui procure le sentiment d'être responsable. Elle diminuerait également le stress grâce à la diminution du contrôle externe et permettrait de donner confiance en soi.
5. **L'information** sur la qualité et la quantité du travail effectué qui permettrait quant à elle une auto-régulation.

---

<sup>109</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *La motivation au travail : Modèles et stratégies*.

<sup>110</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* p.170

<sup>111</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Ibid.* p.169

<sup>112</sup> Cités par LEVY-LEBOYER Claude

Enfin, « *le regard des autres sur son propre travail et, plus précisément le fait de faire un travail ou de rendre un service apprécié* »<sup>113</sup> est également un facteur pour donner du sens au travail, ce qui représente un aspect important dans les emplois de service.

Il est intéressant de constater, qu'à nouveau, le rôle de l'encadrement dans le sens au travail, comme dans la motivation, est important.

Pour un aide-soignant en EHPAD, comme nous l'avons vu, les représentations de la société sur son travail, sur la population soignée et le secteur où il exerce peuvent compliquer son épanouissement au travail et donc son engagement dans cette activité.

Il existe d'autres paramètres qui peuvent brouiller le sens au travail des aides-soignants en EHPAD et interférer sur leur motivation, occasionnant une souffrance au travail.

### **2.6.3 Le non-sens au travail, souffrance de l'aide-soignant en EHPAD**

Le travail a un rôle important dans la construction identitaire d'un individu, ainsi est-il « *...autant le fondement et le garant de la santé physique et psychique que la cause des plus profondes dégradations de l'estime de soi et érosions de la personnalité.* »<sup>114</sup>

Considérant l'historique du métier, son étymologie qui renvoie à un simple rôle d' « *exécutant* »<sup>115</sup>, les représentations sociales liées au sale boulot et les conditions de travail difficile, le travail aide-soignant est largement dévalorisé. En EHPAD, ces difficultés habituelles se cumulent avec celles d'un secteur lui aussi particulièrement dévalorisé comme explicité.

Selon Francis Prouteau, les contraintes économiques sont incompatibles avec le principe même du soin et créent l'injonction paradoxale. Celle-ci consiste à demander deux choses contradictoires en même temps à quelqu'un. « *L'injonction paradoxale rend fou et concourt à une perte de sens* »<sup>116</sup>. Nous observons dans le monde soignant par la multiplication des contraintes et l'imbrication des projets les uns dans les autres.

---

<sup>113</sup> LEVY-LEBOYER Claude. *Opus cité*. p.171

<sup>114</sup> PAGES Claire. *La psychodynamique du travail aux croisements du psychique et du social*.

<sup>115</sup> RIGOULOT Eve. *Qu'en est-il de la reconnaissance du travail de l'aide-soignant ?*

<sup>116</sup> PROUTEAU Francis. *L'injonction paradoxale, une stratégie managériale ?* p.22

En EHPAD, c'est par exemple le cas de l'évaluation de la qualité. En effet, le « *taux de résident dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations* »<sup>117</sup> est un indicateur de suivi de la qualité recommandé par l'ANESM, alors même que le processus du vieillissement et l'entrée de plus en plus tardive en institution peuvent renvoyer à l'équipe un sentiment de non-qualité de son travail. « *Les modes d'évaluation du travail des aides-soignants... sont... plutôt centrés sur des critères de visibilité et de résultats que sur les moyens mis en œuvre et les qualités relationnelles* »<sup>118</sup> ce qui brouille le sens de leur travail et peut les inciter à « *se consacrer prioritairement à ce qui est visible* »<sup>119</sup> entraînant un risque de maltraitance.

Selon Lise Causse, pour les aides-soignants en EHPAD, « *un des moyens de s'en sortir (des contradictions) est de refuser que la logique instrumentale domine son activité... L'objectif étant de mettre cette dimension relationnelle au cœur de son activité de travail et de la faire reconnaître* »<sup>120</sup>. Cette dimension relationnelle est largement mise en avant par les aides-soignants dans le choix de leur métier et source de valorisation. Mais elle occasionne, dès lors qu'elle est reléguée au second plan, une grande souffrance.

L'organisation du travail peut, également être destructrice de sens.

La division du travail, qui segmente une prise en charge entre différents acteurs, est la cause d'une perte de sens. Imaginée au départ par Frederick Taylor<sup>121</sup>, dans le monde de l'industrie, elle visait à augmenter la qualité et la rapidité d'une activité en spécialisant les opérateurs. Dans le monde du soin en EHPAD, c'est la décomposition en plusieurs temps de soin, parfois attribués à des personnes différentes qui crée cette division et peut être à l'origine d'une perte de sens avec un risque de chosification du résident. Ainsi, « *...répéter les mêmes gestes et les mêmes paroles aux personnes âgées, de manière quasi-mécanique, vide le travail de son sens. Cela anéantit les valeurs engagées, participe d'une usure et d'une souffrance au travail...* »<sup>122</sup>.

L'organisation du temps de travail d'inspiration hospitalière va entraîner, dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, « *des pratiques de normalisation et de routinisation des actes et conduire à l'assujettissement des personnes âgées* »<sup>123</sup> en décalage avec l'idéal de vocation ayant mené les aides-soignants dans ce métier.

---

<sup>117</sup> ANESM. *Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés.*

<sup>118</sup> CAUSSE Lise. *Opus cité.*

<sup>119</sup> CAUSSE Lise. *Ibid.*

<sup>120</sup> CAUSSE Lise. *Ibid.*

<sup>121</sup> Ingénieur américain ayant établi une organisation scientifique du travail.

<sup>122</sup> CAUSSE Lise. *Opus cité.*

<sup>123</sup> CAUSSE Lise. *Ibid.*

« *Le mode d'organisation imposé par les structures de soins (qui) semble ignorer la dimension relationnelle du travail aide-soignant* » qui va entraîner une « *tension et ... culpabilité de ne pouvoir faire autrement (et) faire naître un sentiment de manque de reconnaissance, ce qui influe, en retour, négativement, sur le travail et la santé de l'aide-soignant* »<sup>124</sup>.

Enfin, l'apparition du concept d'efficience crée un décalage entre les valeurs des soignants et la réalité de travail. C'est le principe d'allocation des ressources en EHPAD où les outils de gestion (AGGIR, PATHOS) « *ser(vent) à rationaliser et normer les comportements* ». Mais comme le dit Paule Bourret « *la prestation aux malades peut-elle s'évaluer avec ces grilles... ?* »<sup>125</sup>.

De plus, « *...dans les métiers du secteur social et médico-social, les travailleurs doivent affronter un stress spécifique, car ils sont confrontés à des situations qui ont de profondes implications humaines : la souffrance, la détresse, la mort. Le principal facteur de stress est généré par la personne soignée du fait de son état physique et mental et de son comportement...plus le soignant est physiquement proche du malade, moins il se sent décisionnaire et plus il exprime sa souffrance.* »<sup>126</sup>

La particularité de l'EHPAD est la fréquence, associée aux moyens et l'inéluctabilité ainsi que l'automatisme du phénomène de dégradation de l'état de santé. Ainsi, « *...le soignant qui souffre en gériatrie ... est un soignant qui ne parvient pas ou plus à donner du sens à sa pratique, laquelle étant inéluctablement liée aux questions existentielles de la vie, de la mort, des conditions de passage de l'un à l'autre* »<sup>127</sup>.

Pour beaucoup de soignants la mort est vécue comme un échec. « *La confrontation à la mort constitue (un) des facteurs majeurs de stress émotionnel* »<sup>128</sup>. De plus, « *...la prise en soin des personnes âgées s'établit dans un rapport de proximité avec la mort, mais une mort toujours triomphante qui...confronte les soignants à leur impuissance* »<sup>129</sup>.

---

<sup>124</sup> RIGOULOT Eve. *Opus cité*.

<sup>125</sup> BOURRET Paule. *Connaître le travail pour le reconnaître et le transformer. In Prendre soin du travail*. P.62

<sup>126</sup> Revue l'aide-soignante n°101

<sup>127</sup> BONNET M. *Opus cité*.

<sup>128</sup> BONNET M. *Ibid.*

<sup>129</sup> BONNET M. *Ibid.*

Au regard de tous ces paramètres, la dernière partie de ce cadre théorique va permettre d'identifier les leviers managériaux et organisationnels favorables au sens au travail des aides-soignants en EHPAD et au maintien de leur motivation.

## **2.7 L'organisation vectrice de sens comme levier managérial de la motivation des aides-soignants en EHPAD**

### **2.7.1 Management et organisation du travail**

Selon Henry Mintzberg<sup>130</sup>, une organisation de travail est la façon d'agencer les ressources de l'entreprise selon des paramètres de conception. Ainsi, avec les mêmes ressources, financières ou en personnel, différentes organisations de travail sont possibles avec une division plus ou moins importante et un mode de contrôle du manager plus sur la règle ou la norme.

La division du travail et le mode de contrôle peuvent être définis, avec plus ou moins d'autonomie et en respectant la législation sur les compétences de chaque professionnel, par le cadre de santé en EHPAD.

Ainsi, le choix d'affecter des soignants à une unité permet de diminuer la division horizontale géographique. Cette organisation correspond en outre aux recommandations de l'ANESM pour qui : « *Il est recommandé que cette rotation (de personnel) fasse l'objet d'une réflexion de l'encadrement pour être limitée, afin de ne pas déstabiliser l'utilisateur* »<sup>131</sup>.

Quant au mode de contrôle, il peut faire référence au type de management utilisé par le cadre de santé. Selon le modèle de leadership situationnel de Paul Hersey et Ken Blanchard qui complète celui de Robert Blake et Jane Mouton, le manager ajustera son style en fonction de la compétence et de la motivation de ses agents en adoptant un management plus ou moins centré sur la tâche ou la personne.

### **2.7.2 L'aide-soignant-référent en EHPAD**

La personne référente, selon le Larousse est « *une personne compétente pour exercer une mission spécifique auprès d'un groupe* ».

---

<sup>130</sup> MINTZBERG Henry. *Le management*. p.192

<sup>131</sup> ANESM. *Recommandations : La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre*. p.27

Historiquement, cette posture a d'abord été instaurée en psychiatrie pour l'accompagnement des malades.

Selon Romuald Avet<sup>132</sup> « *La notion de référent est souvent utilisée pour nommer, voire formaliser le cadre qui règle les relations individuelles suivies entre éducateurs et résidents ou soignants et soignés dans la vie quotidienne des foyers et institutions médico-sociales.* »

Le référent a une fonction de « *tiers régulateur* », une sorte d'interface entre le résident, sa famille et l'institution.

« *Au-delà du rôle d'interlocuteur privilégié du résident (et de sa famille) quant à ses souhaits quotidiens, le référent doit participer à la définition du projet de vie personnalisé et être chargé de son suivi.* »<sup>133</sup>

Concrètement, le rôle du soignant référent en EHPAD consiste en :

« *Présence auprès des résidents et application dans les différents stades de vie du résident à l'intérieur de l'établissement.*

- *Accueil et intégration.*
- *Évaluation des besoins et définition d'objectifs d'accompagnement.*
- *Suivi.*
- *Suivi et entretien du matériel.*
- *Projet de soins et suivi individuel.*
- *Contacts avec la famille du résident.*
- *Accompagnement à travers les projets de vie.* »<sup>134</sup>

Cela consiste également en la « *conduite et suivi des actions* »<sup>135</sup>

### **2.7.3 Les leviers managériaux, le rôle du cadre de santé en EHPAD**

A la lumière de ces éclairages sur les théories de la motivation et du sens au travail, le cadre de santé en EHPAD dispose de plusieurs leviers managériaux afin de favoriser la motivation et le sens au travail des aides-soignants.

---

<sup>132</sup> AVET Romuald. *La notion de référent : quelle position éthique.*

<sup>133</sup>ARS Pays de Loire. *Préconisations relatives au projet de vie personnalisé. In Accompagnement personnalisé en EHPAD.*

<sup>134</sup> IFSO. *La notion de référent.*

<sup>135</sup> IFSO. *Ibid*

Le sens du travail au travers d'une culture professionnelle gériatrique commune semble au regard des parties précédentes un point de départ intéressant. Une analyse du contexte et son explicitation aux aides-soignants permettrait de les aider à comprendre le sens de leur travail. Cette culture devrait bien sûr se trouver en adéquation avec la stratégie de l'établissement.

Il incombe particulièrement au cadre de santé mais aussi aux autres professionnels de l'encadrement de l'institution de faire vivre cette « culture », en précisant son sens : étude de la charte de la personne âgée dépendante, formalisation des objectifs de l'établissement, *etc.* La culture gériatrique ainsi que la montée en compétences dans la prise en charge de la fin de vie, pourraient permettre aux professionnels de professionnaliser leur rapport à la mort. Cela les aiderait à identifier des critères de qualité dans la prise en charge palliative, favoriserait le sens de cet accompagnement et limiterait la démotivation.

D'autre part, l'implication dans le projet de vie personnalisé du résident, en tant qu'aide-soignant référent permet de répondre à la fois aux aspirations des résidents et également aux recommandations de l'ANESM, tout en augmentant les facteurs de satisfaction et en apportant plus de sens au travail. Selon Jean-Pierre Boutinet<sup>136</sup>, la conduite de projet répond, en effet, à un besoin de trouver une orientation des institutions de soins dans notre société post-moderne. Il s'agit là de la stratégie de l'établissement.

L'enrichissement des tâches selon Herzberg, par une diminution de la division horizontale voire verticale par délégation, augmente les facteurs de motivation. Cet enrichissement ne consiste pas uniquement à diversifier l'activité mais à augmenter le niveau de décision lors de leur réalisation.

Dans le cas des aides-soignants en EHPAD, avoir une activité élargie, participer au projet de soins et vie du résident, se responsabiliser par rapport à son groupe de résidents augmenterait ces facteurs.

De même, la visibilité des résultats, dont Vroom et Bandura ont défini l'importance, est augmentée par la diminution du fractionnement : tel résultat m'est imputable car j'y ai activement participé, le groupe n'est alors plus l'occasion d'une flânerie sociale mais source de motivation.

---

<sup>136</sup> BOUTINET Jean-Pierre. *En quoi un projet peut-il faire sens ?*

Cette organisation augmente les facteurs de satisfaction et en parallèle met en lumière le sens de l'action. La responsabilité permet de fixer les objectifs en rapport avec la satisfaction du résident et de sa famille.

Au vu de ces éléments, pour favoriser le sens au travail et la motivation des aides-soignants en EHPAD, le cadre de santé aurait tout intérêt à organiser le travail de manière à ce que les tâches soient variées et les résultats de leur travail identifiables par les aides-soignants. Il aura également un rôle dans la mise en lumière de la valeur sociale de ce travail, notamment en valorisant les retours des familles. Le style managérial pourra permettre une autonomie suffisante pour laisser place au sentiment de responsabilité. Enfin, à travers sa reconnaissance, il pourra informer les aides-soignants sur la qualité de leur travail.

## **2.8 Retour sur mes hypothèses**

Au regard de ce cadre théorique, ma conception de cette thématique s'est affinée. Exerçant un métier dévalorisé, dans un secteur lui aussi dévalorisé, auprès d'une population de personnes marginalisée par la société, les aides-soignants en EHPAD souffrent à la fois d'un manque de reconnaissance et d'un décalage entre le travail réel et leurs valeurs. Ils sont confrontés au stress de l'organisation et du côtoiement de la maladie et de la mort.

Tout le « défi » du cadre de santé en EHPAD va donc être de rendre visible leur travail, de le valoriser au sein de l'institution, à défaut de pouvoir changer la perception de la société, au travers de ses points forts. Cela à la fois dans l'intérêt du résident et dans le maintien des aides-soignants dans leur engagement au travail.

Pour cela, deux leviers managériaux identifiés me permettent de modifier mes hypothèses de départ :

**En favorisant le sens au travail à travers une organisation par aide-soignant référent, le cadre de santé en EHPAD leur permet de maintenir leur motivation.**

**En développant leurs compétences lors de la prise en charge des résidents en fin de vie, le cadre de santé en EHPAD permet aux aides-soignants une meilleure compréhension du sens de leur travail qui repousse la démotivation.**

Mon enquête va maintenant s'atteler à identifier :

- Si la conception du sens au travail perçue et véhiculée par les cadres de santé en EHPAD correspond bien à celle ressentie par les aides-soignants.
- S'il est possible de faire un parallèle entre l'organisation du travail aide-soignant par référent et un meilleur niveau de motivation que dans une organisation avec mobilité interne.
- Si la formation à la prise en charge palliative des aides-soignants augmente leur sentiment de compétence et influence leur niveau de démotivation.

## 3 Enquête

Lors de mon enquête, j'ai travaillé à partir des indicateurs et des facteurs de motivation identifiés dans le cadre conceptuel pour pouvoir évaluer un état émotionnel des aides-soignants.

Je vais donc m'appuyer sur le sens du soin en EHPAD et me servir de sa définition pour construire des indicateurs de vérification de l'intégration effective de cette notion par les aides-soignants et vérifier s'il est en adéquation avec celui de leur cadre de santé. Je vais la croiser avec le type d'organisation mis en place au sein de leur EHPAD et les indicateurs de démotivation, motivation et indifférence.

Je vais également tenter d'identifier leur rapport à la mort et un éventuel lien avec un niveau de démotivation.

### 3.1 *Présentation des outils et stratégie d'enquête*

#### 3.1.1 *Stratégie d'enquête*

Afin de pouvoir vérifier mes deux hypothèses, il m'a semblé intéressant de pouvoir enquêter dans des EHPAD avec des organisations de travail différentes. Les critères d'inclusion étaient donc de trouver à la fois un EHPAD organisé autour du système d'aide-soignant référent d'un groupe de résidents et un autre avec une organisation différente. Lors de ma recherche de terrain d'enquête, une troisième organisation m'est apparue où chaque soignant de l'EHPAD, de la cadre à l'aide-soignant était référent d'un groupe de résidents. Ce mode de « référence » n'était pas celui que j'entendais au départ mais il m'a semblé toutefois intéressant d'inclure cette structure dans l'enquête car, adossée à un service hospitalier, sa culture pouvait également éclairer l'hypothèse du sens au travail.

J'ai donc enquêté au total dans trois établissements pour lesquels je n'avais aucune représentation ou a priori, qui ne m'avaient pas été recommandés mais qui spontanément ont répondu positivement à ma sollicitation.

Dans chaque établissement, j'ai eu un entretien avec la cadre de santé et enquêté auprès de 5 à 7 aides-soignants.

### 3.1.2 *Le questionnaire destiné aux aides-soignants en EHPAD*<sup>137</sup>

Je suis partie du principe que la motivation est personnelle, de mes propres contraintes temporelles pour la réalisation de cette enquête, du fait qu'il me fallait un certain nombre de réponses pour avoir matière à interprétation et du fait que des réponses les plus spontanées possibles reflètent le mieux une sensation. J'ai donc pratiqué auprès des aides-soignants, une enquête par questionnaire accompagné collectif.

Cette méthode mélange celle de l'entretien collectif et du questionnaire accompagné<sup>138</sup>. Cela devait à la fois maximiser le nombre de réponses et éviter timidité ou honte provoquées par des questions sur des ressentis très personnels. Après avoir réunis pour une dizaine de minutes un groupe d'aides-soignants, je leur ai distribué les questionnaires.

Sous format livret, ces derniers sont aérés et de lecture aisée, plutôt attractifs avec une couleur bleue pour les questions et noire pour les propositions. Le questionnaire comporte 14 questions, la plupart à choix multiples pour respecter la faible affinité des aides-soignants pour l'écrit. Trois questions ouvertes me permettront d'envisager d'autres pistes de réflexion.

Malgré un test du questionnaire effectué au préalable auprès d'aides-soignants, des questions peuvent subsister c'est pourquoi ma présence devait permettre de pallier un éventuel problème de compréhension. Cela m'a également permis de m'assurer qu'ils ne communiquaient pas entre eux pendant le remplissage afin de ne pas fausser les résultats. Enfin, une urne à la sortie leur a permis de s'assurer du respect de leur anonymat.

Le questionnaire avait pour but d'évaluer les points suivants :

- Quel sens donnent-ils à leur travail ? Correspond-il au sens du travail soignant en EHPAD et à celui véhiculé par leur cadre ?
- Quel est leur état d'esprit vis-à-vis de leur travail ? Ont-ils des signes de démotivation/motivation/indifférence ? Identifient-ils des facteurs de démotivation/motivation ?
- Quelle est leur expérience de la mort ?

---

<sup>137</sup> Voir annexe 2 : Questionnaire accompagné collectif à destination des aides-soignants en EHPAD

<sup>138</sup> Anne Olivier, sociologue

### **3.1.3 L'entretien auprès des cadres de santé**

Mes entretiens<sup>139</sup> semi-directifs comportaient 7 questions. Les trois premières permettaient d'évaluer le sens qu'elles accordaient au travail soignant en EHPAD, les deux suivantes concernaient l'organisation du travail soignant au sein de la structure et les deux dernières abordaient le management et la motivation.

Sur les trois cadres interrogées, une avait un diplôme de cadre de santé et un MASTER 2, une avait un MASTER 1 et une avait un Diplôme Universitaire « Soins Encadrement et Pilotage de l'Organisation des Soins ». Les trois EHPAD se trouvaient dans le secteur privé, deux à but non lucratif et le dernier à but lucratif appartenait à un Groupe d'EHPAD.

Les cadres ne connaissaient pas réellement le thème de mon mémoire, je suis volontairement restée évasive en parlant du « travail de l'aide-soignant en EHPAD ».

## **3.2 Les entretiens**

### **3.2.1 Le cadre de l'établissement A**

C'est un établissement privé à but non lucratif de 40 places qui accueille principalement des résidents de GIR 1 et 2. Cet établissement n'emploie que des aides-soignants, fixes ou vacataires.

Après un premier contact téléphonique au mois de février où elle m'avait spontanément donné son accord pour participer à l'enquête, j'ai recontacté la cadre une semaine avant pour lui rappeler ma venue et confirmer l'horaire.

A mon arrivée, la gestion d'un décès a entraîné un retard d'une heure à l'entretien. L'équipe aide-soignante, en formation, n'était pas disponible comme elle me l'avait assuré la semaine précédente.

L'entretien<sup>140</sup> s'est déroulé dans un cabinet de consultation médicale. Nous avons été interrompues à plusieurs reprises par le téléphone et une fois par des agents de maintenance. Le recentrage de la cadre a été nécessaire d'autant qu'elle avait tendance à faire de multiples digressions. A l'issue de l'entretien, elle m'a fait visiter l'EHPAD.

Elle dit aimer particulièrement la gériatrie et son métier. Selon elle, son défaut est qu'elle fait trop à la place des autres. L'entretien formel retranscrit a duré 45 minutes mais nos

---

<sup>139</sup> Voir annexe 1 : Grille d'entretien avec les cadres de santé en EHPAD

<sup>140</sup> Voir annexe 3 : Retranscription de l'entretien avec cadre de l'EHPAD A

échanges ont continué pendant la visite et ainsi enrichi et complété ses propos. Je suis restée en tout 2h30 pour cet entretien dans l'établissement A.

### **3.2.2 Le cadre de l'établissement B**

C'est un établissement privé à but non lucratif qui accueille jusqu'à 110 résidents de tous GIR. Cet établissement emploie des aides-soignants et des aides médico-psychologiques.

J'ai contacté la cadre par téléphone au mois de février pour un entretien en mars. Le contact téléphonique a été plutôt poli mais assez froid. Elle s'interrogeait surtout sur ma méthode d'entretien auprès des aides-soignants. Elle a néanmoins accepté de participer à l'enquête et nous sommes convenues d'une date et d'un horaire.

Deux semaines avant, par mail, je lui ai rappelé ma venue et les conditions de l'enquête. Sans réponse de sa part, je l'ai rappelée une semaine avant. Elle n'avait pas eu le temps de me répondre mais était toujours favorable.

Je suis arrivée avec 15 minutes d'avance à notre rendez-vous mais elle m'a reçue tout de suite. Je lui ai réexpliqué ma méthodologie et nous avons décidé de commencer par l'entretien. Elle avait organisé la salle et la venue des aides-soignants en deux vagues successives.

L'entretien<sup>141</sup> s'est déroulé dans une salle de réunion, porte ouverte. Nous avons été interrompues une seule fois par une aide-soignante qui venait participer, un peu en avance, au questionnaire accompagné collectif. L'entretien de 30 minutes a été le plus bref des trois.

### **3.2.3 Le cadre de l'établissement C**

C'est un EHPAD de 104 places, privé à but lucratif, qui accueille des résidents de tous GIR. Cet établissement emploie majoritairement des aides médico-psychologiques et compte 5 aides-soignants dans son équipe fixe.

J'ai contacté l'établissement C par courrier adressé à la Directrice au mois de février. C'est la cadre qui m'a contactée par téléphone pour accepter de participer à mon enquête.

---

<sup>141</sup> Voir annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec le cadre de santé de l'EHPAD B

J'ai, dans un premier temps, exclu cet établissement organisé avec un système d'aide-soignant référent car j'avais déjà obtenu un accord d'enquête dans un établissement s'organisant par référent. Toutefois, l'établissement A s'étant avéré utiliser des référents issus de toutes les fonctions, j'ai recontacté en mars la cadre, avec qui j'avais eu par téléphone un bon contact. Elle a alors, de nouveau, accepté de participer à l'enquête et nous sommes convenues de deux dates fin mars afin que je puisse la rencontrer ainsi que l'ensemble de l'équipe aide-soignante.

Elle a organisé ma première venue dans l'établissement sur un jour où elle était absente, je suis revenue le lendemain pour la rencontrer ainsi que le reste de l'équipe aide-soignante.

L'entretien<sup>142</sup> s'est déroulé dans une salle de détente destinée aux familles. Rapidement, nous avons été interrompues par un appel téléphonique. Suite à cet incident, elle a confié le téléphone à une autre personne afin de ne plus être dérangée. L'entretien a duré 45 minutes.

### 3.2.4 *Le sens au travail en EHPAD dans les trois structures*

Les trois premières questions destinées aux cadres de santé avaient pour but d'évaluer le sens qu'elles donnent au travail soignant en EHPAD, la culture de l'établissement et son importance dans le management au quotidien.

Le sens

1. Quelle est votre conception des missions et objectifs du travail soignant en EHPAD ?
2. Existe-t-il une culture particulière dans l'établissement ?
3. Ces éléments sont-ils connus des aides-soignants et exposés lors du recrutement ?

#### Conception des missions et objectifs du travail soignant en EHPAD

Le cadre A :

Elle considère l'EHPAD comme **le domicile des résidents** : « *l'EHPAD, c'est un lieu de vie* ». Pour elle, la condition première pour travailler en EHPAD est d'aimer la gériatrie et

---

<sup>142</sup> Voir annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec le cadre de santé de l'EHPAD C

d'être patient : « *Déjà, pour travailler en EHPAD, il faut aimer les personnes âgées, sinon c'est même pas la peine.....Il faut être extrêmement patient, il faut aimer son métier* ».

Elle considère qu'une **meilleure connaissance du résident**, avec l'aide de la famille, permet de mieux le prendre en charge. « *Avec l'aide de la famille ou le résident s'il est en capacité, le référent essaye d'en savoir plus, ce qu'il aimait. Et finalement on voit la personne différemment.* »

#### Le cadre B :

Pour la cadre B, le travail soignant en EHPAD consiste à **stimuler le résident en vue de maintenir son autonomie**. C'est un lieu paisible où l'on prend en compte les habitudes.

« *Les soignants en EHPAD sont là pour accompagner des personnes en perte d'autonomie... à vivre au plus près de leurs habitudes et le plus sereinement possible... en essayant de stimuler... en ne faisant que ce que les gens ne peuvent vraiment pas faire* ».

#### Le cadre C :

Elle considère que le rôle du soignant en EHPAD est très étendu. Pour elle, cela nécessite d'être formé : « *Ils arrivent (les résidents) dans des états de plus en plus précaires.....Ils ont besoin (les aides-soignants et AMP) de connaissances paramédicales par rapport aux personnes qu'ils prennent en charge* ».

C'est un **lieu de vie** qui doit à ce titre respecter le rythme des résidents : « *... il ne faut pas oublier qu'on est dans un lieu de vie et que les résidents on les réveille pas à 7h pour prendre la température* ».

Le soignant a un **travail d'accompagnement** afin de **favoriser l'autonomie restante** : « *Leur travail (les soignants) est un accompagnement à la personne, c'est-à-dire pallier tout ce que la personne âgée dépendante avec des troubles cognitifs n'arrive plus à faire* ».

#### Culture de l'établissement et diffusion de celle-ci

##### Le cadre A :

Cet établissement est particulier puisqu'il est issu de la transformation d'un service de long séjour en EHPAD il y a 6 ans et il est accolé à un SSR. Une partie de l'équipe est restée la même. « *La **culture sanitaire** est très ancrée...Les soignants sont là depuis longtemps et ont du mal à changer de culture.* »

Ce point est une préoccupation particulière de la cadre « *On essaye avec le nouveau médecin et l'animatrice de changer tout ça* ». Elle tente de faire évoluer les aides-soignants vers une conception différente du soin en EHPAD : « *Elle est contente (l'AS) parce qu'elle a lavé et shampooiné tout le monde à fond. Et je lui dis, tu veux pas plutôt lui faire faire un tour dans le parc ?* »

« *C'est un établissement de petite taille, tout le monde se connaît, on collabore beaucoup* ».

Les difficultés économiques actuelles empêchent tout nouveau recrutement.

#### Le cadre B :

Cet établissement s'appuie sur la **méthode Gineste-Marescotti® « Humanitude »**. A ce titre, le personnel est formé et plusieurs soignants sont référents. Toute la culture de l'établissement s'articule sur cette méthodologie.

« *On travaille avec la philosophie humanitude.... Le résident est placé au centre du processus... on va pas faire de soin de force...* »

La méthodologie est particulièrement mise en avant, notamment lors du recrutement, car la réussite passe par l'adhésion de tous.

« *Si on travaille en humanitude, on ne peut pas le faire tout seul... on fait beaucoup de formations, même en dehors de l'humanitude* ».

#### Le cadre C :

**Le bien-être du résident** est l'objectif principal de la prise en charge dans l'EHPAD : « *On part du principe que ce qu'il y a d'important à privilégier c'est le bien-être* ».

**Le soin relationnel et la communication** sont particulièrement mis en avant : « *...le côté relationnel ici est primordial... Il y a des choses qui sont impératives pour nous. Par exemple qu'entre la communication et un soin d'hygiène on va favoriser la communication* ».

Le personnel bénéficie de nombreuses **formations**. La réflexion est favorisée par des **analyses de pratiques** organisées toutes les semaines.

L'information aux familles, **la sincérité** sont les valeurs portées par la cadre. Celles-ci ainsi que la communication sont mises en avant notamment lors du recrutement.

Au total, mes enquêtes se sont déroulées dans trois établissements avec des conceptions de l'EHPAD assez proches mais une culture portée par les cadres différente.

### 3.2.5 L'organisation du travail des AS

Les questions 4 et 5 avaient pour but d'évaluer l'organisation du travail quotidien des aides-soignants et l'existence d'une formation à la prise en charge palliative.

L'organisation

4. Quel est le mode d'organisation du travail des aides-soignants ? (Sont-ils référents d'un groupe de résidents ?)
5. Avez-vous travaillé sur la prise en charge palliative des résidents au sein de l'Institution ?

#### Le mode d'organisation du travail

##### Le cadre A :

Il y a 4 AS par jour pour 40 résidents (1 pour 10) et deux la nuit. Ils travaillent en 10h avec une équipe et une contre-équipe qui ne se voient jamais. Trois AS par équipe sont fixes et une est vacataire. Les résidents sont très dépendants. **Chaque soignant du cadre à l'AS est référent de 4 résidents.** « *il y a une pancarte dans la chambre pour le signifier* ».

Cette référence consiste à **s'enquérir auprès de la famille de l'histoire de vie du résident** : « *avec l'aide de la famille...le référent essaye d'en savoir plus* ». Ils ne sont **pas forcément investis par les familles** : « *les familles s'adressent surtout à leur AS préféré même si c'est pas le référent.* »

**Les soignants ne sont pas de manière fixe sur un secteur** : « *Pour éviter la routine ... je les fais tourner, elles changent toutes les 2 semaines de côté* »

La répartition des toilettes et le type de prise en charge se fait par rapport à une **liste établie par la cadre** et réactualisée par elle.

##### Le cadre B :

Même s'il n'y a pas de référent désigné, **les AS sont fixes sur un étage**, c'est un choix de la cadre pour respecter la stabilité des résidents et du personnel : « *Je pense qu'elles ont besoin de se sentir à l'aise dans leur service et les résidents ils sont âgés, ils aiment bien voir les mêmes têtes.* ». Cela va également dans le sens de la gestion de projet : « *On construit beaucoup de projets ... Si vous avez des équipes qui changent en permanence c'est compliqué* ».

Ils sont trois AS par jours pour environ 25 résidents (1 pour 8.3 résidents). En accord avec la méthodologie Humanitude®, il n'y a **pas de liste ou côté établis mais les soignants**

**s'adaptent au rythme du résident**, avec parfois des résistances : « *Elles sont autonomes, mais il y a encore 'c'est pas mon côté', théoriquement il n'y en a pas. Les résidents se réveillent au fur et à mesure* ».

#### Le cadre C :

Le ratio est d'environ 3 AS pour 26 résidents (1 pour 8.7 résidents) mais cela dépend des étages et de la dépendance des résidents. **Chaque AS est référent d'un groupe de 6 à 7 résidents** sur chaque équipe qu'il prend en charge quotidiennement.

Les référents sont **identifiés par les familles**, un est présent lors de l'accueil.

« *La famille les a identifiés lors de l'accueil... En général, les familles ont bien repéré qui s'occupe de leur parent* ».

La définition des groupes pris en charge dépend d'une analyse des besoins réels en soins du résident afin d'être **équitable** : « *...on peut pas vraiment dispatcher en fonction des GIR. Faut déjà... avoir un réel aperçu du résident* ».

Cela peut poser des difficultés lors de congés, formations ou maladies des aides-soignants avec une **perte de continuité de la prise en charge** : « *C'est là où la prise en charge peut être mise à mal dans la finesse de la connaissance du résident* ».

L'AS référent est **présent lors de la réunion de synthèse** mais n'échange pas avec la contre-équipe pour connaître ses problématiques liées au résident. La réactualisation du projet de vie s'appuie sur son observation.

Il peut y avoir un **relais** quand l'aide-soignant se sent en difficulté « *... elles ont le droit de demander des relais... de dire attention là moi j'en peux plus...* ».

#### Formation à la prise en charge palliative

##### Le cadre A :

Les soignants de l'EHPAD n'ont **pas bénéficié de formation sur la fin de vie** au sein de la structure. La prise en charge palliative n'est pas formalisée et l'organisation s'adapte aux besoins du résident et aux désirs de la famille grâce à un matériel adéquate.

« *...c'est en fonction des désirs de la famille, s'ils veulent qu'on s'acharne ou pas. Si la personne n'a pas mal on met un matelas anti-escarres, on chouchoute, on met la musique et on attend... On fait au cas par cas...* »

Les opportunités de **recourir aux autres professionnels plus expérimentés** et de passer la main en cas de difficultés sont utilisées : « *En cas de difficulté, on se réunit avec le médecin et la psychologue... si quelqu'un a du mal, il passe à sa collègue.* »

La cadre ne perçoit pas la prise en charge de la fin de vie par les aides-soignants comme problématique : « *Elles ne se sentent pas en difficulté, elles sont tellement expérimentées... c'est pas les fins de vie qui posent problème.* »

La **présence des familles est favorisée** par une possibilité de rester sur place et une écoute permanente : « *...la famille peut dormir, j'ai des chambres d'hôte. Ils appellent la nuit, ils peuvent faire ce qu'ils veulent ici.* »

#### Le cadre B

L'organisation de l'EHPAD s'appuie sur la **méthode humanitude®** qui permet des techniques de prises en charge non-médicamenteuses, relationnelles mais possède aussi du matériel et dispose de personnel suffisant pour permettre une médicalisation importante en cas de besoin du résident, notamment en fin de vie.

« *On est à la fois beaucoup sur le non-médicamenteux mais aussi très médicalisés, on a des pousses-seringue... Dans la technique humanitude qu'on applique ici il y a beaucoup de manutention dite relationnelle. Il y a le canoë qui est une technique qu'on utilise en soins palliatifs<sup>143</sup>.* »

Cette **formation** permet de professionnaliser la prise en charge de la fin de vie par les aides-soignants : « *On travaille sur la fin de vie* » et des réunions permettent aux soignants d'évoquer leurs difficultés.

L'existence d'un lien particulier avec le résident peut, selon la cadre, rendre l'accompagnement difficile par les soignants. « *C'est vrai qu'il y a des personnes où il va se créer quelque chose et c'est vrai que pour les équipes ça peut être difficile. Donc on en parle en réunion de synthèse...* ».

#### Le cadre C :

Un **travail sur l'accompagnement des résidents en fin de vie** a été engagé dans l'établissement qui reçoit parfois des patients déjà en soins palliatifs. Des analyses de pratiques sont organisées toutes les semaines.

---

<sup>143</sup> Positionnement de la personne avec deux traversins, un oreiller et drap par-dessus, la personne est comme dans un cocon

Il existe un partenariat avec le **réseau de soins palliatifs OSMOSE**<sup>144</sup> qui intervient en cas de difficulté de prise en charge palliative de l'équipe ou la famille et propose des **formations** au personnel.

*« On travaille beaucoup avec un réseau de soins palliatifs...qu'on contacte quand on n'est pas satisfaits de notre prise en charge ou quand on sent que c'est important pour les équipes... On a une formation en 6 sessions sur l'accompagnement de fin de vie... »*

### 3.2.6 Le management et la motivation

Les trois dernières questions de l'entretien avaient pour but d'évaluer le type de management du cadre de chaque établissement, quels étaient ses critères et ce qu'il percevait de la motivation de son équipe aide-soignante.

Le management et la motivation

6. Comment décririez-vous votre management auprès des aides-soignants : dans quelle mesure prennent-ils/elles part aux décisions et quelle marge d'autonomie ont-ils/elles ?
7. Quels sont les critères-clés de ce type de management ?
8. Comment percevez-vous le niveau de motivation des aides-soignants de l'établissement, sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?

#### Le management

##### Le cadre A :

La cadre de santé décrit son management comme **participatif**. Elle était auparavant infirmière dans la même structure avant d'évoluer professionnellement et d'endosser ses nouvelles responsabilités. *« Moi, j'étais leur collègue avant alors j'ai dit c'est participatif ».*

Elle base son management sur une **communication transparente** auprès de l'équipe afin que les décisions soient prises en groupe. *« J'essaie toujours d'expliquer pourquoi je fais les choses....Je parle avec eux de tous les problèmes. »*

Elle évoque notamment une réorganisation récente où chacun a pu faire part de ses expériences hors de la structure afin de trouver une solution en groupe. *« Je leur ai demandé comme elles font des vacances ailleurs comment ils faisaient. Cela a duré un mois et demi et on a trouvé. »*

---

<sup>144</sup> Réseau de santé à destination des patients et des professionnels spécialisé en cancérologie, gérontologie et soins palliatifs

Elle est **consciente de la difficulté de leur travail au quotidien** : « *Une fois j'ai fait une étude sur leur travail, sur les toilettes. J'ai fait comme eux...il me manque deux heures et demi pour faire correctement le travail* ». En cas de nécessité, elle les aide personnellement : « *Ils savent très bien que je me plie en deux, même quand je suis d'astreinte si je ne peux pas remplacer, moi je viens.* »

Elle se montre attentive à leurs besoins et leur laisse un **espace de liberté** : « *Je leur propose de changer de poste si elles veulent (l'établissement dispose également d'un SSR)...Je les laisse faire les repas dans le service, se détendre.* »

#### Le cadre B :

La cadre de l'EHPAD B décrit son management également **participatif basé sur la méthode humanitude®**. Selon elle, « *ce qui est bien dans la méthode, c'est que c'est un super outil de management aussi* ». Cela signifie que l'organisation du travail des aides-soignants se fait autour d'une **toilette prescrite** et d'une réflexion en équipe avec une **possibilité réduite de prendre des initiatives** : « *Quand il y en a une qui dit 'non moi je fais comme ça' je lui dis mais pourquoi tu fais comme ça puisque tu dois faire remonter à l'infirmière et partager avec les collègues mais tu n'as pas à décider toute seule, c'est un travail d'équipe.* »

Elle propose tous les trimestres une réunion d'équipe sur une journée pour aborder les difficultés de l'unité.

Le **bien-être au travail** est également un axe de la méthode humanitude®, ainsi le personnel se voit proposer « *des soins gratuits (étudiants pédicure et ostéopathe) sur le temps de travail* » et de nombreuses formations.

#### Le cadre C :

La cadre de l'EHPAD C pratique elle aussi, un management qu'elle définit comme **participatif**. « *Les aides-soignants sont intégrés à toutes les décisions* ».

Selon elle, le cadre de santé se doit d'être le **moteur de l'équipe**.

Elle est **consciente de la difficulté** du travail des aides-soignants, c'est pourquoi elle tente de les aider à briser leur routine en **favorisant les initiatives**, avec la Directrice elles ont ce discours envers les aides-soignants : « *...Proposez-nous des choses, s'il y a besoin on va acheter des choses, on va le faire !* »

« *On n'est pas une équipe psychorigide avec des idées bien arrêtées.* »

Elle **communique beaucoup** avec ses équipes : « *En tant qu'encadrant c'est vraiment une bataille de chaque jour. De leur rappeler tout ça.* », « *On a une bonne communication* ».

### Le niveau de motivation de l'équipe aide-soignante vu par son cadre

#### Le cadre A :

Selon la cadre : « **la motivation est pas mal** ». Elle justifie cela par l'attention particulière de la reconnaissance qu'elle leur porte, contrairement à la direction : « *Ils sont très reconnus par moi mais sont déçus de la position de la direction* ».

Les indicateurs qui lui permettent cette évaluation plutôt positive de la motivation des aides-soignants sont :

- **L'ambiance de travail** : « *Elles s'entendent bien. Elles font des repas, c'est une opinion générale dans l'établissement qu'en EHPAD le travail est le plus dur mais que c'est là qu'il y a la meilleure ambiance* ».
- **La collaboration** : « *Elles font des heures sup dès que possible* ».
- **La fidélité** : « *les aides-soignantes sont là depuis longtemps* ».

Cependant, elle pointe, lors de la visite qui a suivi notre entretien leur **faible implication et l'absence de prise d'initiative** : « *Elles ne prennent pas d'initiative, c'est moi qui propose et met à jour les supports. J'ai du mal à les investir dans les travaux de groupe* ».

#### Le cadre B :

Selon la cadre de l'EHPAD B : « les équipes sont motivées ». Les indicateurs qui lui permettent cette évaluation sont :

- **La fidélité** de l'équipe : « *Peu de turnover, celles qui partent le font pour évoluer... pas de difficultés de fidélisation* »
- **La fierté** de travailler dans cet EHPAD : « *elles sont fières de travailler comme ça* »

En revanche, à plusieurs reprises lors de l'entretien, la cadre signale « **elles râlent** ». L'ambiance de travail n'est pas abordée par la cadre mais elle signale que « *les réunions d'équipe trimestrielles c'est quelque chose qui apaise...quand il y a quelques **conflits*** ».

Enfin elle exprime sa frustration face aux revendications des aides-soignants : « *Le problème en management c'est que tout ce qu'on peut faire pour améliorer les choses devient normal, et c'est jamais assez. C'est frustrant.* »

Le cadre C :

La cadre de l'EHPAD C s'appuie sur plusieurs indicateurs pour affirmer que **les aides-soignants sont motivés** :

- **La qualité de la prise en charge** : « *Leur façon de prendre soin du résident* »
- **L'implication institutionnelle** : « *Leur implication dans les discussions, les échanges...dans les activités proposées...dans différents projets* »
- **La fidélité** : « *...il n'y a pas beaucoup de turnover* »

Toutefois, elle souligne leur **faible prise d'initiatives** : « *Ils ne font pas de propositions, ils ne prennent pas d'initiatives* ».

Les données principales recueillies lors de ces trois entretiens sont reprises dans le tableau de la page suivante.

## Données issues des entretiens avec les cadres de santé des trois EHPAD

	<b>EHPAD A</b>	<b>EHPAD B</b>	<b>EHPAD C</b>
<b>Sens du soin véhiculé par la cadre</b>	Domicile Connaissance de la personne	Stimuler pour maintien de l'autonomie	Lieu de vie Accompagnement Favoriser autonomie
<b>Culture</b>	Sanitaire	Humanitude®	Bien-être et relationnel
<b>Type d'organisation</b>	Référents de différentes fonctions peu investis par les familles Les AS changent d'unité tous les 15 jours	Méthode Humanitude®, adaptation au rythme du résident AS affectés à un étage, favorise la dynamique projet	AS référent et prend en charge un groupe de résidents S'investit dans le projet de vie Problématique en cas d'absence
<b>Type de management</b>	Participatif Dialogue avec l'équipe	Participatif mais directif ou persuasif pour respect de la méthode Bien-être au travail	Participatif CDS moteur Favorise les initiatives
<b>Formation aux soins palliatifs</b>	non	oui	oui
<b>Indicateurs de motivation des AS vus par leurs cadres</b>	Ambiance, collaboration, fidélité Mais peu d'implication et initiatives	Fidélité, fierté Mais « râlent » et conflits	Qualité, implication, fidélité des AS Mais peu d'initiatives

### **3.3 Les résultats des questionnaires**

#### **3.3.1 Déroulement des questionnaires accompagnés collectifs**

J'ai fait en tout 6 séances de questionnaires accompagnés collectifs, soit deux par structure. A chaque fois, j'ai pu réunir au moins deux AS dans une pièce, exposer ma démarche et donner mes consignes. J'ai insisté sur l'importance pour moi de connaître leur ressenti personnel et sincère, et les ai assuré du respect de l'anonymat. A chaque fois, ils se sont montrés coopératifs. La majorité s'est montrée curieuse de ma démarche et de mon expérience. Ils ont particulièrement apprécié l'attention que j'ai eu pour eux en leur offrant un stylo 4 couleurs. Cette démarche visait à la fois à m'assurer de leur coopération en leur montrant par anticipation ma gratitude et également à m'assurer qu'ils avaient de quoi écrire. J'ai choisi de jolis stylo 4 couleurs métallisés rose, violet ou de plus simples gris pour les hommes. Tous ont apprécié le geste et, il me semble, se sont sentis valorisés par mon intérêt pour eux. Les six séances ont duré entre 10 et 15 minutes.

Pour la structure A, je suis venue deux jours de suite afin de rencontrer les 6 aides-soignants fixes (équipe et contre-équipe). J'avais rencontré la cadre de santé quelques jours plus tôt et elle devait m'aider à réunir le personnel. Malheureusement, elle fut retenue le premier jour de mon enquête, j'ai donc proposé de me débrouiller. Je me suis donc présentée à l'équipe qui ne m'attendait pas mais a accepté de jouer le jeu.

J'ai pratiqué le questionnaire dans le poste de soins, en présence d'une secrétaire qui s'est tue pendant toute sa durée. L'infirmière a laissé un message sur le cahier de transmissions pour le lendemain. La séance s'est alors déroulée dans une salle à manger vide ; les portes étaient ouvertes mais nous n'avons pas été interrompus.

Pour la structure B de taille plus importante, j'ai interrogé, en deux sessions sur le même après-midi les 7 aides-soignants présents. La cadre de santé avait prévenu son équipe et organisé à la fois la salle de réunion et leur venue en deux fois en fonction de mon horaire d'arrivée et du temps que j'avais estimé pour le questionnaire accompagné collectif.

Pour la structure C, j'ai interrogé 5 aides-soignants qui représentaient la totalité de l'équipe fixe aide-soignante, l'autre partie étant AMP. La cadre de santé était absente le premier jour de mon enquête mais avait prévenu l'accueil, la direction et les aides-soignants. Le questionnaire s'est déroulé dans une salle de détente destinée aux familles, porte fermée. Le jour suivant, la cadre m'a reçue dans la même salle et j'ai rencontré les deux autres aides-soignants.

A chaque fois, pendant le temps de remplissage des questionnaires, je me suis tenue volontairement à distance afin de ne leur mettre aucune pression et que les aides-soignants puissent s'assurer que je ne reconnaîtrai pas les écritures. Dans les deux premières structures j'en ai profité pour consulter les affiches institutionnelles.

Seule une aide-soignante s'est saisie de l'opportunité de ma présence pour me faire préciser le sens d'une question.

### 3.3.2 Le dépouillement

Au vu de la grande quantité de données à traiter, j'ai choisi d'utiliser l'outil de tableur EXCEL®. J'ai ainsi pu intégrer l'ensemble de mes résultats sur le même document puis, à l'aide de filtres et de tableaux croisés dynamiques établir des liens permettant une analyse. L'ensemble des données recueillies est visible en annexes 6, 7 et 8.

### 3.3.3 Le sens du soin en EHPAD

Les deux premières questions avaient pour but d'évaluer la perception de chaque AS du sens du soin en EHPAD et sa distinction avec celui du soin à l'hôpital.

 Quelle conception du travail en EHPAD se rapproche le plus de la vôtre ? cochez 1 réponse

Le plus important c'est que tous les résidents soient confortables.

Le plus important c'est que les résidents fassent le plus possible par eux-mêmes.

Le plus important c'est que les familles et supérieurs soient satisfaits.

Autre :

 Selon vous, en dehors des moyens, qu'est-ce qui fait la différence entre une prise en charge en EHPAD et à l'hôpital?

Le sens du soin retenu par l'ANESM de maintien de l'autonomie était la réponse recherchée à la première question. L'EHPAD comme lieu de vie était celle attendue à la seconde.

#### Le sens du soin perçu par les AS

EHPAD/effectif AS	autonomie	confort	autres
A/6	1	2	3 les deux
B/7	4	3	-
C/5	0	5	-

Selon les AS interrogés, le confort du résident est la priorité pour 10/18 d'entre eux et seulement 5/18 pensent que c'est la préservation de l'autonomie. 3/18 venant de la structure A d'origine sanitaire n'ont pas pu se décider entre les deux.

### La spécificité de l'EHPAD perçue par les AS

<b>EHPAD/ Effectif AS</b>	<b>domicile</b>	<b>Relationnel/humanité</b>	<b>Prise en charge plus adaptée</b>	<b>autres</b>
<b>A/6</b>	3	1	2	
<b>B/7</b>	2	2	2	1 pas de réponse
<b>C/5</b>	2	1	1	1 « pression de la direction »

Globalement, seuls 7 AS sur 18 travaillant en EHPAD déclarent spontanément que l'établissement est le lieu de vie des résidents. Alors que c'était la première réponse des cadres de la structure A et C. Je constate quand même que la proportion de cette réponse dans ces deux structures est plus élevée que dans la B : 3/6 et 2/5 contre 2/7.

La dimension relationnelle du soin en EHPAD est perçue par 4 AS/18 et sa meilleure adaptation aux besoins du résident par rapport à celle du soin hospitalier ressort pour 5 AS/18.

Le meilleur taux de réponse de spécificité de l'EHPAD comme domicile du résident dans la structure A (3/6) est intéressante car c'est l'établissement, accolé à un SSR, qui ressemble le moins à un lieu de vie. Lors de l'entretien la cadre de santé a particulièrement insisté sur le fait qu'elle le rappelait souvent à ses équipes.

De même, la structure B qui travaille en méthodologie Humanitude® et la préservation de l'autonomie, qui est mise en avant comme conception du soin en EHPAD par la cadre de santé, est la réponse la plus fréquemment donnée à la première question : 4/7, (contre 1/6 en A et 0/5 en C).

Cela semble confirmer l'importance de l'influence du cadre de santé sur la culture du soin dans son service.

Au total, seul un AS de la structure B a répondu que l'EHPAD était à la fois un lieu de vie et avait pour objectif de maintenir l'autonomie du résident. En revanche, il ressort de ces deux questions que le confort du patient prime et qu'après le domicile, les deux spécificités de l'EHPAD qui ressortent sont sa meilleure adaptation aux besoins des résidents et le côté

relationnel des soins prodigués. Seul un AS a une vision plutôt négative en évoquant le manque de moyens. Un seul n'a pas répondu.

Si leur vision est pour partie différente de celle définie par les autorités, elle est en revanche qualitative et positive et démontre de leur part un positionnement et une perception de la spécificité du soin en EHPAD.

### 3.3.4 Les facteurs de satisfaction et insatisfaction

Les questions 3 et 4 permettaient aux aides-soignants d'exprimer leurs facteurs de satisfaction et insatisfaction. La question 5 les invitait à proposer des pistes d'amélioration organisationnelle.

#### Quelles sont vos sources de satisfaction au travail ?

Plusieurs réponses possibles

- la nature du travail
- l'ambiance de travail
- la collaboration
- la communication
- l'organisation
- la variété
- La reconnaissance  des résidents
- des familles
- de la hiérarchie
- des collègues
- le fait d'être référent(e) d'un groupe de résidents
- aucune
- Autres, précisez :

#### Quelles sont vos sources d'insatisfaction au travail ?

Plusieurs réponses possibles

- la charge de travail
- l'ambiance de travail
- la collaboration
- la communication
- l'organisation
- le salaire
- Le manque de reconnaissance  des résidents
- des familles
- de la hiérarchie
- des collègues
- aucune
- Autres, précisez :

#### Selon vous, hormis des embauches, comment pourrait-on améliorer l'organisation actuelle du travail ?

Le tableau suivant reprend toutes les réponses données par les aides-soignants concernant leurs facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail. Ils sont triés par établissement et numérotés uniquement pour les différencier.

### Facteurs de satisfaction et insatisfaction cités par les aides-soignants

Facteurs Aide-soignant	charge Nature	ambiance	collaboration	communication	organisation	variété	Reconnaissance résidents	Reconnaissance familles	Reconnaissance hiérarchie	Reconnaissance collègues	référence	salaire
A	1		X X	X	X	X					X	
	2		X X	X X			X	X	X X	X		
	3	X	X X	X	X		X	X X				X
	4	X X	X			X	X	X X	X X		X	
	5	X X		X	X	X	X	X				X
	6	X X	X	X	X	X		X	X X	X	X	
B	7	X	X X	X X	X X	X	X X		X			X
	8	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
	9	X	X	X	X		X					X
	10	X		X	X		X		X			X
	11	X X	X	X	X		X	X	X X	X X		X
	12	X	X		X		X	X		X		X
C	13	X		X	X	X	X		X X	X		X
	14	X	X	X X	X X	X		X	X			X
	15			X	X X	X	X		X			
	16	X	X X	X X	X X	X	X	X	X			
	17	X	X		X		X	X	X	X		X
	18	X	X				X	X	X		X	X

— : Les facteurs mixtes, proposés comme source de satisfaction ou d'insatisfaction

— : Les facteurs proposés comme source de satisfaction

— : Les facteurs proposés comme source d'insatisfaction

X : Facteur cité par l'aide-soignant comme source de satisfaction

X : Facteur cité par l'aide-soignant comme source d'insatisfaction

L'ensemble des réponses me permet, dans un premier temps de constater que 17/18 AS citent plus de facteurs de satisfaction que d'insatisfaction au travail. Même si ce résultat ne renseigne pas directement leur niveau de motivation, cela peut néanmoins refléter une vision plutôt positive de leur travail.

### **Les sources de satisfaction au travail selon les aides-soignants :**

Les sources de satisfaction les plus fréquemment citées sont :

- La reconnaissance des résidents : 15
- L'ambiance de travail : 14
- La communication : 14
- La collaboration : 13
- La reconnaissance des familles : 11
- La nature du travail : 10
- L'organisation : 10

Les facteurs les moins cités sont la variété et la référence. Ce dernier peut également s'expliquer par le fait que l'organisation de travail des 7AS de l'établissement B ne comporte pas de référent. Cela reste cependant une réponse faible qui me laisse à penser que cette organisation n'est pas identifiée par les AS comme source de satisfaction au travail.

### **Les sources d'insatisfaction au travail selon les AS**

Les plus fréquemment citées sont :

- Le salaire : 13
- La charge de travail : 9
- La reconnaissance de la hiérarchie : 9

Ces résultats sont en parfaite adéquation avec la littérature au sujet des aides-soignants.

L'organisation n'a jamais été citée directement comme source d'insatisfaction mais 13 AS ont évoqué des pistes organisationnelles comme axes d'amélioration :

- 7 ont parlé de l'organisation temporelle
- 5 souhaitent un renfort de personnel
- 3 aimeraient une meilleure répartition des tâches

Le manque de reconnaissance des résidents n'est citée que 2 fois comme source d'insatisfaction et celle des familles et de la hiérarchie 3 fois.

### 3.3.5 Le rapport des aides-soignants à la mort

Les questions 6, 7 et 8 permettaient d'identifier le rapport des aides-soignants à la mort dans leur travail.

✚ Comment vous sentez-vous dans l'accompagnement des résidents en fin de vie ?

- Plutôt compétent(e), je sais comment m'y prendre
- Plutôt mal à l'aise cela me fait un peu peur
- Je les évite dès que possible, cela me met très mal à l'aise

✚ Votre culture personnelle (religion et/ou tradition) est-elle en conflit avec votre travail de soignant dans l'accompagnement d'un résident en fin de vie ?

Non                       Oui

Si oui, précisez de quelle manière :

✚ Avez-vous reçu une formation spécifique sur l'accompagnement de fin de vie ?

Oui                       Non

<b>Nombre d'AS formés à la prise en charge palliative</b>	<b>Nombre d'AS qui se sentent compétent en prise en charge palliative</b>	<b>Influence de la culture</b>
13	15	2 dont une positive

Sur les 18 AS interrogés, 13 ont reçu une formation palliative dont 4 qui travaillent dans l'établissement A qui n'a pas proposé directement cette formation.

Il est à noter qu'il n'y a pas de lien direct entre la formation et le sentiment de compétence des AS puisque sur les 3 qui se sentent mal à l'aise, 2 ont été formés. Lors de cette enquête, la culture personnelle ne ressort pas comme influençant les AS dans leur prise en charge palliative des résidents. Celle-ci n'est citée que par 2 AS dont un qui déclare que c'est une aide. Celui-ci se sent compétent sans avoir été formé par l'institution.

### 3.3.6 Le ressenti des aides-soignants au travail

Construite à partir des indicateurs issus du cadre théorique, cette série de question permettait à l'aide-soignant une auto-évaluation des indicateurs de motivation, démotivation et indifférence au travail. Les résultats, croisés avec les données des autres questions permettront une analyse de leur relation à leur travail.

 Comment vous sentez-vous dans votre travail ?

- Je peux prendre des initiatives  Oui  Non
- Je pose des questions aux autres professionnels  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- Je m'implique dans les projets  Oui  Non
- J'ai le sentiment de faire un travail de qualité  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- Je me sens personnellement utile  Oui  Non
- Il m'arrive d'oublier ou de faire des erreurs  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- Je parle de mon travail dans ma vie privée  Oui  Non
- Il m'arrive de me sentir découragé(e)  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- J'ai des responsabilités  Oui  Non
- Il m'arrive d'être en colère  Oui  Non

Ces données seront analysées dans la partie suivante.

### 3.3.7 Le contexte de travail en EHPAD

Les dernières questions avaient pour but d'établir les profils des aides-soignants interrogés.

✚ Dans quelles circonstances êtes-vous venu(e) travailler en EHPAD ? cochez 1 réponse

Mon travail ici est une opportunité (proximité du domicile/salaire/horaires de travail) de concilier ma vie personnelle et professionnelle.

J'ai choisi de travailler en EHPAD parce que le travail que j'effectue auprès des personnes âgées correspond à mes valeurs.

Autre :

✚ Votre entrée dans la profession d'aide-soignant(e) cochez 1 réponse

C'est votre formation initiale

C'est une reconversion (diplôme étranger paramédical ou autre branche)

C'est une évolution de carrière (vous étiez ASH par exemple)

C'est une étape vers un autre diplôme (infirmier par exemple)

✚ Depuis combien de temps êtes-vous aide-soignant(e) ? .....ans

✚ Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ? .....ans

Pour 11 AS sur 18 interrogés, leur travail en EHPAD est un choix. C'est une opportunité de conjuguer vie professionnelle et familiale pour 3 d'entre eux et 2 considèrent que c'est un peu des deux. Un AS n'a pas répondu et un autre cite le fait de vouloir connaître la méthode humanitude® comme ayant motivé son choix.

Le métier d'AS est une reconversion ou évolution de carrière pour 9 AS et 3 le définissent comme une étape.

### Profil des AS interrogés

AS	circonstances d'arrivée en EHPAD	entrée dans la profession AS	ancienneté AS en années	ancienneté EHPAD en années	
A	1	choix	initiale + étape	5	3
	2	opportunité + choix	évolution	6	14
	3	opportunité	initiale	3	1
	4	opportunité	évolution	25	1
	5	opportunité	initiale	2	2
	6	choix	reconversion	20	20
	7	choix	Initiale + étape	5	8
	8	choix	reconversion	2	2
	9	choix	reconversion	3	3
B	10	« connaître humanitude »	initiale	16	10
	11	choix	initiale	4	4
	12	choix	évolution	2	6
	13	choix	initiale	3	2
	14	opportunité + choix	étape	10	10
C	15	choix	reconversion	16	15
	16		reconversion	5	15
	17	choix	initiale	5	2mois
	18	choix	reconversion	10	5

### 3.4 L'analyse des résultats

J'ai considéré les réponses souvent et parfois comme un oui et les réponses rarement et jamais comme un non. Les différentes propositions, de nombre pair, avaient pour but de les obliger à se positionner sans donner le sentiment d'être radical.

#### 3.4.1 L'indifférence

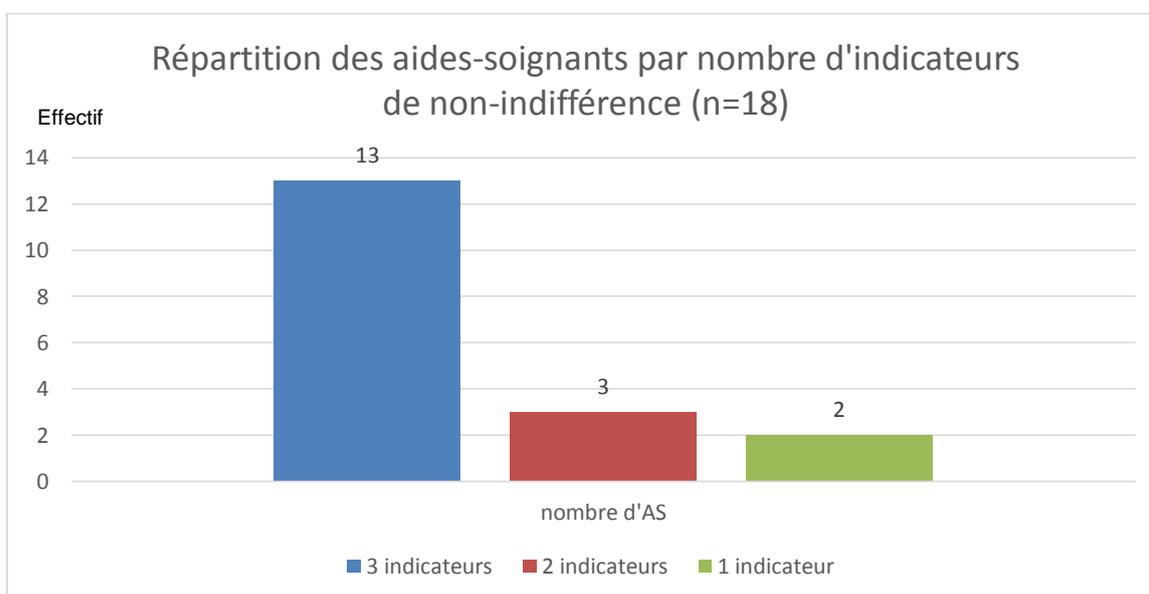
Les trois premières questions de la partie « ressenti » du questionnaire avaient pour but de mesurer une éventuelle indifférence des aides-soignants vis-à-vis de leur travail en EHPAD.

Elles permettaient en effet de mesurer si l'absence d'initiative, de curiosité et d'implication étaient présentes chez une même personne.

Sur les 18 aides-soignants interrogés, 17 ont déclaré prendre des initiatives et un ne s'est pas prononcé. Concernant l'implication, 15 AS se sont dits impliqués. Sur les 18 interrogés, 16 posent souvent ou parfois des questions.

	Oui/souvent/parfois	Non/jamais/rarement	Ne se prononce pas
<b>initiatives</b>	17	0	1
<b>implication</b>	15	1	2
<b>Questions</b>	16	2	

J'ai additionné chez chaque aide-soignant ces indicateurs positifs (oui/souvent/parfois) afin d'évaluer un niveau de non indifférence sur 3.



Il est à noter que la personne qui n'a pas répondu si elle prenait des initiatives déclare être impliquée et poser parfois des questions.

L'AS qui se dit non impliqué prend en revanche des initiatives mais pose rarement des questions. Sa « non-implication » pourrait s'expliquer par le fait qu'il travaille dans l'établissement C depuis 2 mois seulement. C'est, de plus, quelqu'un qui est volontairement resté après le questionnaire accompagné pour un entretien informel et que j'ai pu identifier en recoupant ce qu'il m'a dit avec le contenu du questionnaire car ils n'étaient que deux ce jour-là. A la fin du questionnaire, dans la partie libre, il a exprimé :

*« Pour moi, rendre l'humanité à une personne est plus important que tout. La vie reste toujours précieuse, peu importe l'aspect ou la condition. »*

L'autre AS qui pose rarement des questions se dit impliqué et prend des initiatives. Deux AS de la structure B ont répondu être plus ou moins impliqués mais prennent en revanche des initiatives et posent des questions souvent pour l'un, parfois pour l'autre.

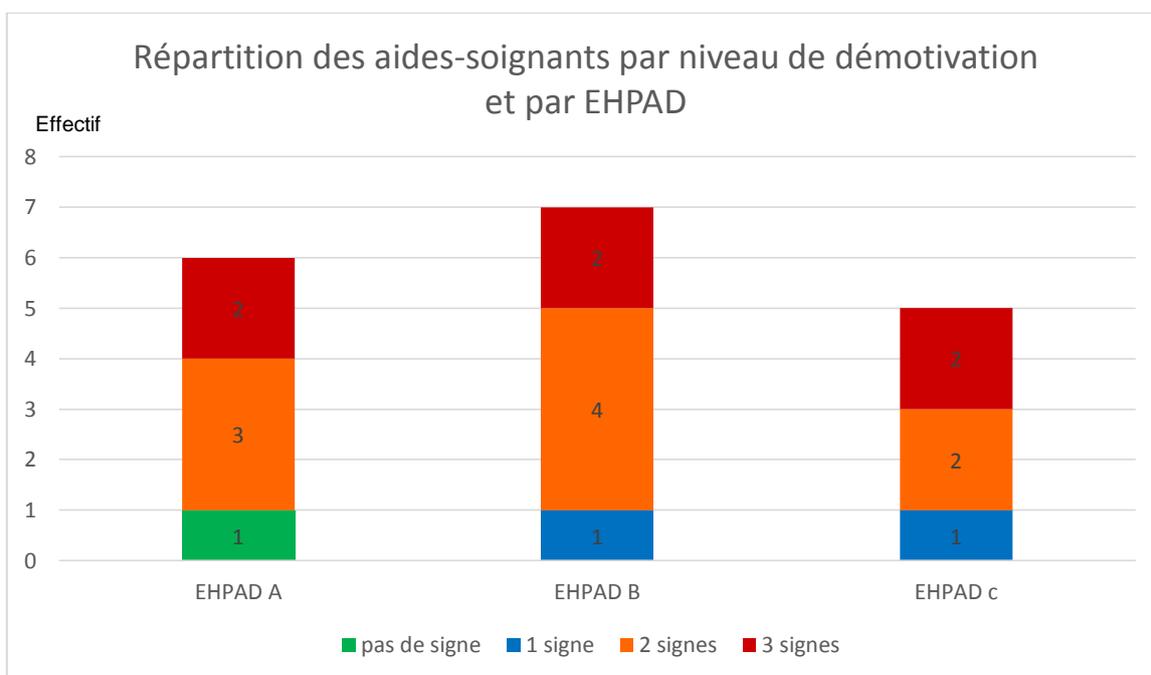
Je peux donc déduire de ces résultats qu'aucun AS, sur les 18 interrogés et quelle que soit sa structure d'appartenance ne semble, au regard des indicateurs retenus, être indifférent à son travail. Seul un AS cumule deux indicateurs mais, comme je l'ai exposé, cela est à relativiser avec le reste du questionnaire et mon expérience à l'issue de celui-ci.

Ces résultats diffèrent un peu des propos exprimés par les cadres de santé des structures A et C qui se plaignent du manque d'initiative des aides-soignants et pour l'établissement A du manque d'implication.

### 3.4.2 La démotivation

Trois questions de la partie « ressenti » avaient pour but d'évaluer la démotivation des aides-soignants. Elles concernaient la fréquence de leurs erreurs, le sentiment de découragement et la colère au regard des indicateurs proposés par André Montesinos.

J'ai additionné ces trois indicateurs négatifs (oui/souvent/parfois) afin d'évaluer un niveau de démotivation sur 3. Afin de pouvoir faire un parallèle avec l'organisation de travail, je les ai classés par établissement.



Sur les 18 AS interrogés :

- 6 cumulent les trois signes de démotivation évalués, deux dans chaque établissement.
- 9 cumulent deux signes : 3 en A, 4 en B et 2 en C
- 2 présentent 1 signe : 1 en B et en C
- 1 n'en présente aucun en A

Le signe de démotivation le plus fréquemment cité est le découragement : 14 As se disent parfois découragés. Vient ensuite la colère avec 13 occurrences puis les oublis qui sont cités 10 fois.

Même si les effectifs de chaque établissement ne sont pas identiques, les résultats ne permettent pas de mettre en évidence une différence flagrante de démotivation des aides-soignants entre les EHPAD d'organisations différentes.

Parmi les aides-soignants, 11 déclarent que leur travail en EHPAD est uniquement un choix. Au sein de ce groupe, les indicateurs de démotivation sont hétérogènes selon la répartition suivante :

- 4 AS cumulent 3 indicateurs
- 4 AS en rapportent 2
- 2 AS en présentent 1
- 1 AS n'a pas d'indicateur de démotivation

Le fait de choisir de travailler en EHPAD ne serait donc pas un facteur protecteur contre la démotivation.

En revanche, chez les 7 autres AS, pour qui le travail est en EHPAD est soit une opportunité, soit mixte (choix et opportunité), soit autre (« connaître humanitude »), les indicateurs de démotivation sont au nombre de 2 pour 5 d'entre eux et 3 pour les 2 autres. Cela reste une tendance, mais ces résultats m'amènent à émettre l'hypothèse que la démotivation est plus fréquente chez les aides-soignants qui ne travaillent pas en EHPAD uniquement par choix.

Il ne semble pas y avoir de lien direct entre l'ancienneté dans la fonction d'aide-soignant et l'augmentation des indicateurs de démotivation. En effet, il y a une répartition des anciennetés parmi les AS présentant 3 indicateurs de démotivation.

<b>Ancienneté dans la fonction AS</b>	3 ans	4 ans	5 ans	16 ans	25 ans
<b>Nombre d'AS présentant 3 indicateurs de démotivation</b>	1	1	2	1	1

En revanche, parmi le même panel, l'ancienneté de travail en EHPAD est différente. 3 AS ont une ancienneté inférieure ou égale à un an, tandis que les autres travaillent en EHPAD depuis 4, 8 et 15 ans. Les trois plus novices en EHPAD sont également les trois plus novices de mon échantillon total enquêté.

Ce résultat me permet d'émettre l'hypothèse que la période de prise de poste en EHPAD pour un AS représente pour lui un risque accru de démotivation au travail.

La variété des facteurs d'insatisfaction au travail des 6 AS ne permet pas de mettre en évidence une tendance centrale de la cause de cette démotivation : 3 évoquent la charge de travail et 4 le salaire qui sont également les facteurs les plus fréquemment cités par l'ensemble de la population AS enquêtée.

Sur les 18 AS interrogés, seuls 5 n'ont pas reçu de formation aux soins palliatifs. Parmi eux, 3 se retrouvent dans le groupe d'AS présentant 3 indicateurs de démotivation dont 1 qui se sent mal à l'aise lors de la prise en charge d'un résident en fin de vie. Cela m'oriente à penser que la formation aux soins palliatifs peut participer à éviter la démotivation des aides-soignants en EHPAD sans toutefois être catégorique. De plus, sur les 5 AS non formés, 4 se trouvent néanmoins compétents lors de ce type de pris en charge.

La conception du sens au travail en EHPAD pour les 6 AS avec 3 indicateurs de démotivation est :

- Relationnel pour 4 d'entre eux : « *convivial et humain* », « *relationnel plus humain* », « *temps d'écoute et humanité* » et « *proximité et relationnel* »
- 1 considère l'EHPAD comme le domicile des résidents
- 1 le définit à travers ses limites avec un « *manque de temps et de personnel, pression de la direction* ».

Il est intéressant de remarquer que les 4 AS pour qui le sens du soin en EHPAD est relationnel sont les seuls de l'échantillon total enquêté à avoir proposé cette réponse dans la question pourtant ouverte n°2. Parmi eux, 2 citent la charge de travail et les 2 autres la communication comme facteurs d'insatisfaction. Ce résultat pourrait venir étayer la définition de la démotivation comme résultant d'une frustration entre les désirs (ici le sens de leur travail) et la réalité.

### 3.4.3 La motivation

Afin d'évaluer la motivation des AS interrogés, j'ai utilisé plusieurs données issues de mon cadre conceptuel.

J'ai additionné les éléments suivants :

- les principaux facteurs de satisfactions décrits par Herzberg comme motivateurs que sont l'intérêt même du travail et la reconnaissance :
  - Nature
  - Variété
  - Reconnaissance : des résidents, familles, de la hiérarchie et des collègues
  
- Les indicateurs principaux de motivation au travail définis par André Montesinos et repris par les aides-soignants comme satisfaisants ou ressentis :
  - Ambiance de travail
  - Communication
  - Qualité du travail
  
- les ressentis évoquant une motivation : Selon Achille Weinberg, le travail répond notamment à un besoin d'existence sociale. Maslow, lui, évoque des besoins sociaux et l'estime de soi.
  - Sentiment d'utilité
  - Sentiment d'avoir des responsabilités
  - Parler de son travail dans sa vie privée

Sur tous les AS interrogés, 16 pensent qu'ils font un travail de qualité souvent et 1 parfois. L'ambiance de travail est source de satisfaction pour 14 AS et d'insatisfaction pour 5 d'entre eux. Il est à noter que les 5 insatisfaits par cette ambiance la citent également comme source de satisfaction. 4 AS y sont indifférents.

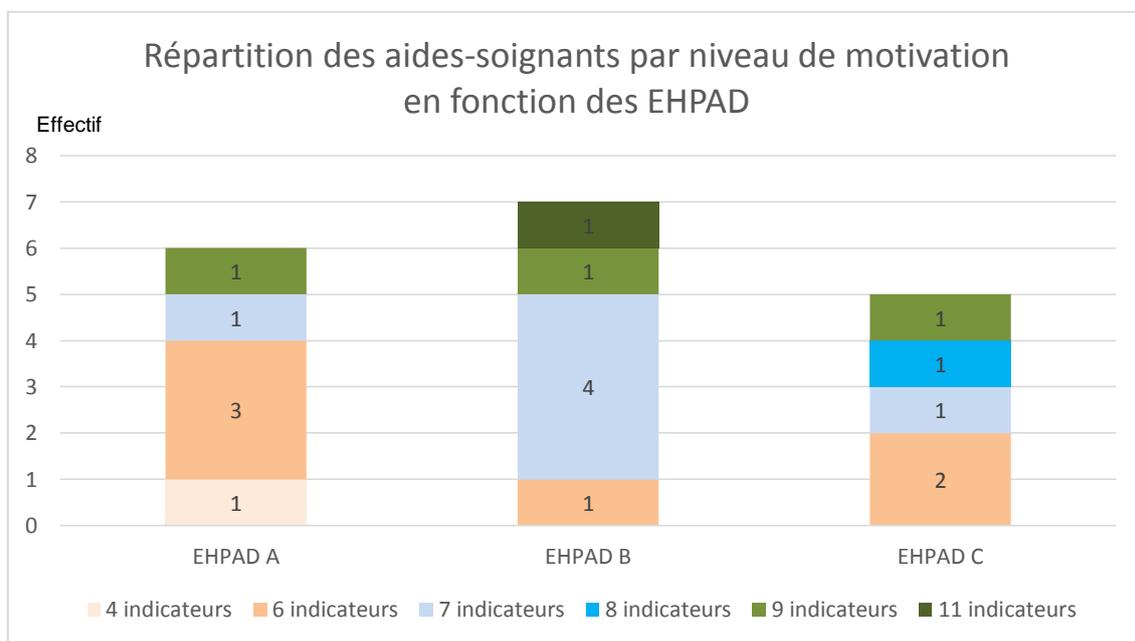
Le sentiment d'être utile est retrouvé chez tous les AS interrogés. En revanche, 8 ne parlent pas de leur travail dans leur vie privée.

La nature de leur travail est source de satisfaction pour 10 des AS interrogés. La reconnaissance des résidents et leur famille est majoritairement source de satisfaction, sauf

dans l'établissement A où la cadre a particulièrement évoqué des familles difficiles. La reconnaissance des collègues est peu citée. En revanche, la reconnaissance de la hiérarchie est une source d'insatisfaction pour 9 AS sur 18 et de satisfaction pour 7 d'entre eux. 4 ont cité cette reconnaissance comme mixte.

Même si l'identification d'un niveau de motivation semble particulièrement complexe, le fait de cumuler positivement tous ces facteurs me permet d'émettre l'hypothèse d'une motivation au travail. J'ai pris en compte tous les types de reconnaissance. Les sources citées par les aides-soignants comme mixtes n'ont pas été retenues.

L'addition de tous ces indicateurs me permet d'évaluer un niveau de motivation sur 12. J'ai classé les résultats par établissement afin de pouvoir établir un éventuel lien entre l'organisation du travail et le niveau de motivation des aides-soignants.



Ces résultats me laissent à penser que l'AS le plus motivé travaille dans la structure B et que, dans leur ensemble, les AS de l'EHPAD A ont un niveau de motivation inférieur à celui des AS des autres EHPAD avec une moyenne de 6,3 indicateurs. Les AS de l'EHPAD B ont un niveau de motivation moyen à 7,7 et ceux de l'EHPAD C à 7,2. Ces chiffres ne représentent rien en eux-mêmes, ils sont le résultat de mon outil d'évaluation qui reste perfectible. De plus, la faible taille des échantillons est peu appropriée au calcul d'une moyenne. Il ne s'agit donc là que d'un indicateur que je vais à présent croiser avec d'autres données issues de l'enquête.

L'AS qui présente le moins d'indicateurs de motivation présentait 2 signes de démotivation sur les trois. Il souligne comme axe d'amélioration du travail, le fait de ne pas prendre en charge des patients désorientés, grabataires ou en fin de vie ce qui peut expliquer ces résultats.

Pour l'ensemble des AS de l'établissement B qui semblent les plus motivés, leur travail en EHPAD est un choix, un a précisé vouloir connaître Humanitude®. Cela me permet de poser l'hypothèse que le fait de choisir un travail permettrait une motivation plus importante.

Je vais considérer les AS « les plus motivés »<sup>145</sup> comme ceux totalisant 9 et 11 indicateurs. Pour ces 4 AS, le travail en EHPAD est un choix, 2 sont AS depuis 5 ans et 2 depuis 16 ans. Sur ces 4 AS, 2 font partie du groupe présentant le plus d'indicateurs de démotivation. Comme l'un n'est pas l'inverse de l'autre, je pense que ce résultat montre que ces 2 AS sont particulièrement impliqués dans leur travail. Il s'agit d'un AS de la structure B et un de la C.

Ils se sentent tous compétents pour prendre en charge la fin de vie d'un résident même si un n'a pas été formé. Un souligne la richesse de son travail. Pour 2 AS sur les 4, le sens du soin en EHPAD est le maintien de l'autonomie, pour 1 c'est le confort et le dernier qu'elle est mixte autonomie et confort.

Pour ces 4 AS « les plus motivés », la nature de leur travail est source de satisfaction. Un est en reconversion professionnelle et 2 considèrent que leur travail d'aide-soignant est une étape vers un autre diplôme. 2 citent l'organisation comme source de satisfaction et l'AS de la structure C considère l'organisation par référent également comme satisfaisante.

---

<sup>145</sup> Voir leur profil en annexe 9

### 3.4.4 Management et motivation

Mon enquête ne portait pas sur le style managérial du cadre mais quelques points ressortent néanmoins. Il est intéressant de remarquer tout d'abord que les trois cadres de santé interrogés déclarent pratiquer un management participatif. Cela semble correspondre à une réelle volonté d'échanger avec leurs équipes et de les intégrer aux décisions pour les faire y adhérer. Dans les faits, la réalité est un peu différente.

La cadre de l'EHPAD A regrette le manque d'implication et d'initiative des aides-soignants, de ce fait elle se voit obligée d'être directive. Afin de prévenir les risques d'accident du travail elle « impose » les binômes. Au regard de mon expérience et mes observations pendant l'enquête, certains traits ressortent :

- Dynamique : pas et élocution rapide
- Accueillante, souriante et d'abord facile
- Digressions, volonté de contrôler
- Ancienne collègue (porte ou enlève sa tunique blanche), tutoie ses équipes, utilisation d'expressions du langage courant (« prime pipi de chat »)
- Décalage entre son discours et la réalité (lors de notre prise de rendez-vous et de l'entretien concernant la répartition des aides-soignants)

Il faut préciser qu'elle est à la fois cadre de l'EHPAD et du SSR. C'est également elle qui donne le moins de sens au travail en EHPAD des trois structures.

Cette posture ne facilite pas forcément l'implication du personnel aide-soignant dans l'institution ce qui peut expliquer la motivation moins importante évaluée dans cet EHPAD.

La cadre de l'EHPAD B décrit un management plutôt persuasif basé sur la méthode humanitude®. J'ai pu noter quelques points marquants :

- Abord froid, méfiance (m'évalue ?)
- Discours calme, posé, argumenté
- Adhère à sa méthodologie et en utilise les différentes dimensions
- Stature imposante (plus d'1,80 mètres), se distingue des soignants par l'absence de blouse
- Organisée et méticuleuse (prévision de mon enquête)

Elle se positionne comme leader naturel de son équipe, impose le respect et donne une direction claire à son équipe même si pour cela ces derniers disposent de moins d'autonomie. Cela ne semble pas être un frein à la motivation des aides-soignants, d'autant que les 7 AS de cet établissement considèrent qu'ils peuvent prendre des initiatives.

Enfin, la cadre de l'EHPAD C accorde une place très importante à la communication au sein de son équipe. Or, celle-ci ressort comme facteur d'insatisfaction chez 4 des 5 AS de cet établissement. Il semble également y avoir un problème d'organisation puisque 4 AS sur les 5 identifient la collaboration comme facteur d'insatisfaction ou proposent une meilleure répartition des tâches comme axe d'amélioration. Cette problématique me questionne sur le management et la collaboration d'une équipe mixte AS/AMP.

Dans ce contexte précis, il ne semble pas y avoir eu de réflexion sur la valeur ajoutée de chacun ce qui cause de l'insatisfaction et peut influencer négativement la motivation.

### **3.5 Retour sur mes hypothèses**

#### **3.5.1 L'organisation de travail et la motivation**

Au regard de mon enquête, il m'est difficile de faire un réel parallèle entre l'organisation de travail par référent et la motivation des aides-soignants. Il semble, au regard du nombre d'indicateurs de motivation, que les aides-soignants de l'EHPAD B utilisant la méthodologie Humanitude® aient un niveau de motivation supérieur à ceux de l'EHPAD A organisé en référents de toutes fonctions. En revanche, la différence avec l'EHPAD C, organisé en aides-soignants référents, est plus ténue.

**Cette enquête ne me permet donc pas de confirmer ma première hypothèse de recherche qui proposait un lien entre l'organisation par référent et la motivation au travail.**

Cependant, l'établissement B dont les aides-soignants sont les plus motivés, accorde une place plus importante au sens au travail au travers de la méthode Humanitude®. **Mes résultats tendent donc à confirmer l'importance du sens au travail dans la motivation de l'aide-soignant.**

Le nombre de résidents à charge dans l'EHPAD A est le plus important (10 pour 1 soignant). Ainsi une charge de travail élevée pourrait freiner la motivation des AS au travail. En revanche, seuls 3 AS sur 6 évoquent la charge de travail comme source d'insatisfaction contre 5/7 dans l'EHPAD B alors que le nombre de résidents par soignant y est de presque 2 de moins. Cependant, cela peut être pondéré par la méthode Humanitude® d'une grande exigence pour le personnel dans sa méthodologie. Le type d'organisation modifierait donc la charge de travail ressentie de l'AS.

Au regard de mes trois entretiens auprès des cadres de santé en EHPAD, il semble que de donner un sens au travail soit une réelle préoccupation liée à la fonction, même si les manières de procéder sont différentes.

### **3.5.2 La compétence palliative et la motivation**

Sur les 3 aides-soignants qui se sentent mal à l'aise avec la prise en charge palliative, 2 ont été formés. Cette formation est d'ailleurs proposée par les EHPAD B et C, dont les cadres reconnaissent les difficultés qui accompagnent la fin de vie.

Pour la cadre de l'EHPAD A, dont le personnel n'est pas formé par l'établissement mais 5AS sur 6 ont reçu néanmoins une formation, la fin de vie n'est pas problématique. En cas de difficulté, une organisation *ad hoc* se met en place sans réelle professionnalisation de la prise en charge. Le niveau de démotivation de cet établissement est équivalent à celui des autres, il n'est pas possible d'affirmer qu'il y a un lien de cause à effet.

En revanche, 3 des 5 AS qui ne sont pas formés aux soins palliatifs se trouvent parmi les plus démotivés. Cela va donc dans le sens de mon hypothèse qui propose que la formation aux soins palliatifs peut participer à éviter la démotivation des aides-soignants en EHPAD.

**Au regard de ces résultats, il semblerait que la formation à la prise en charge de la fin de vie permette de diminuer la démotivation des aides-soignants en EHPAD.**

## **3.6 Limites de ce travail**

Dès le départ, poussée par ma soif de comprendre la problématique dans sa globalité, j'ai envisagé un cadre théorique assez large. Néanmoins, au fur et à mesure de mes recherches, il s'avérait que des notions qui me semblaient importantes n'avaient pas été abordées. Au regard des contraintes, j'ai dû faire des choix et renoncer à certaines parties. Même s'il me semble que le contexte et les théories de la motivation et du sens au travail permettent un éclairage intéressant de ce travail, il me reste une petite pointe de regrets.

Le principal biais de mon enquête est la répartition inhomogène des aides-soignants entre les trois EHPAD. En réalité, j'ai interrogé l'intégralité de l'équipe aide-soignante fixe des structures A et C. Concernant l'EHPAD B, j'ai enquêté auprès de toute l'équipe présente le jour de ma venue, il n'y a donc pas eu de sélection de la part de la cadre de santé comme

je l'avais redouté dans un premier temps. Il était important pour moi d'aller enquêter « au hasard », que seuls mes critères d'inclusion guident le choix des lieux d'enquête ainsi que leur accord. Ils ont aimablement accepté de respecter mes règles du jeu. Il n'a pas été si simple de trouver des EHPAD volontaires, beaucoup de mes sollicitations sont restées sans réponse, c'est pourquoi j'ai bien dû « composer » avec ce biais d'effectifs.

Ayant enquêté sur des organisations de travail déjà existantes, il ne m'était pas réellement possible faire varier un seul paramètre de conception de l'un à l'autre pour me permettre de vérifier mes hypothèses. C'est pourquoi mes résultats ne peuvent être que des pistes, des tendances tout au plus, d'autant que la taille de mon effectif reste modeste.

Mon questionnaire destiné aux aides-soignants comportait une partie « auto-évaluation » me permettant d'identifier le niveau de leur motivation, démotivation et indifférence au travail. Pour coller au plus près de leur spécificité, j'ai construit un outil avec des indicateurs issus de la littérature sans m'inspirer des tests de motivation existants ce qui m'aurait peut-être permis une évaluation plus solide. Afin d'établir mon questionnaire, je me suis principalement appuyée sur la méthodologie et les conseils de la sociologue Anne Olivier. J'ai veillé à proposer des réponses toutes socialement acceptables, à ne pas les influencer par la formulation des questions. De même, lors de la présentation du questionnaire accompagné collectif aux aides-soignants, je les ai rassurés sur leur anonymat et rappelé l'intérêt pour moi d'obtenir des réponses sincères. Toutefois, l'inclusion d'une « échelle de mensonge », m'aurait permis d'écarter la tendance plus ou moins consciente que les agents interrogés ont pu avoir à vouloir se présenter sous un jour favorable.

## Conclusion

La société actuelle porte un regard particulièrement dépréciatif et stigmatisant sur les personnes âgées, faisant de la dépendance un problème de société. Pour les aides-soignants qui les prennent en charge, cela s'ajoute aux représentations dévalorisantes de ces professionnels de santé méconnus et cantonnés à un travail de délégation du « sale boulot », surtout en EHPAD. Dans ces structures, au contexte de plus en plus contraint sous le poids de l'inflation normative, où l'objectif de soins est un accompagnement, les aides-soignants prennent soin des résidents jusqu'à leur mort.

La motivation au travail est un phénomène particulièrement complexe dont le sens est un puissant ressort. Dans le contexte du travail aide-soignant en EHPAD, de nombreux freins brouillent cette conception pouvant conduire à une diminution de leur motivation mais également à une démotivation. Parce qu'il est le marginal sécant, à l'interface entre les différents professionnels qui composent l'équipe et qu'il en est le leader, le cadre de santé a un rôle essentiel à jouer à la fois dans le maintien de la motivation mais également pour éviter la démotivation de ses agents. L'objectif poursuivi vise à la fois à assurer leur engagement dans l'activité de travail mais également à leur bien-être.

L'organisation par aide-soignant référent et la montée en compétence palliative sont les deux leviers managériaux proposés pour favoriser le sens au travail. A travers une enquête dans trois EHPAD d'organisations différentes, auprès des équipes aides-soignantes et de leurs cadres, le but de cette recherche était de trouver une corrélation entre ces leviers et un niveau de motivation ou démotivation. Les données recueillies, après analyse, ne permettent pas réellement de confirmer les hypothèses mais donnent des pistes et renforcent le lien entre un niveau de signification élevé, notamment par la méthode Humanitude®, et la motivation au travail.

A travers ce mémoire, je recherchais des explications à des comportements qui m'interpellaient. Mon but était de comprendre ce qui se joue pour savoir agir et réagir avec pertinence. Grâce à ce travail, j'ai pu approfondir mes connaissances du contexte, des enjeux et des acteurs. Surtout, j'ai expérimenté la rigueur, la méthode, la persévérance mais aussi la créativité afin de mener à bien ce projet. Cette expérience particulièrement riche et apprenante m'a ouverte à d'autres pistes que je vais pouvoir poursuivre et réinvestir dans ma carrière professionnelle.

## Bibliographie

ARIES Philippe. *Essais sur l'histoire de la mort en Occident. Du Moyen Age à nos jours*. Paris : Seuil, Collection Point, 1975, 223p.

ALTER Norbert. *Sociologie du monde du travail*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : PUF, 2012, 357p. Livre consulté.

ARBORIO Anne-Marie. *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Economica, 2012, 326p.

AUTISSIER David et WACHEUX Frédéric. *Manager par le sens. Les clés de l'implication au travail*. Paris : Editions d'Organisation, 2007, 244p.

BADEY-RODRIGUEZ Claudine. *La vie en maison de retraite*. Paris : Albin Michel, 2003, 256p.

BOURRET Paule. *Connaître le travail pour le reconnaître et le transformer*. In *Prendre soin du travail*. Paris : Seli Arslan, 2011, pp.55 à 89.

CARADEC Vincent. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand Colin, Collection 128, 2015, 128p.

CONNANGLE Sylvain et VERCAUTEREN Richard. *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées. De la relation humaine aux motivations*. Paris : Eres, 2004, 152p.

FENOUILLET Fabien. *La motivation*. 2<sup>ème</sup> édition. Paris : Dunod, 2012, 128p.

LEVY-LEBOYER Claude. *La motivation au travail. Modèles et stratégies*. 3<sup>ème</sup> édition. Paris : Editions d'Organisation, 2006, 245p.

MEYAPIN Audrey. *Etre aide-soignante*. Paris : Lieux-dits, 2011, 93p.

MINTZBERG Henry. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Paris : Eyrolles, Huitième tirage, 2004, 703p.

MUCCHIELLI Alex. *Les motivations*. Paris : PUF, collection Que sais-je ?, 2006, 128p.

MUCCHIELLI Roger. *Le questionnaire dans l'enquête psychosociale*. Paris : ESF, 10<sup>ème</sup> édition, 1993, 94p. Livre consulté.

OSTY Florence. *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes : PUR, 2010, 244p.

PAUCHANT Thierry et MATHIEU Pierrette. *La quête du sens*. Paris : Editions d'Organisation, 1997, 359p.

## Articles

AIDESOIGNANT.COM. Historique de la profession. 2009. Disponible à l'URL : <http://www.aide-soignant.com/article/profession/as/historique> Consulté le 10/11/15.

ARS Pays de Loire. *Préconisations relatives au projet de vie personnalisé. In Accompagnement personnalisé en EHPAD*. Disponible à l'URL : [http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F\\_qualite\\_efficience/medico-social/accompagnement\\_en\\_ehpad\\_2011.pdf](http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficience/medico-social/accompagnement_en_ehpad_2011.pdf) Consulté le 19/04/16.

AVET Romuald. *La notion de référent : quelle position éthique*. Disponible à l'URL : <http://www.lien-social.com/la-notion-de-referent-quelle> Consulté le 19/04/2016.

AUBRY François. *Une histoire de vocation ? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles*. Une enquête France/Québec Mis en ligne le 5 novembre 2013. Disponible à l'URL : <http://www.revue-emulations.net/archives/n11-memoire-et-sociologie/aubry> Consulté le 18/11/15.

BERNARD Christian. *La mort, ce qu'en disent les religions*. Disponible à l'URL : <http://www.institut-jacquescartier.fr/2014/04/la-mort-ce-quen-disent-les-religions-christian-bernard/> Consulté le 19/04/16.

BERNARD Marie-Fleur. Prendre soin de nos aînés en fin de vie : à la recherche du sens. Etudes sur la mort 2004/2 (n°126). P.43-69. Disponible à l'URL : <http:// Cairn.info/revue-etudes-sur-la-mort-2004-2-page-43.htm> Consulté le 19/04/16.

BONNET Magalie et al. *La relation de soin en gériatrie ou en réanimation : clinique d'une mort annoncée*. Annales Médico-Psychologiques. Paris 2015. Disponible à l'URL : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2014.03.014> Consulté le 19/04/16.

BRAMI Gérard. Les paradoxes de l'évolution des EHPAD. In Revue EMPAN. Edition Eres n°91. 2013. pp.56 à 61.

BREME Vincent. *Inflation conceptuelle, soins et translation*. In *Donner ou redonner du sens au travail*. Article Soins cadres n°87. Aout 2013.

BOUTINET Jean-Pierre. *En quoi un projet peut-il faire sens ?* In *Donner ou redonner du sens au travail*. Article Soins cadres n°87. Aout 2013.

CAUSSE Lise. *L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté*. Eres. P.67-79. Disponible à l'URL : <http://www.cairn.info/le-bas-de-l-echelle--9782749205526-page-67.htm> Consulté le 11/02/16.

CAZENAVE Frédéric. Le casse-tête financier des maisons de retraite. Article paru dans Le Monde le 9/03/2015. Disponible à l'URL : [http://www.lemonde.fr/special-perte-d-autonomie/article/2015/03/09/le-casse-tete-financier-des-maisons-de-retraite\\_4590031\\_4373410.html](http://www.lemonde.fr/special-perte-d-autonomie/article/2015/03/09/le-casse-tete-financier-des-maisons-de-retraite_4590031_4373410.html) Consulté le 19/04/16.

CHARY Sébastien. *Quel destin pour les vieux fous ?* Article en ligne du Congrès français de psychiatrie. Disponible à l'URL : [http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/nl\\_13/](http://www.congresfrancaispsychiatrie.org/nl_13/) Consulté le 19/04/16.

CILF. Définition de la motivation du dictionnaire de psychiatrie. Disponible à l'URL : <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Motivation> Consulté le 30/01/2016.

COMMISSARIAT GENERAL A LA STRATEGIE ET A LA PROSPECTIVE. *La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France*. Rapport de décembre 2013. Disponible à l'URL :

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-CGSP\\_Silver\\_Economie\\_dec2013-.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-CGSP_Silver_Economie_dec2013-.pdf)

Consulté le 24/04/2016.

DREES. *Aides-soignants, un accès rapide à l'emploi*. Disponible à l'URL :

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er923.pdf> Consulté le 24/04/2016.

DREES. *Enquête EHPA 2011*. Disponible à l'URL :

[http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011\\_premiers\\_resultats\\_juillet2013.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpa2011_premiers_resultats_juillet2013.pdf)

Consulté le 11/02/2016.

EMPLOISOIGNANT.COM. *Dossier : Aides-soignants vers des compétences élargies*.

Disponible à l'URL : <http://www.emploisoignant.com/actu-soignant/video-aides-soignants-vers-competences-elargies> Consulté le 22/04/2016.

FEVE Annaik. *Retraite en gériatrie*. Le Monde. Chronique d'abonnés. Disponible à l'URL :

[http://www.lemonde.fr/idees/chronique/2010/05/31/retraite-en-geriatrie\\_1365106\\_3232.html](http://www.lemonde.fr/idees/chronique/2010/05/31/retraite-en-geriatrie_1365106_3232.html) Consulté le 24/04/2016.

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance. 20<sup>ème</sup> anniversaire*. Disponible à l'URL :

[http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/FNG\\_charte\\_complete\\_com.pdf](http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/FNG_charte_complete_com.pdf)

Consulté le 24/11/2015.

GILBERT-FONTAN Emilie. *Médicalisation du mourir et risque de désobjectivation : leçon d'un patient*. In Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique Volume 13, Issue 5, Novembre 2014, Pages 260–264. Disponible à l'URL :

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.u-pec.fr/science/article/pii/S1636652214001093>

Consulté le 13/03/2016.

GODET Michel *L'équation est connue : il y aura demain 1,5 actif pour 1 retraité. Qui va payer ?* Article Le Monde du 12/02/2010. Disponible à l'URL :

[http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/02/12/l-equation-est-con nue-il-y-aura-demain-1-5-actif-pour-1-retraite-qui-va-payer-par-michel-godet\\_1304868\\_3232.html](http://www.lemonde.fr/idees/article/2010/02/12/l-equation-est-con nue-il-y-aura-demain-1-5-actif-pour-1-retraite-qui-va-payer-par-michel-godet_1304868_3232.html) Consulté le 15/03/2016.

IFSO. *La notion de référent*. Disponible à l'URL :

[http://www.ifso-asso.org/formation\\_continue.php?id\\_theme=10&id\\_formation=162](http://www.ifso-asso.org/formation_continue.php?id_theme=10&id_formation=162)

Consulté le 19/04/16.

IGNASSE Joël. *Infirmiers / Aides-Soignants: "je t'aime moi non plus"*. Article publié sur ACTUSOINS le 12/02/2011. Disponible à l'URL : <http://www.actusoins.com/2974/ide-as.html> Consulté le 15/03/2016.

IGNASSE Joël. *Les aides-soignants ont le blues*. Article publié sur ACTUSOINS le 23/04/2010. Disponible à l'URL : <http://www.actusoins.com/3530/les-aides-soignants-ont-le-blues.html> Consulté le 15/03/2016.

INSEE. Institut National d'Etudes Démographiques. Disponible à l'URL :

<http://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/> Consulté le 13/03/16.

INSERM. Dossier Alzheimer. Disponible à l'URL :

<http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/alzheimer> Consulté le 10/05/2016.

LAROUSSE dictionnaire en ligne. Définition de la personne référente. Disponible à l'URL :

[http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9f%C3%A9rent/187690\\_consulté\\_le\\_19/04/2016](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9f%C3%A9rent/187690_consulté_le_19/04/2016) Consulté le 13/05/16.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES.

*Fiche métier aide-soignante*. Disponible à l'URL :

<http://social-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant> Consulté le 14/11/2015.

MALLAY Didier. *Organisation des pré-admissions en EHPAD. Mémoire de DIU de médecin coordonnateur*. Université Paris V René Descartes 2010. Disponible à l'URL :

<http://plone.vermeil.org:8080/ehpad/Bibliotheque/Memoires/memoires-2009-2010/Organisation%20des%20pre-admissions%20en%20EHPAD%20par%20Didier%20Mallay.pdf> Consulté le 13/03/16.

MONTESINOS André. *Motivation, indifférence et démotivation des infirmières*. Revue Objectif soins n°77- juillet/aout 1999. Disponible à l'URL :

[http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/MANAGEMENT/DE\\_MOTIVATION.pdf](http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/MANAGEMENT/DE_MOTIVATION.pdf) Consulté le 14/11/2015.

PAGES Claire. *La psychodynamique du travail aux croisements du psychique et du social*. Travailler 1/2014 (n° 31). p. 151-168. Disponible à l'URL :

[www.cairn.info/revue-travailler-2014-1-page-151.htm](http://www.cairn.info/revue-travailler-2014-1-page-151.htm) Consulté le 27/12/15.

POLE EMPLOI. *Enquête BMO 2015*. Disponible à l'URL :

<http://bmo.pole-emploi.org/bmo?fe=V0Z60&la=0&pp=2015> Consulté le 13/03/16.

PROUTEAU Francis. *L'injonction paradoxale, une stratégie managériale ? In Donner ou redonner du sens au travail*. Article Soins cadres n°87. Aout 2013.

RIGOULOT Eve. *Qu'en est-il de la reconnaissance du travail aide-soignant ?* Article en ligne aidesoignant.com du 06/06/2013. Disponible à l'URL :

<http://www.aide-soignant.com/article/ressources/actualites/as/reconnaissance-du-travail-aide-soignant> Consulté le 13/03/16.

RIVALEAU Chantal. *Motivation et rôle du cadre de santé*. Article en ligne cadresante.com. Disponible à l'URL :

<http://www.cadresante.com/spip/profession/management/Motivation-et-role-du-cadre-de> Consulté le 13/11/15.

SCHAUDER Silke. *La confrontation des soignants au grand âge*. In *Etre soignant en gériatrie*. Revue Les dossiers du psychologue. Disponible à l'URL :

<http://ch-vdb.fr/download/Etresoignantengeriatrie.pdf> Consulté le 24/04/2016.

VILLEZ Alain. *EHPAD. La crise des modèles*. Gérontologie et société 4/2007 (n° 123) pp. 169-184. Disponible à l'URL : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2007-4-page-169.htm> Consulté le 11/03/2016.

WEINBERG Achille. Pourquoi travaille-t-on ? Revue Sciences humaines n°242. pp.32 à 39.

WORMS Frédéric. *Les deux concepts du soin*.in *Les nouvelles figures du soin*. Edition Esprit 2006. pp.141-156.

## Textes règlementaires

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

Disponible à l'URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000747703>

Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Disponible à l'URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000029039475&type=general&typeLoi=proj&legislature=14>

Code action sociale Article L314-2

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021941127&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

Code de l'Action sociale et des familles Article L232-8

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006187069&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

Code de l'action sociale et des familles Article D312-158 • Modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FA44075CC425836B357BFDE8931BADD2.tpdila12v\\_3?idSectionTA=LEGISCTA000006196059&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120313](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=FA44075CC425836B357BFDE8931BADD2.tpdila12v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006196059&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120313)

ANESM. *Recommandations : La bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre.*  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf)

ANESM. *Qualité de vie en Ehpad (volet 3) La vie sociale des résidents en Ehpad.*  
Disponible à l'URL :  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/elements\\_de\\_contexte\\_9\\_nov\\_def\\_mis\\_en\\_page.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf)

ANESM. *Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés.* Disponible à l'URL :  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_Evaluation\\_Interne\\_web3.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web3.pdf)

ANESM. *Recommandations sur la qualité de vie en EHPAD.* Disponible à l'URL :  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_qualite\\_de\\_vie\\_ehpad\\_v1\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_qualite_de_vie_ehpad_v1_anesm.pdf)

## Cours

DUMOND Jean-Paul. *Les organisations de santé.* Master1 « Management et Santé ». Université Créteil UPEC-IAE. Août 2015, 132p.

FARNAULT Patrick. *Les postures managériales.* Cours. MASTER 1 « Management et santé » Université Créteil UPEC-IAE. 2015.

FARNAULT Patrick. *Gestion de la dynamique du travail en équipe.* Cours. MASTER 1 « Management et santé » Université Créteil UPEC-IAE. 2015.

LE GAL Morgane. *Initiation à la fonction cadre.* Cours Diplôme Cadre de Santé. Ecole Supérieure Montsouris.2015.

LETOURNEAU Dominique. *Les politiques de santé.* Cours. MASTER 1 « Management et santé » Université Créteil UPEC-IAE. 2015.

## Annexes

## Table des annexes

**Annexe 1** : Grille d'entretien avec les cadres de santé en EHPAD

**Annexe 2** : Questionnaire accompagné collectif à destination des aides-soignants en EHPAD

**Annexe 3** : Retranscription de l'entretien avec le cadre de santé de l'EHPAD A

**Annexe 4** : Retranscription de l'entretien avec le cadre de santé de l'EHPAD B

**Annexe 5** : Retranscription de l'entretien avec le cadre de santé de l'EHPAD C

**Annexe 6** : Résultats des questionnaires de l'EHPAD A

**Annexe 7** : Résultats des questionnaires de l'EHPAD B

**Annexe 8** : Résultats des questionnaires de l'EHPAD C

**Annexe 9** : Profil des 4 AS présentant le plus d'indicateurs de motivation

## **Annexe 1 : Grille d'entretien avec les cadres de santé en EHPAD**

### Grille d'entretien avec le cadre de santé en EHPAD

#### Le sens

9. Quelle est votre conception des missions et objectifs du travail soignant en EHPAD ?
10. Existe-t-il une culture particulière dans l'établissement ?
11. Ces éléments sont-ils connus des aides-soignants et exposés lors du recrutement ?

#### L'organisation

12. Quel est le mode d'organisation du travail des aides-soignants ? (Sont-ils référents d'un groupe de résidents ?)
13. Avez-vous travaillé sur la prise en charge palliative des résidents au sein de l'Institution ?

#### Le management et la motivation

14. Comment décririez-vous votre management auprès des aides-soignants : dans quelle mesure prennent-ils/elles part aux décisions et quelle marge d'autonomie ont-ils/elles ?
15. Quels sont les critères-clés de ce type de management ?
16. Comment percevez-vous le niveau de motivation des aides-soignants de l'établissement, sur quels indicateurs vous appuyez-vous ?

Talon : ancienneté dans la fonction, dans cet établissement

Expérience antérieure en EHPAD

**Annexe 2 : Questionnaire accompagné collectif à destination des aides-soignants en EHPAD- Format WORD classique**

**Questionnaire accompagné collectif  
à destination des aides-soignants en EHPAD**

Merci de m'accorder un peu de votre temps. Ce questionnaire me permettra de mieux comprendre votre relation à votre travail d'aide-soignant(e) en EHPAD. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse puisqu'elles concernent votre ressenti personnel.

Merci de répondre spontanément et avec le plus de sincérité possible.

Je m'engage à vous faire proposer une synthèse et à protéger votre anonymat.

 **Quelle conception du travail en EHPAD se rapproche le plus de la vôtre ? cochez 1 réponse**

- Le plus important c'est que tous les résidents soient confortables.
- Le plus important c'est que les résidents fassent le plus possible par eux-mêmes.
- Le plus important c'est que les familles et supérieurs soient satisfaits.
- Autre : .....

.....

 **Selon vous, en dehors des moyens, qu'est-ce qui fait la différence entre une prise en charge en EHPAD et à l'hôpital?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

 **Quelles sont vos sources de satisfaction au travail ?  
Plusieurs réponses possibles**

- la nature du travail             l'ambiance de travail             la collaboration
- la communication             l'organisation             la variété
- La reconnaissance  des résidents             des familles
- de la hiérarchie             des collègues
- le fait d'être référent(e) d'un groupe de résidents
- aucune             Autres, précisez : .....

✚ Quelles sont vos sources d'insatisfaction au travail ?  
Plusieurs réponses possibles

- la charge de travail
- l'ambiance de travail
- la collaboration
- la communication
- l'organisation
- le salaire
- Le manque de reconnaissance  des résidents
- des familles
- de la hiérarchie
- des collègues
- aucune
- Autres, précisez : .....

.....  
.....

✚ Selon vous, hormis des embauches, comment pourrait-on améliorer l'organisation actuelle du travail ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

✚ Comment vous sentez-vous dans l'accompagnement des résidents en fin de vie ?

- Plutôt compétent(e), je sais comment m'y prendre
- Plutôt mal à l'aise cela me fait un peu peur
- Je les évite dès que possible, cela me met très mal à l'aise

✚ Votre culture personnelle (religion et/ou tradition) est-elle en conflit avec votre travail de soignant dans l'accompagnement d'un résident en fin de vie ?

- Non
- Oui

Si oui, précisez de quelle manière : .....

.....  
.....  
.....

✚ Avez-vous reçu une formation spécifique sur l'accompagnement de fin de vie ?

- Oui
- Non

 Comment vous sentez-vous dans votre travail ?

- Je peux prendre des initiatives  Oui  Non
- Je pose des questions aux autres professionnels  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- Je m'implique dans les projets  Oui  Non
- J'ai le sentiment de faire un travail de qualité  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- Je me sens personnellement utile  Oui  Non
- Il m'arrive d'oublier ou de faire des erreurs  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- Je parle de mon travail dans ma vie privée  Oui  Non
- Il m'arrive de me sentir découragé(e)  
 souvent  parfois  rarement  jamais
- J'ai des responsabilités  Oui  Non
- Il m'arrive d'être en colère  Oui  Non

 Dans quelles circonstances êtes-vous venu(e) travailler en EHPAD ? cochez 1 réponse

Mon travail ici est une opportunité (proximité du domicile/salaire/horaires de travail) de concilier ma vie personnelle et professionnelle.

J'ai choisi de travailler en EHPAD parce que le travail que j'effectue auprès des personnes âgées correspond à mes valeurs.

Autre : .....

.....

✚ Votre entrée dans la profession d'aide-soignant(e)  
cochez 1 réponse

- C'est votre formation initiale
- C'est une reconversion (diplôme étranger paramédical ou autre branche)
- C'est une évolution de carrière (vous étiez ASH par exemple)
- C'est une étape vers un autre diplôme (infirmier par exemple)

✚ Depuis combien de temps êtes-vous aide-soignant(e) ? .....ans

✚ Depuis combien de temps travaillez-vous en EHPAD ? .....ans

✚ Avez-vous des choses à ajouter ?

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à ces quelques questions

### **Annexe 3** : Retranscription de l'entretien avec la cadre de santé de l'EHPAD A

Entretien du 14/03/16 avec le cadre de santé de l'EHPAD A

Déjà, pour travailler en EHPAD, il faut aimer les personnes âgées, sinon c'est même pas la peine. Ensuite. L'EHPAD c'est un lieu de vie, dans ce cas-là c'est vraiment pas la même conception que l'hôpital. C'est vraiment un lieu de vie ce qui est difficile avec le cadre institutionnel. La particularité ici, c'est qu'on a des personnes extrêmement dépendantes. Vu que c'est une toute petite EHPAD de 40 lits, pour être rentable, nous ne prenons que des personnes de GIR 1 ou 2. Sur 40, il n'y a que 4 personnes qui marchent vraiment et plus de 70% sont en fauteuil roulant uniquement avec une aide totale. Il faut être extrêmement patient, il faut aimer son métier.

La plupart des aides-soignants travaillent à côté car le salaire n'est pas très élevé. J'essaie qu'ils ne travaillent pas trop en douze heures sinon ça se sent tout de suite, c'est la fatigue, elles sont irritables elles sont pas patientes. Avant c'était mes collègues, je sais qui travaille où. Je leur demande d'aller mollo.

C'est un établissement de petite taille, tout le monde se connaît, on collabore beaucoup. Elles travaillent avec le kiné, avec la diététicienne, avec l'animatrice qui est extrêmement appréciée. On se voit, il y a aussi une psychomotricienne, une ergo. Il y a des staffs une fois par semaine. On se transmet les infos, c'est mon objectif la prise en charge pluridisciplinaire.

On est très proches des familles ici, moi personnellement je connais toutes les familles. Il y en a 7 ou 8 qui sont assez présents, ils sont toujours là.

Ici il y a la technique, il y a la compétence bien sûr, mais à chaque fois je dis, même aux stagiaires, essaye de penser que ça peut être ta grand-mère. Pour éviter la routine, parce que c'est vrai que c'est tous les jours la même chose, on répond à la même question « quelle heure il est », depuis quinze ans dans le couloir à la même heure. Je les fais tourner, elles changent toutes les deux semaines de côté. Ça ça aide beaucoup.

Pour prendre en charge la personne, il faut la connaître mieux. Dans ce cas-là, je demande chaque résident a un référent. Avec l'aide de la famille ou le résident s'il est en capacité, le référent essaye d'en savoir plus, ce qu'il aimait et finalement on voit la personne différemment. Quand vous voyez une mamie comme ça dans son lit qui ne veut pas la toilette, qui donne des coups et on voit arriver un autre soignant qui lui parle du journal de la 2 et tout d'un coup c'est pas la même personne. On découvre que la personne a la légion d'honneur, si on lui parle de pipi caca ça va pas, il faut lui parler d'autre chose, de Hollande. Mais ça on ne peut pas savoir si on la connaît pas. J'autorise les surnoms affectueux mais ça dépend des personnes, certaines adorent ça. Il faut toujours rester correct, ce sont des soignants et puis voilà. Moi je vous parle pas des grandes théories mais de ce que je vois

ici, de ce que je ressens. Personnellement j'ai toujours aimé la gériatrie. J'ai fait ma carrière 10 ans en chirurgie et 10 ans en gériatrie.

EHPAD récent, service de long séjour est devenu EHPAD depuis 6 ans. La culture sanitaire est très ancrée mais j'ai du mal. On essaye avec le nouveau médecin et l'animatrice de changer tout ça. Les soignants st là depuis longtemps et ont du mal à changer de culture. Ils sont contents par exemple l'aide-soignante vient me voir. Elle est contente parce qu'elle a lavé et shampooiné tout le monde à fond. Et je lui dit, tu veux pas plutôt lui faire faire un tour dans le parc. Fais un peu moins c'est pas grave.

Avec la nouvelle animatrice c'est bien, les aides-soignantes vont la voir. Ça passe bien avec l'équipe, on a des bénévoles. ....projet d'extension ...

Les chambres, elles sont quand même petites, il y a l'oxygène partout, l'infirmière, c'est comme à l'hôpital. C'est ça qui provoque qu'on n'arrive pas à se sortir de cette culture parce que le médecin, tous les jours, les vacances, les week-ends, le pharmacien sur place.

Pas de nouveau recrutement par restriction budgétaire. 4 as pour 40 et 2 pour la nuit. Il y a en plus une « maîtresse de maison » qui est polyvalente et aide pour les repas, les réfections de lits, brancardages et faire manger. Il y a des priorités, je préfère qu'ils mangent tous chaud. Moi-même je les aide car la priorité c les personnes âgées.

Chacune a 4 résidents en référence, moi j'ai les plus durs. Il y a une pancarte dans chaque chambre pour le signifier. Les familles s'adressent surtout à leur as préféré même si c pas le référent. En fonction de la demande ils s'adressent à l'ide ou à moi. Les conflits c moi, je demande aux filles d'être diplomates et de m'adresser la famille. Je vois une différence entre les as d'EHPAD et celle de l'hôpital.

Elles travaillent en 10 heures, une équipe et une contre-équipe qui ne se voient jamais. Je voulais essayer des chevauchements mais ça n'a pas marché. J'organise deux réunions générales par an. J'ai trois aides-soignants fixe par équipe et je choisis parmi les vacataires les plus habitués et robustes. Je vous avoue c'est mon service préféré.

Non il n'y a pas eu de travail sur la fin de vie. Vu l'âge, on a 4 ou 5 103ans, c'est en fonction des désirs de la famille si ils veulent qu'on s'acharne ou pas. Si la personne n'a pas mal on met un matelas anti-escarre, on chouchoute, on met la musique et on attend. On a des bénévoles, la famille peut dormir, j'ai des chambres d'hôte. Ils appellent la nuit, ils peuvent faire ce qu'ils veulent ici. En cas de difficulté, on se réunit avec le médecin et la psychologue. On fait au cas par cas, si quelqu'un a du mal, il passe à sa collègue. C'est trop petit ici, et puis vous savez 70% des décès sont la nuit. Elles ne sentent pas en difficulté, elles sont tellement expérimentées que ce qui pose vraiment problème c'est plutôt les patients agressifs. C'est pas les fins de vie qui posent problème.

Moi j'étais aussi leur collègue avant alors j'ai dit c'est participatif. Dans ces cas-là moi je leur propose des choses et on décide de tout ensemble. J'essaye toujours d'expliquer

pourquoi je fais les choses. Ça a été compliqué, avec les restrictions budgétaires, on a enlevé des RTT. Il fallait que le directeur lui-même explique tout. Je me suis préparée à chaque question, je leur ai dit voilà on est obligés, qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse les horaires. J'ai laissé tomber les horaires de coupures du déjeuner. Je leur ai demandé, comme elles font des vacances ailleurs comment ils faisaient. Cela a duré un mois et demi et on a trouvé. Chez nous c'est chronométré avec ces nouveaux horaires, c'est pas maltraitant mais on a des priorités. Tout le monde se donne à fond. Tout le monde doit s'y mettre. C'est pas que j'impose. Je parle avec eux pour tous les problèmes. Ils savent très bien que je me plie en 2, même quand je suis d'astreinte si je ne peux pas remplacer moi je viens. Une fois j'ai fait une étude sur leur travail, sur les toilettes. J'ai fait comme eux, les toilettes de 10 grabataires. Il me manque 2 heures et demi pour faire correctement le travail.

Quand je le dis au directeur il me dit oh là là, je suis conscient madame. Et la vie continue. Je les laisse faire les repas dans le service, se détendre. Je leur propose de changer de poste si elles veulent. On a beaucoup de stagiaires, elles bichonnent à fond les résidents. Ils m'informent de tout, je contrôle. Je vois si elles font bien. Les aides-soignants sont là depuis longtemps ce sont des personnages, sauf une jeune qui est excellente avec les personnes âgées. C'est compliqué pour les jeunes de venir travailler en ehpad, je vois tout de suite si les stagiaires sont faits pour ça. On essaye de faire de notre mieux.

Notre animatrice fait des sorties, elle les emmène au théâtre, à l'opéra, à chaque fois c'est une expédition. A boire, chapeau soleil, changer la couche, heureusement on a des bénévoles. Il y a des ateliers mémoire.

La motivation est pas mal, ils sont très reconnus par moi mais sont déçus par la position de la direction. Ils ont une petite prime pipi de chat. Il n'y a pas assez de reconnaissance de la direction je pense. Je me suis battue pour qu'on remplace chaque absence. Sinon j'y vais moi-même. Les vacataires sont sympas, ils savent que je ferai tout pour les aider. Je viens du terrain je sais comment ça se passe. Mon job premier est d'occuper les lits.

Elles s'entendent bien. Elles font des heures sup dès que possible. Elles font des repas, c'est une opinion générale dans l'établissement qu'en EHPAD le travail est le plus dur mais que c'est là qu'il y a la meilleure ambiance. Le médecin est vachement sympa, jeune. Beaucoup d'AT, période noire ; J'impose de travailler en binôme pour éviter les at et de faire appel au kiné pour continuer de se former aux techniques.

Pendant la visite : Elles ne prennent pas d'initiative, c'est moi qui propose et qui met à jour les supports. J'ai du mal à les investir dans les travaux de groupe. Une as est tutrice des étudiants et une responsable des soins bucco-dentaire.

Les AS n'ont pas le même niveau qu'à l'hôpital, j'essaye de leur ouvrir l'esprit mais elles ne sont pas intéressées. Le dossier informatisé ça va (elles n'impriment pas leur fiche quotidienne...).

Le médecin coordonnateur fait aussi médecin traitant.

Digression sur les travaux

On est les moins chers en Essonne. J'ai travaillé chez Orpea je déteste.

CDS depuis 2 ans.

IDE depuis 20 ans dont 10 ans dans cet établissement

#### **Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec la cadre de santé de l'EHPAD B**

Entretien du 18/03/16 avec la cadre de santé de l'EHPAD B

Les soignants en EHPAD sont là pour accompagner des personnes en perte d'autonomie physique, psychique ou sociale et le rôle des as est de les accompagner à vivre le plus près de leurs habitudes et le plus sereinement possible le temps qu'ils sont à la résidence. En essayant de stimuler, parce que nous on travaille sur les niveaux de soin, pour l'amélioration de la santé en ne faisant que ce que les gens ne peuvent vraiment pas faire. Ne pas faire à la place de.

Culture : on travaille avec la philosophie de l'humanité. Donc tout le personnel est formé et toutes les infirmières sont formées aussi. Elles sont référentes humanité. J'ai deux soignants qui sont formés aussi et deux de nuit. Un soignant par étage est formé référent-humanité ainsi que la psychomotricienne et moi. Tout le personnel est formé y compris la direction, la comptable, la RH, on a tous fait au moins la formation de base. On travaille sur l'organisation, c'est-à-dire qu'on voit le besoin des résidents et notre travail c'est d'aménager l'organisation pour que ça puisse se faire et non pas de dire on ne peut pas le faire parce que l'organisation est faite comme ça. Le résident est placé au centre du processus, on ne fait pas que le faire en paroles, on essaye de le faire en actes aussi. On ne réveille pas les résidents. Les infirmières font des évaluations de toilette et des prescriptions de toilette en équipe pluridisciplinaire. Donc elles vont faire une évaluation de toilette sur une personne qui entre à la résidence sauf si contre-indication médicale à l'appui. On ne va pas tenir compte de ce que l'on nous transmet à l'hôpital comme grabataire et protection complète. On va faire une évaluation et on va travailler sur la verticalisation. Et puis augmenter le temps d'appui et le type de toilette, au fur et à mesure on va augmenter le temps d'appui et puis la marche. On pourra faire une toilette debout. Par exemple la plupart du temps il sera assis et on pourra le verticaliser pour faire la toilette du bas et l'objectif est au fur et à mesure de changer le type de toilette jusqu'à pouvoir faire la toilette debout. En fonction des possibilités. On regarde les capacités de la personne mais aussi ses potentiels. Sur chaque toilette prescrite il y a aussi le nombre de soignants qu'il faut pour le transfert, le nombre pour la toilette, les conditions personnalisante (est-ce qu'il faut le petit-déjeuner avant, après, est-ce qu'il faut lui parler de son chien) et les objectifs, jusqu'à trois. Quand elles regardent leur fiche-toilette, elles savent qu'il faut qu'elles tendent vers n objectif. On est en train de faire les repas prescrits, de le mettre en route. Comment il faut l'installer, quelle quantité il faut qu'il y ait dans l'assiette, est-ce qu'on la ressert, quel type de couvert, est-ce qu'il faut l'adapter l'emplacement par rapport à la lumière, enfin plein de choses. La nuit, on les réveille pas non plus sauf s'il y a besoin, c

vraiment à la demande. Sauf s'ils demandent à être réveillés. Sinon on passe les voir juste. C'est pas de l'abandon de soin.

Les toilettes c'est pareil, s'il y a un refus de toilette on va pas faire de soin de force, donc on va faire du report de soin qui est tracé en transmission ciblée parce que c un report de soin avec la cible. Il faut qu'il y ait à un moment le résultat et le résultat il peut être l'après-midi, la nuit, le lendemain, ça dépend. Ils sont pas non plus..., ils sont en général lavés tous les jours donc. Après on s'adapte quand il y a des personnes atteintes de troubles cognitifs. Sur certaines phases de la maladie où ils acceptent pas encore d'être aidés alors qu'ils en ont besoin, ça peut être des cas où on est beaucoup dans la négociation. Ils viennent pendant un certain temps. Ce n'est pas la priorité. L'objectif de la toilette n'est pas que la propreté, c aussi bien faire prendre conscience au soignant que quand on dit : il faut essayer de lui faire laver le visage ou brosser les cheveux c la mobilisation de pleins d'articulations. C'est pas que de dire eh ben voilà il s'est brossé les cheveux. C'est donner du sens à tout ce qu'on fait. On a mis en place des collations de nuit où ils peuvent avoir la nuit du pâté, du fromage de la compote, de la soupe, du jambon, du camembert pour, parce que la nuit parfois plutôt que de donner des hypnotiques parfois ben même nous ça nous arrive on se lève on mange un petit truc et puis on se rendort. Donc c'est aussi des choses que font l'équipe de nuit de nuit. Sachant que l'équipe de nuit, s'il y a besoin de faire une toilette elles vont le faire. Parfois si on n'arrive pas à faire avec quelqu'un, on va demander à l'équipe de nuit si eux, tard le soir et tôt le matin. Si on a un résident qui arrive et qui, toute sa vie a pris sa douche tard le soir, c'est possible de lui donner le soir.

Oui c'est mis en avant en recrutement. D'autant que si on travaille en humanité, on ne peut pas le faire tout seul. Si on doit faire quelque chose à deux soignants, si un ne le fait alors l'autre ne peut pas le faire non plus. Donc ça demande beaucoup de cohésion, c pas facile. Ça demande beaucoup de rigueur, c pas facile mais on a des résultats et même si on doit rappeler régulièrement comme partout, c vrai que les soignants ont quand même bien compris que ici on faisait différemment et que ça avait du sens. On fait beaucoup de formation même en dehors de l'humanité.

Travail sur la prise en charge palliative. On travaille sur la fin de vie. On est à la fois, beaucoup sur le non-médicamenteux mais on est aussi très médicalisés, on a aussi des pousse-seringues. On essaye au max de garder les résidents ou on les récupère le plus vite possible ici. Dans la technique d'humanité qu'on applique ici il y a beaucoup de manutention dite relationnelle. Il y a le canoë qui est une technique qu'on utilise en soins palliatifs (positionnement avec 2 traversins, un oreiller et un drap dessus, la personne est comme dans un cocon, comme en pédiatrie). On a des kits canoë que des infirmières ont

préparé dans des sacs, où on a tout le matériel. On a beaucoup de matériel, quand elles ont besoin de qqch on achète ou on loue. Elles ont tout : draps de glisse, disques de transfert, sangles. Elles n'ont pas le droit de soulever les résidents sous les bras. On a des techniques, du matériel. Le taux d'accident du travail « troubles musculo-squelettique » a quasiment totalement disparu. En général quand at défaut de pratique sur les techniques.

L'avantage de la manutention relationnelle par rapport à la « classique », il y a le confort du résident et le contact pendant la manutention et le confort du salarié. On travaille sur les troubles du comportement que l'on appelle les CAP : les troubles du comportement pathologiques avec les techniques des piliers relationnels. La capture du regard, le toucher. Quand on connaît tous les pièges comme démarrer un fauteuil alors que la personne qui a des troubles cognitifs ne nous a pas vu, c des techniques qu'on apprend et on a une diminution des troubles du comportement. Et surtout on a aussi un changement du vocabulaire. C'est-à-dire que nous on ne parle pas de résident agressif puisqu'automatiquement on va se méfier. On parle de patient défensif et donc là on va se poser la question de quoi il se défend. A partir du moment où on va se poser la question de quoi il se défend on avance et on va se questionner et essayer de mettre en place des choses pour que il n'ait plus ce comportement-là.

Véçu de l'équipe sur fin de vie. Parfois quand un lien s'est créé. Peu de contention. Mais quand on en fait il y a un plan de compensation. C'est-à-dire quand le risque de complications liées au chute est supérieur au risque d'être privé de liberté, on va faire une contention mais quand les soignants st dispos on va la lever. On va essayer de les faire marcher. C vrai qu'il y a des personnes où il va se créer qqch et c vrai que pour les équipes ça peut être difficile. Donc on en parle en réunion de synthèse mais c vrai que c pas toujours facile.

Part des aides-soignants dans les prises de décision. L'évaluation de toilette, l'ide la fait en équipe pluridisciplinaire. C'est-à-dire qu'avec les aides-soignantes, avec la psychomotricienne, on tient compte de l'avis des as ou de leurs difficultés. Ici, g organisé. Elles ne sont pas sectorisées les infirmières mais elles sont toutes référents d'une équipe pour faire le lien entre l'équipe et moi. Je ne peux pas toujours être très présente. Elles s'occupent de faire l'évaluation et les prescriptions des résidents de cet étage. Elles font remonter les difficultés lorsqu'il y a une prescription et que la personne son état va changer et que les as disent qu'elles n'y arrivent plus. L'ide et la psychomotricienne vont y retourner et essayer de trouver des solutions. On essaye de maintenir les toilettes à jour, toujours avec l'avis des as. C'est elles qui st auprès d'eux. La différence c que c pas l'as qui décide de tt parce que vous allez avoir une as lundi elle va vous faire une douche parce que elle

trouve que ça va plus vite et puis le lendemain sa collègue elle trouve que la toilette au lit ça va plus vite et là c pas au résident que l'on s'adapte c le résident qui s'adapte à la soignante qui vient. L'avantage de la toilette prescrite c'est qu'elle est vraiment faite en fonction de ses capacités et potentiels et de ce qu'on veut arriver à faire (même si la meilleure toilette c celle qui est faite par le résident). Ça adonne du sens parce qu'on se dit en maison de retraite ils sont vieux ils sont là pour mourir. Je le vois avec les étudiants infirmiers. Ils pensent que leur avenir là est de terminer leur vie. Nous on a des objectifs qui sont l'amélioration de la santé. En fait le rôle propre infirmier est à 200% et on s'aperçoit bien qu'en rôle propre infirmier, parce que l'infirmière aura fait une bonne évaluation avec l'équipe, une bonne prescription et ça sera bien suivi, on améliore sans médicament la santé de la personne. Ça c'est du rôle propre. C le travail qu'on fait aussi en recevant beaucoup d'étudiants pour leur montrer que l'EHPAD c pas un mouvoir et que les gens peuvent s'améliorer. Donc on travaille sur les niveaux de soin puisque c vrai dans un moment on va être dans le maintenir et des fois on va être d'accompagner quand c la fin de vie.

Les aides-soignantes sont fixes sur étage sauf si elles veulent changer mais moi je préfère une équipe fixe, ça dépend de la géographie des lieux et du cadre. Je pense qu'elles ont besoin de se sentir à l'aise dans leur service et les résidents ils sont âgés ils aiment bien avoir les mêmes têtes. On construit beaucoup de projets, on est sur le projet développement durable, on travaille sur l'alimentation. Si vous avez des équipes qui changent en permanence c'est compliqué. Moi je fais des réunions 1\*/trimestre une équipe complète (équipe+contreéquipe, elles sont remplacées dans le service) les 6 as plus l'ide et on passe la journée entière à parler de l'organisation. Des problèmes d'organisation ou de communication et on parle des projets et je fais un peu de formation, ça dépend des sujets. 4 équipes + équipe de nuit aussi avec ide et une réunion 2\*/an avec accueil de jour et PASA ensemble.

7h-16h

7h30-19h30

10h30-20h30

Elles sont autonomes, mais il y a encore « c'est pas mon côté », théoriquement il n'y en a pas. Les résidents se réveillent au fur et à mesure. Ça fait 7 ans qu'on est en méthodologie (humanité) et on n'est pas encore au label parce qu'on a encore des progrès à faire. C une méthode qui demande beaucoup de rigueur et c parfois compliqué et puis on est français en plus. On a bien progressé, g plus trop de résistance au changement, par rapport à il y a 7 ans, elles st toujours d'accord pour faire des formations. Dans le quotidien, parfois

je suis obligée de recadrer mais ce qui est bien dans la méthode c'est que c'est un super outil de management aussi. Quand il y en a une qui, non mais moi je fais comme ça, je lui dis mais pourquoi tu fais comme ça puisque tu dois faire remonter à l'infirmière et partager avec les collègues mais tu n'as pas à décider tout seul, c un travail d'équipe.

105 résidents +accueil de j 10places, PASA avec les résidents de l'EHPAD.

#### Management participatif basé sur humanité.

Perception motivation des as : les équipes st motivées, le fait d'avoir un langage et un objectif commun, c fédérateur, ça donne du sens à leur pratique. Alors des fois ça râle. Elles disent, oui mais lui, on n'y arrive pas, t'as dit que mais on ne peut pas. Mais en fait, si vous faites comme ça on peut essayer elles disent ben oui on va essayer. Depuis les réunions d'équipe trimestrielles c quelque chose qui apaise, qui les sort du soin, on pose les choses quand il y a quelques conflits. Souvent les problèmes st des problèmes d'organisation. On les remet dans le chemin de la réflexion. Peu de turnover, celles qui partent le font pour évoluer, pour autre projet. Pas de difficulté de fidélisation. Contrats pro permettent d'embaucher à la fin pour les AMP. Ils savent comment on travaille et ont envie de rester. Donc un peu de travail d'encadrement. ESI, EAS, EAMP, étudiants médecins, psychologue, psychomotricien, pédicure et ostéo.

Les étudiants ostéo proposent aux soignants des soins gratuits au personnel pdt le tps de travail, pareil pour les soins de pédicurie. Bien-être au travail fait partie de l'humanité. Le problème en management c'est que tout ce qu'on peut faire pour améliorer les choses devient normal, et c jamais assez. Des fois c'est un peu frustrant. Le métier n'est pas facile alors on essaye de faire en sorte que les choses soient le plus simple et motivant possible : beaucoup de formations, colloques et des fois c usant d'entendre que c pas assez. On a des médecins traitants qui confient leurs propres parents donc...

On essaye de créer du lien avec les professionnels à l'extérieur, ça se passe plutôt bien. Elles râlent des fois mais quand elles voient ailleurs elles sont fières de travailler comme ça.

11 ans CDS ici

IDE depuis 30ans

IDE en EHPAD ailleurs, beaucoup de gériatrie, médecine interne, libérale, court séjour gériatrique.

## **Annexe 5** : Retranscription de l'entretien avec la cadre de santé de l'EHPAD C

Entretien du 31/03/16 avec la cadre de santé de l'EHPAD C

Alors, il est vaste le travail soignant, pourquoi parce qu'on accueille des résidents âgés, dépendants. Ils arrivent en EHPAD dans des états de plus en plus précaires aussi bien au niveau physique que psychologique. Du coup, il est vrai qu'il y a 15-20 ans, le travail des soignants n'était pas du tout le même qu'à l'heure actuelle. Pour exemple, avant on acceptait d'avoir des gens non diplômés, des auxiliaires de vie, maintenant les gens qu'on embauche en EHPAD AS ou AMP. Ils ont besoin de connaissances paramédicales par rapport aux personnes qu'ils prennent en charge.

Leur travail est un accompagnement à la personne c'est-à-dire de pallier à tout ce que la PAD avec des troubles cognitifs n'arrive plus à faire. Donc c'est relativement variable, ça peut aller d'un accompagnement, nous on fonctionne beaucoup par mimétisme c'est-à-dire le soignant fait et le résident copie un petit peu notamment au moment de la toilette. Ou alors c'est l'accompagnement du geste par la parole ou alors c'est vraiment une aide complète avec des résidents, je pense notamment au premier étage où c'est des résidents qui ont des démences évoluées avec des troubles du comportement avec des déambulations et de l'agitation ou de l'agressivité ou alors une autre catégorie avec des gens qui étaient agités il y a 5 ans puis la démence a évolué. C'est vraiment lit fauteuil, ils sont en accompagnement de fin de vie ils restent alités. Du coup il y a toute une communication non-verbale à développer parce qu'il y a beaucoup de gens qui ne parlent plus lié à l'évolution de cette démence. Les soignants ont dû développer une autre sorte de communication ce qui n'est pas évident parce que même si on est bien achalandés ici avec une psychologue et une psychomotricienne à temps plein, on a la chance à ce niveau-là d'appartenir à un groupe privé. Les soignants ont beaucoup de formations, pas que internes mais aussi extérieurs. Ça les aide. Certes il y a tout ce qu'ils apprennent à l'école mais il y a ce qu'ils doivent continuer à développer sur le terrain. Donc le rôle du soignant c'est les AVQ avec toute une communication parce qu'il faut savoir que le côté relationnel ici est primordial. Si on a à choisir entre une douche et passer 20mn à parler à qqn, ici on va choisir de parler et dire la douche a été faite hier, elle sera faite demain. On va faire une petite toilette et on va discuter parce qu'on sent que le résident va pas bien. Leur rôle est vraiment à différentes dimensions et il y a tout le côté activités qui est difficile pour les aides-soignants. Pourquoi, parce qu'ici on est un lieu de vie même si quand on arrive comme ça on se rapproche de plus en plus de l'hôpital, pas dans la déco mais dans ce qu'on fait, il ne faut pas oublier qu'on est dans un lieu de vie et que les gens on les réveille pas à 7h pour prendre la température. Il y a toute une autre phase à vraiment instaurer. Ça c'est vraiment compliqué pour les aides-soignants parce qu'ils n'y sont pas sensibilisés pendant leur formation. Du coup il est vrai

que l'animation au niveau des soignants il est plus que qqch de pro c'est plus au niveau du feeling et des capacités du soignant de faire autre chose que du soin. S'ils aiment cuisiner ils font des ateliers cuisine avec les résidents. Je leur demande de partir de ce qu'elles aiment faire parce que la personne âgée avec des troubles cognitifs va souvent réagir en miroir. Si elle voit qqn d'heureux en face d'elle elle va être bien, si par contre elle voit quelqu'un qui va faire une tête de 10 pieds de long, qui parle un peu trop fort qui va faire des gestes brusques ça va pas aller. C'est impressionnant, vous arrivez en souriant devant un résident fermé, il va sourire. Il y a aussi les bases de la fonction soignante : respect de l'hygiène, de l'environnement. Faire l'aide au repas, attention au régime. Ici, il n'y a que des régimes de texture car il n'y a pas, sauf exception médicale de régime strict. On part du principe que ce qu'il y a d'important à privilégier c'est le bien-être. Je pense qu'il y a même si on essaye de faire au mieux pendant la journée, plein de frustrations, ne serait-ce que le sentiment qu'on ne s'occupe pas suffisamment d'eux. Alors si en plus on leur enlève ce qu'ils aiment, c'est-à-dire le sucré, c'est voilà. En tant qu'encadrant c'est vraiment une bataille de chaque jour. De leur rappeler tout ça. De leur dire attention notre rôle : c'est pas juste de lever les gens, les laver les habiller, non c'est la base. Après il faut l'agrémenter de tout in tas de petites choses. C'est compliqué pour eux car le travail en EHPAD, même si on essaye d'avoir une dynamique importante, c'est un travail qui est routinier. Souvent, je me dis mince, c'est compliqué de savoir que tu vas faire tous les jours la même chose. Qu'à cette heure-là tu vas faire ça et ça donc on essaie de leur dire essayez de vous diversifier. On leur donne les moyens. On n'est pas une équipe psychorigide avec des idées bien arrêtées. Mais il faut vraiment être moteur. Pire encore avec les as qu'avec les AMP, ce qui est normal parce que la formation n'est pas la même. Il faudrait faire une formation qui regroupe les deux thématiques. Parce que l'AMP va être très branché dans tout ce qui est animation avec la personne au centre c'est-à-dire observer le moment du repas, savoir comment on va pouvoir l'aider et préserver la capacité à manger seul. Même avec des aides mais favoriser l'autonomie restante du résident. Ça va vraiment être le rôle de l'AMP avec en plus ils vont mettre des animations en place. L'aide-soignant va plus se baser, à proprement parler du soin d'hygiène, un sens de l'observation clinique plus aigu. Il y a des choses qui vont attirer tout de suite leur regard. C'est des petites choses mais ils vont faire des liens plus facilement, je le vois beaucoup dans leurs transmissions écrites et orales.

Culture : On travaille énormément sur tout ce qui est accompagnement de fin de vie et sur tout ce qui est troubles du comportement à type d'agitation. Il est impératif pour nous de revoir l'organisation du premier étage. Vu l'évolution des gens avec des troubles du comportement vers la fin de vie, on se rend compte que notre unité n'est plus adaptée à leurs besoins. On réfléchit sur ce qu'on peut leur proposer. On n'a pas l'impression de répondre correctement à leurs besoins. Il y a des formations internes par la psychologue et

des formations externes faites par un organisme qui travaille avec KORIAN. En lien avec ça il y a aussi des analyses de pratiques faites toutes les semaines avec la psychologue. Sur l'accompagnement de fin de vie, tt un travail a été fait. On travaille beaucoup avec un réseau de soins palliatifs, le réseau osmose qu'on contacte quand on n'est pas satisfait de notre prise en charge ou quand on sent que c'est important aussi pour les équipes d'avoir l'aplomb de personnes extérieures pu alors quand c'est compliqué é pour les familles. Même si le médecin du réseau osmose va nous dire la même chose que nous, des fois je pense que c'est important pour eux aussi d'avoir un discours qui va dans le même sens plutôt que de toujours rester au sein de l'institution. On a une formation en 6 sessions sur l'accompagnement de fin de vie faite par le réseau osmose qu'on fait tous les ans parce qu'en EHPAD, il y a un turn over important de soignants, même si nous on n'est pas trop touché par ça. Du coup tous les ans on fait une formation de soins palliatifs pour former les gens au fur et à mesure. Cela devient notre quotidien avec avant des gens qui entraient ici et finissaient leurs jours à l'EHPAD, et là on a été confronté au problème qu'il y a un tel réseau de soins à domicile qui s'est développé que déjà les gens quand ils arrivent ici, ils sont déjà étiquetés soins palliatifs. Donc on s'est dit...le souhait de ces personnes c'est de pouvoir y être jusqu'à la fin avec un personnel qui les connaît, c'est quand même plus confortable. On travaille avec les urgences pour récupérer les gens le plus vite possible. Moi j'ai travaillé 12 ans aux urgences, je sais qu'une personne âgée n'a rien à y faire sauf par exemple hémorragie massive. Quelqu'un qui est en fin de vie et que ça a été statué, parce que c'est vrai que c'est des discussions qu'il faut avoir avec les familles parce que nous on a notre vision des choses mais il faut savoir eux, où ils en sont avec tout ça parce que parfois pour des familles c'est pas évident. On va essayer voilà d'accompagner ici dans le plus grand confort qui soit mais il y a des enfants qui sont pas prêts à entendre ça. On est une institution où on discute et on communique beaucoup. On a souvent des réunions en équipe pluridisciplinaire où on accorde vraiment de l'importance à chacun et c ça qui est appréciable je pense. On accorde vraiment de l'importance à chacun avec ses compétences et son rôle propre dans l'EHPAD. On va de l'ASH au médecin coordonnateur. C'est pas l'IDEC, le médecin co et la psychologue qui prennent les décisions tout seuls isolés de tous parce que c quand même les soignants qui sont au plus près du résident et qui le connaissent le mieux. Après j'ai envie de dire ben voilà le regard de chacun est essentiel pour essayer de pas trop se planter.

Recrutement: le rôle de l'IDEC, déjà on est seul de jour comme de nuit, des fois c compliqué, je peux pas échanger sur qqch qui va me poser soucis mais par contre c vrai que je sais que je leur dis ça. Il y a des choses qui sont impératives pour nous. Par exemple qu'entre la communication et un soin d'hygiène on va favoriser la communication. Je sais que c'est pas toujours comme ça. Il y a même des soignants qui le vivraient hyper mal si

on leur expliquait pas ce phénomène-là. Il y a les formations, analyses de pratiques professionnelles, je leur dis aussi qu'on travaille avec les familles. On va pas leur dire, nous on est les professionnels, maintenant vous nous avez confié votre parent c'est nous qui gérons NON. Ça c'est impossible à faire en EHPAD. On est obligés de faire avec eux. Ils ont une connaissance de leur parent. Ils vont pouvoir nous donner des informations quand ils viennent. Nous, il y a des trucs qu'on va pas forcément voir et eux ça va les interpeller. On est obligés de collaborer avec les familles. Moi je leur parle beaucoup de l'accueil et des informations faites aux familles. Je leur dis il vaut mieux dire en effet, voilà, aujourd'hui moi j'ai pas pu raser votre papa parce qu'il était trop agité plutôt que de raconter n'importe quoi et de laisser penser qu'on a fait un truc alors qu'on l'a pas fait. Je leur dis souvent, l'accueil des familles c'est comme quand il y a qqn qui vient chez vous. Levez-vous, c'est pas tout le temps eux qui doivent venir vous voir, elles ont beaucoup de mal avec ça. Elles ont beaucoup de mal à communiquer avec les familles. J'ai réfléchi parce qu'on a fait beaucoup de formation sur la communication avec les familles et on n'avancait pas. Elles ont toujours l'impression que ça va être de leur faute. Que les familles vont pas les comprendre, qu'elles vont être jugées. En fait, elles arrivent pas à avoir un argumentaire de poids, parce qu'elles savent pourquoi elles ont fait ou pas fait. Si une famille vient parce que les cheveux d'un résident sont sales, elles vont juste s'empêtrer dans des choses incroyables et forcément ça fait monter la sauce et ça va pas. Elles arrivent pas à être directes, honnêtes, transparentes. Elles manquent d'aplomb. L'autre problématique c'est qu'il y a ici, toutes les origines, moi je dis souvent ici c'est Benetton, ça peut aussi être une force. Ici tout se passe bien, parfois il y a des guerres d'équipe en fonction des origines en EHPAD. Ici ça se passe bien sauf que certains soignants, par le biais des VAE ont été diplômés as et ont encore beaucoup de mal à s'exprimer. Des fois, elles vont pas vouloir heurter la personne mais elles ont pas bien compris ce que la famille avait demandé et puis elles vont répondre à côté et puis inversement elles vont pas réussir à s'exprimer correctement. Donc il y a quand même un problème de barrière linguistique et de compréhension important.

Mode d'organisation : Ils ont en charge 6 à 7 résidents chacun. On a fait des listes en fonction des GIR mais ça donne pas réellement un aperçu de la charge de travail. Parfois un patient gir1 est facile à prendre en charge et un côté gir5 et c'est horrible psychologiquement. Parfois ils sont beaucoup dans la demande et sont source d'épuisement pour les soignants. La dépendance physique est difficile mais elles ont du matériel lèves-malades, verticalisateurs et rail au plafond. Bien sûr c'est pas rien mais la personne qui va conjuguer anxiété, troubles cognitifs, troubles du comportement à type d'agitation où il va falloir ..., où elle va se déshabiller 50 fois, où elle va vous faire répéter voilà. C'est 10 fois plus épuisant. Donc on peut pas vraiment dispatcher en fonction des GIR.

Faut déjà, voilà, avoir un réel aperçu du résident. Moi je peux pas travailler à distance, en tant qu'encadrant il faut vraiment que je sache. Du coup il y a des listes qui avaient été instaurées, et au fur et à mesure si un résident arrive, le soignant qui avait le précédent le prend en charge. Après, la problématique qui peut se poser c'est que ben voilà sur 2 soignants qui travaillent ensemble, il y a des listes qui sont plus équitables. Ça, on le revoit ensemble et on dispatche, on change. Après, elles ont aussi le droit de demander des relais, ça j'en parle à l'embauche, de dire attention là moi j'en peux plus de ce résident-là. Soit c'est moi qui m'en rend compte parce qu'elles vont avoir un discours aux transmissions où je vais me dire attention là ça va être compliqué pour elles ou elles vont me dire spontanément, ce résident-là moi j'arrive à saturation. Donc elles vont changer en m'en parlant pour pas que ce soit n'importe quoi. La famille les a identifiées lors de l'accueil. La soignante se présente à ce moment-là comme référente, l'infirmière de l'étage se présente aussi. C'est les deux premières personnes que le résident et la famille voient et puis sur la conter équipe. En général, les familles ont bien repéré qui s'occupe de leur parent. La problématique va venir quand il y'a des formations, congés, maladies, par des vacataires. C'est là où la prise en charge peut être mise à mal dans la finesse de la connaissance du résident. Ce sera jamais pareil. Oui, ce sera bien fait, oui il sera bien habillé après toutes les subtilités sont compliquées à acquérir pour une journée. Et pourtant on a un logiciel performant où il y a plein de renseignements. Il faut être logique, même si j'essaie de mettre le même vacataire, le soignant qui arrive ici...ils vont pas passer 10ans sur l'ordinateur pour savoir si il y a une prothèse auditive à droite, à gauche, ses goûts, même si tout est rempli. Comme dans chaque EHPAD on fait des projets personnalisés pour chaque résident, qui sont réévalués tous les ans systématiquement ou en fonction d'un changement de leur état. On peut pas dire que les soignants courent après. C'est compliqué à faire venir cette culture-là. Je pense que ça viendra, ça fait 9 ans que je travaille en EHPAD et je vois que ça avance, même rapidement, plus qu'à l'hôpital dans l'approche du résident, dans plein de choses je trouve. On a presque une longueur d'avance maintenant. Dans le vrai prendre soin de la personne sauf que des choses restent encore à un stade embryonnaire. Cette culture-là, comme souvent, je leur fais des formations, je leur dit renseignez-vous allez sur internet mais ça vient pas. Après on a quand même des soignantes avec elles aussi des histoires de vie compliquées... elles viennent bosser, elles font le maximum et puis une fois qu'elles sont chez elles ben voilà elles vont s'occuper de leurs enfants. Elles s'investissent de plus en plus dans le résident mais pas dans le projet personnalisé. Celui qui s'y investit c celui qui est là le jour de la réunion de synthèse, elle va donner son ressenti, les indications qui nous manquent, elle va parler un peu des choses à remplir mais elles vont jamais échanger entre elles, s'appeler pour échanger autour du projet personnalisé du résident qu'elles ont conjointement en charge. Elles vont s'investir car le

projet part quand même de ce qu'elles font au quotidien avec le résident. Il y a un truc qui est important avec le projet personnalisé c'est qu'on a Montessori. Plusieurs sont allés à la formation, elles sont sensibilisées mais ce n'est pas déployé comme ça pourrait l'être. Idem pour le projet personnalisé qui n'est pas utilisé au maximum.

Management participatif. Ça dépend des thématiques, toutes les décisions par rapport aux prises en charge des résidents, ça me viendrait même pas à l'idée de pas les impliquer. Toute la prise en charge, douleur alimentation, la relation aux familles. Ils ne font pas de propositions, ils ne prennent pas d'initiative. C'est souvent compliqué. Ici, si vous n'êtes pas moteur de tout le monde, des aides-soignants, des infirmiers, y'a rien. Faut vraiment impulser, y'a jamais personne qui impulsera seul. C'est vous qui impulsez et si ça marche vous pouvez créer des relais pour vous dégager un petit peu mais les initiatives elles les prennent pas, non pas parce qu'elles ne peuvent pas mais parce qu'elles ne le font pas. Vous voyez là lors d'une évaluation annuelle, on s'est dit vous vous occupez toute la journée du résident, on s'est dit ce serait bien que vous quittiez votre peau de soignante pour pouvoir passer un vrai moment avec le résident, sans être pris par la montre donc on a mis en place un moment qu'on appelle le tête à tête où elles sont dégagées de tout pendant trois quart d'heures. C'est pas elles qui choisissent un résident c'est chacun leur tour participe à ça. Elles passent trois quart d'heure avec un résident en fonction de son envie. Elles vont voir le résident au préalable en lui présentant le projet. En disant : voilà on va avoir la possibilité de passer du temps ensemble, qu'est-ce que vous avez envie de faire. Parce que c'est compliqué des fois il y a des choses : il y a une résidente qui veut aller à Franprix mais il y a personne pour l'accompagner. On se rend compte que c'est un lieu de vie mais tout n'est pas si simple à mettre en place que ça. Ça c'est moi qui y ait pensé parce que je me suis dit, à part les soins de base et les animations qui sont mises en place mais c'est souvent des animations où elles se sentent obligées de les faire parce que c'est sur leur fiche de poste. Y'a pas un réel moment où elles sont là que pour ce résident-là. Oh combien c'est important pour le résident d'avoir une attention particulière du soignant et pas d'être avec 12 autres personnes, voilà, à la revue de presse ou des choses comme ça. Donc ça c'est pareil, je l'ai impulsé, on l'a mis en place en espérant qu'après elles prennent le relais et qu'elles le fassent vivre seules. Elles peuvent tout faire. C'est ce qu'on leur dit après heureusement je m'entends très bien avec la directrice de l'établissement qui est ancienne infirmière, qui a ce discours-là : proposez-nous des choses, s'il y a besoin on va acheter des choses, on va le faire. Elles sont tellement dans une routine que même si vous êtes pleine d'énergie et de dynamisme, il faut mettre un frein à cette routine, ça fait du bien, ça redonne du sens à tout. Elles ont une grande, très grande liberté, maintenant par rapport à leurs tâches de soignantes, elles s'arrêtent à ce qu'elles peuvent faire. Oui il y en a qui mettent des bandes de contention quand l'infirmière a regardé et que ça se passait bien. 0

un moment donné, les infirmières comptaient beaucoup sur les soignantes pour tout. Il y en a qui appelaient parce qu'il y avait une rougeur, ça faisait pas peur aux infirmières de dire ben tiens tu mets une plaque. J'ai dit mais non il faut quand même aller voir. C'est vrai qu'au niveau des soins, il faut être vigilant car le personnel infirmier se repose beaucoup sur les soignants. Je pense qu'on a quand même une équipe soignante très bien, même si je les trouve pas suffisamment motivées, elles ont envie de bien faire, c'est vrai que du coup les infirmières se reposaient dessus.

Motivation : Oui, indicateur qui me font penser qu'elles sont motivées. Leur façon de prendre soin des résidents, d'en parler, leur implication dans les discussions, les échanges, leur implication dans les animations les activités proposées. Leur implication dans différents projets.

J'ai la chance d'être ici depuis 6 ans, je les connais bien parce qu'il n'y a pas beaucoup de turn over. Je vais savoir si elles vont bien ou pas à la façon de me dire bonjour. Je passe les voir tous les jours pour savoir si ça va et puis pour voir s'il y a un problème avec un résident, tous les matins je passe les voir. Je les vis toutes au moins une fois par jour. On a un échange aux entretiens annuels mais il ne faut pas attendre pour savoir comment vont les soignantes. On a une bonne communication, sinon je serais très déçue. Elles me connaissent, elles savent quel est mon niveau d'exigence, ce qui n'est pas négociable. Et puis il y a des choses où si c pas fait c pas grave.

IDE depuis 1991

DU EPOSS

CDS en EHPAD depuis 2007 ici depuis 6 ans

Jamais travaillé en EHPAD avant, connaissance vague de la gériatrie avant

Recherchait ici un encadrement différent de l'hôpital, ne voulait pas quitter complètement les soins. La polyvalence de la fonction est super en EHPAD. A appris à communiquer en EHPAD, c'est très riche.

## Annexe 6 : Résultats des questionnaires de l'EHPAD A

établissement	conception	sens	facteurs satisfaction	facteurs insatisfaction	axes amélioration	fin de vie	influence culture	formation palliative	circonstances	ressenti	entrée profession	ancienneté AS	ancienneté EHPAD	commentaires
A	confort autonomie	peccomplète	nature communication ambiance organisation collaboration recorés recofam recocol	ambiance	relationnel	compétent	non	oui	choix	initiatives questionsp implication qualités utilité oubliisr pasprivé découragementj responsabilité pascolère	initiale étape	5	3	
A	confort autonomie	domicile rythme	ambiance collaboration recorés recofam recohié	charge recofam recohié	pasdésorientés pasgrabataires pasfinvie	compétent	non	oui	opportunité choix	initiatives questionsp implication qualités utilité oubliisr pasprivé colère	évolution	6	14	manque temps
A	confort	convivial humain	nature ambiance collaboration communication recorés recofam	ambiance salaire recofam	respect rythme	mal à l'aise	non	non	opportunité	initiatives questionsp implication utilité oubliisr privé découragép responsabilités colère	initiale	3	1	
A	confort	domicile	ambiance collaboration communication organisation référence	charge salaire	embauches	compétent	non	oui	opportunité	initiatives questionsp implication qualités utilité oubliisr privé découragép responsabilités colère	évolution	25	1	
A	confort autonomie	domicile	nature collaboration communication recorés recofam	ambiance collaboration recohié recocol		compétent	non	oui	opportunité	initiatives questionsp implication qualités utilité oubliisr pasprivé découragép responsabilités colère	initiale	2	2	"jusqu'à la fin"
A	autonomie	peccglobale	nature ambiance organisation recorés recofam recohié référence	charge salaire recofam recohié	manque personnel	compétent	non	oui	choix	initiatives questionsp implication qualités utilité oubliisr pasprivé découragép responsabilités colère	reconversion	20	20	"pour travailler en EHPAD il faut une âme"

## Annexe 7 : Résultats des questionnaires de l'EHPAD B

établissement	conception	sens	facteurs satisfaction	facteurs insatisfaction	axes amélioration	fin de vie	influence culture	formation palliative	circonstances	ressenti	entrée profession	ancienneté AS	ancienneté EHPAD	commentaires
B	autonomie	temps écoule humanité	nature ambiance collaboration communication recorés recofam recofol recohié	salair manque personnel	horaires	compétent	non	non	choix	initiatives questions implication qualité utilité oublis privé découragép responsabilités colère	initiale étape	5	8	
B	confort	connaissance habitudes	ambiance collaboration communication organisation recorés	salair recohié		compétent	non	non	choix	initiatives questions implication qualité utilité oublis pasprivé découragép responsabilités pascolère	reconversion	2	2	pénibilité non- reconnaissance salair
B	confort	domicile plus temps	nature ambiance communication recorés recofam recofol	charge salair recohié	recohié embauches	mal à l'aise	non	oui	choix	initiatives questions implication qualité utilité pasprivé découragép colère	reconversion	3	3	
B	autonomie	domicile calme	nature collaboration communication organisation recorés recohié recofol apprendre	charge salair	horaires	compétent	oui parfois	oui	connaître humanité	initiatives questions implication qualité utilité oublis privé découragép responsabilités colère	initiale	16	10	travail riche manque de reconnaissance
B	autonomie	trop proximité relationnel	ambiance collaboration communication recorés	charge salair recohié recofol	pause le matin	compétent	non	oui	choix	initiatives questions implication qualité utilité oublis privé découragép responsabilités colère	initiale	4	4	importance de la reconnaissance des résidents
B	confort	meilleure pec	ambiance collaboration communication organisation recorés recofam recohié recofol connaissances	charge ambiance collaboration communication salair recorés recohié	appel à vacataires si besoin	compétent	non	non	choix	initiatives questions implication qualité utilité oublis privé découragép responsabilités pascolère	évolution	2	6	manque de reconnaissance de la hiérarchie
B	autonomie	ne sais pas	collaboration communication variété recorés	charge salair planning	planning	mal à l'aise	non	oui	choix	initiatives questions implication qualité utilité oublis privé découragép responsabilités colère	initiale	3	2	manque de personnel, accompagnement lourd

## Annexe 8 : Résultats des questionnaires de l'EHPAD C

établissement	conception	sens	facteurs satisfaction	facteurs insatisfaction	axes amélioration	fin de vie	influence culture	formation palliative	circonstances	ressenti	entrée profession	ancienneté AS	ancienneté EHPAD	commentaires
C	confort	domicile bien-être	nature ambiance recorés recofam recohié	charge salaire communication collaboration avec tde	manque de temps	compétent	non	oui	choix et opportunité	initiatives questions implication qualités utilité oublisp pasprivé découragép responsabilités pascolère	étape	10	10	
C	confort	relationnel plus humain	nature ambiance variété recorés recofam référence	collaboration communication recohié	mieux définir répartition les tâches	compétent	non	oui	choix	initiatives questions implication qualités utilité oublisp privé découragép responsabilités colère	reconversion	16	15	différenciation des rôles AMP et AS
C	confort	proximité résident observation	nature ambiance collaboration communication organisation variété bien-être du résident	communication salaire recocol	amélioration des binômes (as/amp)	compétent	non	oui		initiatives questions implication qualités utilité oublisp privé découragép responsabilités colère	reconversion	5	15	
C	confort	manque de temps et de personnel, pression de la direction	communication organisation recorés satisfaction perso		"être réaliste sur les besoins réels de la personne soignée"	compétent	non sa culture haitien e l'aide	non	choix	initiatives questions pasimplication qualités utilité oublisp pasprivé découragép responsabilités colère	initiale	5	2mois	importance humanité entretien informel
C	confort	domicile respect toutes dimensions du soin	ambiance collaboration communication organisation recofam recohié "compréhension"	collaboration communication recorés recohié ambiance	salaire embauches meilleure répartition des tâches	compétent	non	oui	choix	questions implication qualités utilité oublisp privé découragép responsabilités pascolère	reconversion	10	5	ne regrette pas d'être venue en EHPAD cars'y sent bien

## Annexe 9 : Profil des 4 AS présentant le plus d'indicateurs de motivation

établissement	conception	sens	sources satisfaction	sources insatisfaction	axes amélioration	fin de vie	influence culture	formation palliative	circonstances	ressenti	entrée profession	ancienneté AS	ancienneté EHPAD	commentaires
A	confort autonomie	spec complète	nature communication ambiance organisation collaboration recorés recofam recocol	ambiance	relationnel	compétent	non	oui	choix	initiatives questionsp implication qualités utilité oublisr pasprivé découragementj responsabilité pascolère	initiale étape	5	3	
B	autonomie	temps écoute humanité	nature ambiance collaboration communication recorés recofam recocol recohié	salaire manqueperso nnel	horaires	compétent	non	non	choix	initiatives questionss implication qualitép utilité oublisr privé découragép responsabilités colère	initiale étape	5	8	
B	autonomie	domicile calme	nature collaboration communication organisation recorés recohié recocol apprendre	charge salaire	horaires	compétent	oui parfois	oui	connaître humanité	initiatives questionss implicationnouin on qualités utilité oublisr privéouinon découragép responsabilités colère	initiale	16	10	travail riche manque de reconnaissanc e
C	confort	relationnel plus humain	nature ambiance variété recorés recofam référence	collaboration communication on recohié	mieux définir répartition les tâches	compétent	non	oui	choix	initiatives questionss implication qualités utilité oublisr privé découragép responsabilités colère	reconversion	16	15	différenciatio n des rôles AMP et AS

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@15-16

### TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

Le sens au travail en EHPAD : *Un enjeu du cadre de santé pour motiver les aides-soignants*

### AUTEUR

Lucille BOURRIGAN

### MOTS CLÉS

EHPAD, représentations sociétales, aide-soignant, management de la motivation, sens au travail

### KEY WORDS

Dependent elderly people's home, societal representations, nurse assistant, motivation's management, meaningfulness at work

### RÉSUMÉ

**OBJECTIF** : Le but de ce mémoire était d'évaluer si le cadre de santé en EHPAD peut maintenir la motivation ou éviter la démotivation des aides-soignants au travail. Pour cela deux leviers managériaux sont proposés : l'organisation par aide-soignant référent et le développement des compétences en soins palliatifs.

**METHODE** : Analyse croisée de questionnaires accompagnés collectifs et d'entretiens

**ENVIRONNEMENT** : Trois EHPAD utilisant une organisation de travail différente en Ile-de-France.

**SUJETS** : Des aides-soignants travaillant en EHPAD et leurs cadres de santé.

**RESULTATS** : Les résultats de l'enquête tendent à confirmer l'existence d'un lien entre l'absence de formation à la fin de vie et la démotivation des aides-soignants en EHPAD. Ils ne permettent ni de confirmer ni d'infirmer l'hypothèse supposant un lien entre l'organisation par aide-soignant référent et un meilleur niveau de motivation. Toutefois, il semblerait qu'un niveau de signification élevé du travail ait un impact positif sur la motivation des aides-soignants en EHPAD.

### ABSTRACT

**OBJECTIVE**: To assess whether a nurse manager can maintain nurse assistants' motivation or avoid demotivation in stimulating meaningfulness at work in a dependent elderly people's home. Two levers for the manager are proposed: a work organisation by referent nurse assistant and their palliative care's skills development.

**DESIGN**: Crossed analysis of accompanied questionnaires and interviews.

**SETTING**: Three dependent elderly people's home using different work organisations in Ile-de-France.

**SUBJECTS**: Nurse assistants working in dependent elderly people's home and their nurse managers.

**RESULTS**: The results of this study tend to confirm a relationship between absence of training in palliative care and nurse assistant's demotivation in dependent elderly people's home. It doesn't confirm or infirm the hypothesis according to which there is a link between a work organisation by referent nurse assistant and a better level of motivation. However, it seems that a higher level of meaningfulness at work improves nurse assistant's motivation in dependent elderly people's home.