



HAL
open science

Soutenir la qualité de vie au travail en EHPAD en situation de turn-over important : analyses et perspectives d'amélioration

Valentine Truant

► To cite this version:

Valentine Truant. Soutenir la qualité de vie au travail en EHPAD en situation de turn-over important : analyses et perspectives d'amélioration. Gestion et management. 2022. dumas-04152304

HAL Id: dumas-04152304

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04152304>

Submitted on 5 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Années universitaires 2021-2022

MÉMOIRE

SOUTENIR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL EN EHPAD EN SITUATION DE TURNOVER IMPORTANT : ANALYSES ET PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION

Rédigé par : TRUANT Valentine

Sous la direction de : Mme LOPEZ, maître de conférences en Droit
public

Mémoire pour l'obtention du master 2
Université d'Artois – Faculté d'Economie, Gestion, Administration et
Sciences sociales
Arras – France

« L'Université d'Artois n'entend donner aucune approbation ou improbation aux éléments avancés dans les mémoires, ceux-ci doivent être considérés comme propres à leurs auteurs »

Résumé	Abstract
<p>Depuis de nombreuses années, le marché du travail est caractérisé par un taux de chômage élevé de la population active. Et pourtant, les établissements du secteur social et médico-social peinent à recruter et à fidéliser du personnel. Cette difficulté va se traduire par un turnover important, qui va entraîner des répercussions sur la démarche qualité.</p> <p>J'ai donc décidé de m'intéresser aux impacts du turnover sur la qualité en EHPAD et plus spécifiquement sur la qualité de vie au travail.</p> <p>Ma question de recherche est : comment un manager peut-il contribuer à remobiliser le personnel en présence de difficultés de recrutement et d'un turnover important ?</p> <p>La problématique à laquelle je souhaite répondre est la suivante : En quoi les difficultés de recrutement peuvent-elles avoir un retentissement important sur la qualité de vie au travail ?</p> <p>Nous consacrerons une partie de notre l'analyse à la vérification de l'hypothèse : travailler en sous-effectif donne l'impression au personnel de ne pas répondre suffisamment bien aux besoins des personnes âgées.</p> <p>Afin d'orienter ma réflexion, j'ai l'intention de d'orienter ma réflexion autour des thématiques de la motivation, de l'engagement ou encore de la satisfaction professionnelle.</p> <p>Mon investigation consistera en l'élaboration de deux questionnaires. Tout d'abord, un questionnaire à destination du personnel (que ce soit administratif, soignant, technique, ...).</p> <p>Puis, un questionnaire à destination des directeurs d'établissements afin d'obtenir un retour d'expérience.</p> <p>Mots-clés : qualité, travail, bien-être, pandémie, droits, libertés, EHPAD, turnover, urgence, prise en soin</p>	<p>For many years, the labour market has been characterised by high unemployment among the working population. However, establishments in the social and medico-social sector are struggling to recruit and retain staff. This difficulty will result in a high turnover, which will have repercussions on the quality approach.</p> <p>I therefore decided to investigate the impact of staff turnover on quality in retirement home and more specifically on the quality of life at work.</p> <p>My research question is: How can a manager contribute to remobilising staff in the presence of recruitment difficulties and high turnover?</p> <p>The problem I wish to answer is the following: How can recruitment difficulties have a significant impact on the quality of life at work?</p> <p>Part of our analysis will be devoted to testing the hypothesis that working short-staffed makes staff feel that they are not responding well enough to the needs of the elderly.</p> <p>To orientate my thinking, I intend to formulate my thinking around the themes of motivation, commitment, and job satisfaction.</p> <p>My investigation will consist of two questionnaires. Firstly, a questionnaire for staff (whether administrative, nursing, technical, etc.). Then, a questionnaire for the directors of the establishments to obtain feedback.</p> <p>Keywords: quality, work, well-being, pandemic, rights, freedoms, retirement home, turnover, emergency, health care</p>

« L'ABSENCE DES UNS DEVIENT LE FARDEAU DES AUTRES »
(ROUSSEAU, 2012)

REMERCIEMENTS

J'exprime, tout d'abord, ma reconnaissance envers Mme Lopez, ma directrice de mémoire, qui m'a consacré de son temps et qui a su me guider dans l'élaboration de ce mémoire mais aussi pendant mes cinq années d'études supérieures.

Merci à Madame Leprince, ma tutrice dans le cadre de mon contrat d'apprentissage, qui m'a accueilli au sein de sa structure pendant mes deux années de Master.

Un grand merci à tous les professionnels qui m'ont de près ou de loin apporté leur aide dans la réalisation de mon travail. Je pense tout particulièrement à Mme Lulka et Mme Lemaire qui m'ont appris tant de choses au cours de mon alternance.

Merci à mes collègues de promotion qui m'ont soutenu pendant ces deux années de travail acharné.

Merci à ma famille pour m'avoir soutenue tout au long de ma scolarité.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	5
TABLE DES MATIÈRES	6
RÉPERTOIRE DES SIGLES	8
INTRODUCTION	9
PARTIE 1 : UN REGARD SUR LE DROIT DU TRAVAIL ET LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL.....	12
I. APPROCHE CONCEPTUELLE DU DROIT DU TRAVAIL.....	13
1. Le contrat de travail : fondement de l’engagement entre 2 parties.....	13
2. Typologie des contrats	14
II. APPROCHE CONCEPTUELLE DE L’ABSENTÉISME	16
1. L’absentéisme.....	16
2. Typologie des absences justifiées	16
3. Absences injustifiées et sanctions.....	17
III. LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL POUR UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ.....	18
1. . Définition	18
a. La qualité	18
b. La qualité de vie au travail dans le secteur sanitaire, social et médico-social	19
2. Attractivité, fidélisation, et implication du personnel	21
3. Les indicateurs de la Santé et Qualité de Vie au Travail.	22
PARTIE 2 : AGIR, MALGRÉ LES DIFFICULTÉS, AU PROFIT DU BIEN-ÊTRE DU RÉSIDENT.....	24
I. Les difficultés de recrutement rencontrées par les établissements médico-sociaux	25
II. Assurer le bien-être du résident, intérêt commun au personnel soignant et encadrant	29
1. UN NOUVEAU MODÈLE INSTITUTIONNEL EN RÉPONSE À DE NOUVEAUX BESOINS	29
2. Des besoins nouveaux en réponse à des changements structurels.....	30
3. La nécessité d’apporter des réponses à des besoins nouveaux.....	34
PARTIE 3 : APPROCHE EMPIRIQUE : ENQUETE AUPRÈS DES DIRECTEURS ET PERSONNELS EN EHPAD	38
I – MES HYPOTHÈSES.....	39
II – MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES.....	39
1. Présentation du dispositif d’investigation envisagé	39
2. Population enquêtée	40
3. L’utilisation du logiciel Sphinx Campus	41
4. Le respect de l’anonymat et des règles régissant le traitement de données	42
III. Mes questionnaires	42
1. Le questionnaire, volet personnel.....	42
2. Le questionnaire, volet Direction des établissements	44
PARTIE 4 : ANALYSES ET DISCUSSION.....	46
I – RÉSULTATS OBTENUS ET INTERPRÉTATIONS – VOLET PERSONNEL	47

1. Décomposition de l'échantillon.....	47
2. Qualifications professionnelles et réponses apportées aux besoins des personnes âgées.....	48
3. La pénibilité de certains aspects de la prise en soin à ne pas négliger	49
4. Un manque de personnel qui se fait ressentir	51
5. La répartition du temps de travail.....	53
5. La relation soignant-résident	54
6. La qualité des relations au travail.....	55
7. Formation et développement personnel	55
II – RÉSULTATS OBTENUS ET INTERPRÉTATIONS – VOLET DIRECTION.....	57
III – VÉRIFICATION DE NOS HYPOTHÈSES.....	60
Hypothèse n°1 : travailler en sous-effectif donne l'impression au personnel de ne pas répondre suffisamment bien aux besoins des personnes âgées.	61
Hypothèse n°2 : l'impression du personnel de travailler en sous-effectif va entraîner des relations au travail dégradées.	61
Hypothèse n°3 : L'organisation du travail influe sur le sens que lui donne le personnel.	62
Hypothèse n°4 : La possibilité offerte aux salariés de développer leurs compétences leur confère une sensation de prise en compte de leur dimension personnelle.	63
IV - LEVIERS D' ACTIONS	64
1. Les étapes de la démarche QVT	65
2. Les instances.....	65
3. Expérimentation autour de la création d'un comité QVT	66
CONCLUSION.....	67
BIBLIOGRAPHIE.....	70

RÉPERTOIRE DES SIGLES

AFNOR : Association Française de Normalisation

ALS : Allocation de Logement Sociale

ANACT : Agence Nationale de l'Amélioration des Conditions de Travail

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARACT : Agence Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CNAM : Conservatoire National des Arts et des Métiers

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CP : Congés Payés

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

ED : Espace de Discussion

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESSMS : Établissements du Secteur Social et Médico-Social

ETP : Équivalent Temps Plein

INED : Institut National d'Études Démographiques

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques

ISO : International Organization for Standardization

PEC : Parcours Emploi Compétences

QVT : Qualité de Vie au Travail

RGPS : Règlement Général sur la Protection des Données

SQVT : Santé et Qualité de Vie au Travail

TMS : Troubles Musculosquelettiques

UNIFAF : Union du Fonds d'Assurance Formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale

UNIOPSS : Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

INTRODUCTION

Notre société contemporaine est aujourd'hui marquée par un changement prédominant des mentalités, des comportements, mais également des pratiques.

Dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, nous assistons à une transition progressive partant d'une logique de prise en charge du vieillissement vers une logique de prise en compte de l'individu et de ses volontés. L'évolution de la qualité de vie associée à la hausse de l'espérance de vie implique une entrée de plus en plus tardive en institution, synonyme d'augmentation du niveau de dépendance et de besoins en termes de soin.

De ce fait, les projections de population de l'INSEE estiment que « la population de 75 ans et plus sera ainsi multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus de 10 millions de personnes » (DUEE & REBILLARD, 2006). Ainsi, nous allons faire face à un vieillissement rapide de la population qui sera de plus en plus dépendante à son arrivée en institution.

Cela nous amène, d'une part, à nous interroger sur l'évolution que suivront les politiques publiques pour répondre au mieux aux enjeux posés par le vieillissement de la population, que ce soit en matière de retraites, de dépenses de santé et de prise en charge.

D'autre part, nous pouvons également interroger la manière dont les établissements et les équipes encadrantes vont œuvrer afin de modifier et d'adapter leurs pratiques organisationnelles afin de répondre au mieux aux impératifs de prise en charge et de santé publique.

Par ailleurs, nous assistons à un essoufflement du modèle traditionnel de l'EHPAD qui devient de moins en moins attractif avec un souhait croissant de « vieillir à domicile ». Cet essoufflement est d'autant plus important que les reportages, ouvrages consacrés aux mauvaises pratiques de certains établissements se font nombreux de nos jours. Il appartient alors à chaque établissement et à son personnel de repenser l'articulation de chaque acteur au service de la personne âgée : l'EHPAD doit être perçu comme un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soins où l'on vit ses dernières années.

Mais cette prise en charge de qualité tenant compte de la volonté de l'utilisateur n'est possible qu'en présence d'une équipe coordonnée et soucieuse du bien-être du résident. Prendre soin des résidents commence par prendre soin de nos collaborateurs. Or, la crise sanitaire du Covid-19 n'a fait qu'accentuer de nombreuses difficultés préexistantes tel que le manque crucial de

personnel, ce qui a pu avoir de lourdes conséquences en termes de qualité de vie au travail du personnel.

En effet, le secteur médico-social et ses établissements souffrent d'un problème d'attractivité lié à une vision sociétale peu flatteuse, ce qui entraîne des difficultés de recrutement importantes. On assimile souvent le travail des soignants en EHPAD comme étant pénible par la charge physique et les horaires difficiles, s'accompagnant de tensions qui pèsent sur les relations internes et externes. Le personnel de l'EHPAD est inévitablement associé à la fin de vie, et à la dégradation de l'état de santé du grand-âge. On pourrait imaginer la situation en disant que ce sont des métiers qui « sont comme contaminés par l'image négative de ce qu'ils traitent » (Aide-soignant en EHPAD : le "sale boulot"?, 2019). Dominique Lhuilier, professeure au CNAM de Paris et dont les travaux portent principalement sur les problématiques santé et travail, explique que la relégation sociétale des métiers comme celui d'aide-soignante s'explique par une volonté de préservation « d'une représentation positive de la société, de la vie sociale ». Ainsi, on peut constater une forme de « tri » dans les représentations sociales de ce qui relève du négatif, en l'occurrence de ce qui est associé au traitement de la mort et de la vulnérabilité.

C'est face à ces difficultés que les directeurs d'établissements doivent être forts de proposition pour recruter et intégrer le personnel dans un cadre propice au travail. Il faut donc associer les termes d'attractivité et de fidélisation et travailler sur l'image renvoyée par l'établissement et son inscription dans l'évolution des besoins sociétaux, besoins en perpétuelle évolution. D'une part, la démarche de fidélisation va davantage être focalisée sur les éventuelles perspectives d'évolution du personnel et sur le développement de leurs compétences. D'autre part, ce sont l'amélioration de qualité de vie et des conditions de travail qui vont permettre de renforcer l'attractivité des établissements.

Cette volonté d'attirer mais aussi de fidéliser le professionnel va permettre de mieux répondre aux besoins d'accompagnement et de soins des résidents et donc d'améliorer la qualité de la prise en charge. En effet, « le turnover important du secteur entraîne des conséquences : les nouveaux personnels ne connaissent pas les résidents, leurs pathologies, leurs besoins d'aide, habitudes, n'ont pas les formations nécessaires » (LARPART & NENIN, 2011). Ainsi le turnover important du personnel soignant a des impacts directs sur la qualité de la prise en charge, sur les réponses apportées aux besoins des résidents mais a également un impact indéniable sur la qualité de vie au travail.

La France est confrontée à un vieillissement accru de la population entraînant une augmentation des besoins de prise en charge des personnes âgées. Et cette tendance n'est pas près de s'inverser puisque le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pourrait augmenter de 80% d'ici 2060, selon l'INSEE (BLANPAIN & CHARDON, Octobre 2010).

C'est dans cette dynamique que les politiques publiques doivent anticiper la prise en charge des seniors en leur permettant un maintien à domicile, dans la mesure du possible, et des places supplémentaires en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante mais aussi les besoins en ressources humaines du secteur social et médico-social.

Toutefois, les directeurs d'établissement sont d'ores et déjà confrontés à des difficultés de recrutement, à un absentéisme qui a explosé notamment lors de la survenue de l'épidémie Covid-19, et à un *turnover* qui mènent à une dégradation des conditions de travail, un désengagement du personnel mais aussi à des problèmes d'attractivité et de fidélisation. Ces problèmes vont bien au-delà des structures en elles-mêmes et sont rattachés à l'image véhiculée par l'ensemble du secteur et des métiers qu'il rassemble. Si l'on s'intéresse au bilan social de l'ATIH de 2019, il y est indiqué que « le taux d'absentéisme médian du personnel non médical (comprenant infirmiers et aides-soignants) est de 8,6% et qu'il varie entre 7% et 10,6% pour 80% des établissements » alors que dans le même temps, « le taux d'absentéisme médian du personnel est de 3,7% et se situe entre 1,3% et 6,5% pour 80% des établissements » (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 2019). On constate ici que le taux d'absentéisme du personnel non-médical (aides-soignants et infirmiers) est important.

Dans un tel contexte, il serait intéressant de nous interroger sur les impacts du turnover au regard de la qualité de vie au travail.

Ma question de recherche est : **Comment un manager peut-il contribuer à remobiliser le personnel en présence de difficulté de recrutement et d'un turnover important ?**

La problématique à laquelle je souhaite répondre est la suivante :

En quoi les difficultés de recrutement peuvent-elles avoir un retentissement important sur la qualité de vie au travail ?

**PARTIE 1 : UN REGARD SUR LE DROIT DU TRAVAIL ET
LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL**

I. APPROCHE CONCEPTUELLE DU DROIT DU TRAVAIL

1. Le contrat de travail : fondement de l'engagement entre 2 parties

C'est à la fin du 19^{ème} siècle que les multiples négociations entre partenaires sociaux ont donné naissance au droit du travail. Il s'agissait à l'époque de protéger la main d'œuvre vulnérable et notamment les femmes et les enfants en introduisant au sein des organisations des mesures d'hygiène et de sécurité. C'est dans ce contexte qu'a finalement été reconnue la responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail.

Le droit du travail correspond à l'ensemble des règles qui régissent les relations entre un employeur et les travailleurs qui lui sont subordonnés. Le droit du travail puise ses sources dans :

- Les normes nationales telles que les lois, décrets, actes réglementaires, ou encore dans la jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation.
- Les normes internationales qui correspondent à la Convention Européenne des Droits de l'Homme, à la Charte sociale européenne ou encore à la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme.
- Les normes professionnelles avec les conventions collectives. Une convention collective est « un accord écrit négocié entre les syndicats de salariés et d'employeurs et qui traite les points relatifs aux conditions d'emploi, à la formation professionnelle, aux conditions de travail et aux garanties sociale des salariés » (Service-Public.fr, 2020). Nous pouvons ajouter que « certaines conventions collectives rendent obligatoires la rédaction d'un contrat de travail à durée indéterminée et à temps plein » (GEFFROY, 2020).

Par ailleurs, notre système juridique repose sur le principe de la hiérarchie des normes visant à organiser et régir le droit français. Il s'agit d'un système pyramidal qui implique que la norme de niveau supérieur s'impose de manière systématique à celle du niveau inférieur. Hans Kelsen (1881-1973) en propose une représentation connue sous le nom de « pyramide de Kelsen » visible en annexe 2.

Tout engagement entre deux parties dans un objectif de travail trouve son fondement dans le contrat de travail. Il formalise l'exécution d'une prestation de travail en échange d'une rémunération. D'ailleurs le contrat de travail constitue, selon l'article 1101 du Code Civil « un

accord de volonté entre deux ou plusieurs personnes destinées à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations ». La loi est venue conférer aux contrats une force comparable à la législation elle-même en l'article 1103 du Code Civil : « les contrats légalement formés tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faits ». Le non-respect des engagements et obligations incombant à chaque partie au contrat peut faire l'objet de sanction. A ce titre, le salarié comme l'employeur vont se soumettre à un certain nombre d'obligations et exécuter le contrat de bonne foi.

2. Typologie des contrats

Le contrat constitue le reflet de l'engagement entre deux parties dans un objectif professionnel qui sous-entend l'échange d'une prestation contre une rémunération. Il peut être à durée déterminée comme indéterminée, viser un besoin de main d'œuvre ou encore s'inscrire dans une volonté de formation du salarié. L'entreprise va alors se projeter au regard de son activité future et de sa gestion prévisionnelle afin de décider de la typologie du contrat. Le recours au travail temporaire s'inscrit dans la même logique que le recours au CDD.

Il s'agit principalement :

- de contrats à durée indéterminée (CDI), qui sont des contrats de droit commun auxquels peuvent y mettre fin l'employeur comme le salarié au moyen d'un licenciement, d'une rupture conventionnelle ou encore d'un départ à retraite ou d'une démission. Le passage d'un employé d'un CDD à un CDI peut témoigner d'une certaine marque de confiance de la part de l'employeur et être rassurant pour l'employé.
- De contrats de travail à temps partiel, qui correspondent à « tout travail effectué dans une durée strictement inférieure à la durée légale du travail ou la durée conventionnelle du travail plein temps applicable à l'entreprise ou à l'établissement » (TAIEB, 2021).
- De contrats à durée déterminée (CDD), qui sont conclus afin de répondre à des situations temporaires et précises. Nous pouvons prendre à titre d'exemple, les CDD conclus dans l'optique de faciliter le retour à l'emploi d'un senior. Le Code du travail vient poser les principes du « CDD senior » en son article D.1242-2. D'autres motifs peuvent être employés afin de conclure un contrat à durée déterminée : le remplacement d'un salarié, l'accroissement temporaire d'activité, l'activité saisonnière, en raison de la nature de l'activité de l'entreprise, etc.

- De contrats de professionnalisation ou d'apprentissage, qui ont pour objet de former des salariés, souvent jeunes, en alliant formation théorique et formation pratique en entreprise. Le recours à ce type de contrat permet également aux entreprises de se faire financer la formation de ses salariés par le système de la formation alternée, ce qui peut déboucher à l'embauche en CDI de l'apprentie.
- De contrats spécifiquement destinés aux personnes en difficultés, tels que les contrats aidés. Il s'agit de contrats dont la signature s'accompagne d'aides que l'État ou le Conseil Général vont verser à l'employeur pour une durée qui varie.

Il peut s'agir des contrats aidés, qui ont d'ailleurs été remplacés, depuis 2018, par le Parcours Emploi Compétences (PEC). Son objectif est de permettre à des publics rencontrant des difficultés (sociaux, professionnels, particuliers) depuis un certain temps de retrouver un emploi. Des aides spécifiques sont alors versés à l'employeur. Quant à la personne accompagnée, elle perçoit une rémunération mais bénéficie également d'actions de formation. L'emploi PEC est un contrat de travail de droit privé pouvant prendre la forme d'un CDD ou d'un CDI et qui va permettre à la personne de bénéficier des mêmes conditions d'embauche que tout autre salarié.

L'employeur peut également recourir à l'intérim afin de combler ses besoins en recrutement. Il va s'agir de remplacer de manière provisoire un salarié qui soit : est passé provisoirement à temps partiel, est parti définitivement et dont le poste n'est pas supprimé, par suite d'un accroissement temporaire d'activité, ... La période d'essai en intérim sera plus courte que pour un contrat en CDD (au plus de cinq jours contre maximum un mois pour le CDD).

- En parallèle, nous avons les services civiques, qui ne constituent pas un emploi salarié ou d'agent public mais bien un engagement faisant l'objet d'un contrat assujetti au service national, et non au code du travail. On se place davantage dans une logique de collaboration avec la structure d'accueil que dans une logique de subordination comme le traditionnel contrat de travail l'implique.

II. APPROCHE CONCEPTUELLE DE L'ABSENTÉISME

1. L'absentéisme

Tout d'abord, nous pouvons partir de la définition du petit Larousse, qui définit au sens large l'absence comme « le fait pour quelqu'un de ne pas se rendre là où il est censé se rendre, et, en particulier, de ne pas aller à son travail ». Ainsi, on assimile l'absence au fait de ne pas être présent à un endroit donné à un instant T.

Les définitions de l'absentéisme sont nombreuses et varient en fonction du type d'absence. Nous en aborderons la typologie dans la prochaine sous-partie. Nous pouvons trouver des définitions englobant l'intégralité des types d'absence « dès lors qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail » (LETEURTRE, 1991). Cette définition apparaît encore généraliste en ce qu'elle englobe toujours les absences autorisées par l'employeur tels que les congés payés par exemple. C'est en ce sens que la définition suivante permet de nous en écarter et de se limiter à « l'absence d'une personne à un moment où elle devrait être sous la subordination de l'employeur » (GALLOIS, 2015).

Traditionnellement, la mesure de l'absentéisme se calcule en mettant en relation les heures d'absences pendant une période donnée avec les heures théoriques de travail pendant la même période. On obtient alors le calcul suivant :

$$\text{Taux d'absentéisme} = \frac{\text{heures d'absences pendant une période donnée}}{\text{heures théoriques de travail pendant la même période}} * 100$$

Nous pouvons pousser la réflexion en définissant la typologie des absences, ce qui nous permettra de nous focaliser sur les absences ayant le plus lourd impact pour la structure et sur lesquelles nous devons agir afin de les prévenir.

2. Typologie des absences justifiées

Traditionnellement, on distingue dans le monde du travail deux types d'absences : d'une part les absences justifiées par la survenance d'un évènement tels qu'une maladie ou encore un accident, et d'autre part les absences non justifiées correspondant à un désengagement du salarié.

Les absences justifiées salarié au travail sont motivées et légitimes dans le cadre :

- D'un arrêt maladie ;
- D'un congé enfant malade ;
- D'un congé autorisé tels que les congés payés (CP), les réductions du temps de travail (RTT), les congés sabbatiques, pour création d'entreprise, pour service national ou encore pour catastrophe naturelle...

Les absences injustifiées ne constituent pas une représentation du nombre total d'absences puisqu'il s'agit d'exceptions qui sont inexistantes en présence d'un climat professionnel et social adéquat.

3. Absences injustifiées et sanctions

Face à une absence injustifiée, il revient à l'employeur de prendre le temps d'analyser la situation et de procéder au recueil d'informations en interne et en externe. Il convient alors de vérifier qu'aucun arrêt de travail n'ait été reçu, ou encore, qu'aucun oubli de réponse à une demande de congés n'ait été opéré.

Si après vérification, l'absence du salarié demeure injustifiée et outrepassé le délai prévu par le règlement, contrat de travail ou convention collective, une mise en demeure de l'employeur doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception au salarié concerné. Cette mise en demeure précise la date de départ et la durée de l'absence, les délais impartis pour que l'absence soit justifiée et que l'absent reprenne son travail, et le fait que le salarié pourrait faire l'objet d'une sanction en cas de non-justification de cette absence.

Si aucune manifestation du salarié n'est opérée, l'employeur devra suivre la procédure disciplinaire et commencer par le convoquer à un entretien préalable. S'en suit la prononciation d'une sanction en fonction de la gravité des faits, il peut s'agir d'un avertissement, d'un blâme, d'une mise à pied disciplinaire voir d'un licenciement.

Notons que si l'employeur décide d'introduire un recours contentieux, il est dans l'obligation de justifier, au moment de la saisine, « des diligences entreprises en vue de parvenir à une résolution amiable du litige » (Légifrance, s.d.).

III. LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL POUR UN ACCOMPAGNEMENT DE QUALITÉ

Les professionnels du secteur médico-social travaillent au quotidien afin d'assurer le bien-être des personnes accueillies. Toutefois, cet objectif se doit d'être formalisé au travers d'une démarche, dites de qualité, afin de s'assurer de l'implication de l'ensemble des acteurs concernés. Travailler sur la qualité en EHPAD se veut bénéfique puisqu'elle va permettre de mieux répondre aux attentes et aux besoins des résidents, rassurer l'entourage sur l'accompagnement qui est pratiqué auprès de leurs proches, mais également donner du sens au travail des professionnels. C'est dans ce contexte que les notions de qualité de vie des résidents, qualité de vie au travail des professionnels et qualité des soins vont venir s'inscrire dans une démarche globale avec pour objectif de garantir la meilleure qualité de prise en charge possible.

1. . Définition

a. La qualité

C'est au XIXème siècle, marqué par la révolution industrielle, que le concept de qualité puise son origine. De nombreuses organisations du travail vont alors voir le jour et placer la standardisation des produits et le contrôle du travail des ouvriers au cœur des priorités. Il s'agit alors de faire usage du terme de « qualité » pour améliorer la productivité et la compétitivité des industries.

Toutefois, le terme de « qualité » comme on l'entend aujourd'hui voit le jour dans les années cinquante. Il n'est plus question de déceler les défaillances, mais d'agir dans le but de les prévenir. C'est dans cette dynamique qu'ont vues le jour les normes de l'ISO qui ont pour objectif de « définir les exigences, les spécifications, les lignes directrice ou les caractéristiques visant à s'assurer que les produits et services sont sûrs, fiables et de qualité » (TRANCHARD, 2016).

La qualité est bien souvent réduite à un certain nombre de normes ou encore de référentiels alors qu'elle recouvre davantage d'éléments. Selon l'AFNOR, la qualité constitue « l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites ». Toutefois, cette définition apparaît comme peu adaptée au secteur médico-social et au fonctionnement des EHPAD. Nous pouvons donc nous référer à l'article L311-3 du Code de l'action sociale et des familles afin de recentrer cette définition autour de nos pratiques. D'après cette loi, la qualité se définit essentiellement par la garantie

des droits et libertés individuels des usagers dont l'effectivité sera vérifiée par la mise en place d'outils au sein des structures. Bien que cette approche apparaisse plus adaptée aux enjeux de notre secteur, elle reste parcellaire et limitée aux droits et libertés des résidents.

Par ailleurs, l'OMS définit la qualité comme étant « la délivrance à chaque patient de l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moins risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (Organisation Mondiale de la Santé).

La qualité, c'est être conforme aux attentes. Les attentes seront différentes chez les usagers, familles, professionnels et directions. Ainsi, lorsqu'on parle de qualité en EHPAD, nous devons nous interroger sur l'ensemble des notions qui se superposent en sa faveur. Ici, notre étude se consacrera principalement à la qualité de vie au travail du personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

b. La qualité de vie au travail dans le secteur sanitaire, social et médico-social

La thématique de la qualité de vie au travail est un sujet qui ne laisse aucun professionnel indifférent. Chaque professionnel cherche à donner un sens à leur vie et donc du sens à leur travail. Cette volonté s'est d'autant plus prononcée à la suite de l'épidémie du Covid-19 qui a suscité de nombreux questionnements professionnels. Et lorsqu'on souhaite trouver du sens à notre travail, on doit s'épanouir professionnellement. C'est là que la notion de « qualité de vie au travail » entre en jeu.

Selon le Ministère des solidarités et de la santé, « La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé » (Ministère des solidarités et de la santé, 2019). Toutefois, le secteur médico-social et social est réputé pour son développement en termes de démarches qualité moins approfondi que dans le secteur de la santé. En effet, leur développement reste hétérogène en fonction des structures et certaines viennent même les considérer comme « inadaptées au travail avec « l'humain » ». Pourtant, la démarche qualité pourrait constituer un champ d'action permettant de croiser les champs du social et de la santé et d'inciter aux partenariats pluri professionnels. Les démarches qualité sont doublement plus hétérogènes que la conception de la « bonne qualité » reste subjective. En effet, « le bien des uns n'est pas celui des autres et les définitions du « bon soin » en santé, ou

d'un « bon accompagnement » dans le secteur social, sont loin de faire l'unanimité » (MISPELBLOM BEYER, 2018).

De nombreuses actions sont menées par les pouvoirs publics mais aussi par la commission nationale pour la qualité de vie au travail afin de favoriser le renforcement des démarches de qualité de vie au travail dans tous les établissements du secteur médico-social. C'est alors qu'en 2018, une convention entre la DGOS et l'Anact a été signée afin de mettre en place un observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels. Ainsi, il aura pour mission de « produire des connaissances et des recommandations [...] en recueillant les enquêtes réalisées sur le terrain ainsi que les innovations technologiques pouvant améliorer la qualité de vie au travail » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

S'il n'existe pas de réelle définition de la QVT, l'Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013 nous propose une classification des champs de la QVT en cinq dimensions : les conditions de travail, les relations, les possibilités de réalisation et de formation, le respect de l'égalité professionnelle et de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Ainsi, dans cette perspective, « la conception de la santé ne peut se limiter à l'absence de maladie ; elle intègre nécessairement les possibilités de sa construction » (Réseau Anact - Aract).

Par ailleurs, le réseau Aract, a publié en collaboration avec l'Union du fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale un livret dédié à la mise en place d'une démarche « qualité de vie au travail » dans le secteur sanitaire et social. Dans ce livret figure notamment l'infographie des principaux champs d'action de la QVT, visible en annexe.

Ainsi, les principaux champs d'actions consacrés sont :

- La santé au travail,
- L'égalité des chances,
- Les relations de travail et le climat social,
- Le contenu du travail,
- Le partage et la création de valeur,
- L'employabilité et le développement professionnel.

Notons par ailleurs que la prévention des risques et la façon dont les acteurs du secteur l'orientent a changé au fil des années. Nous sommes passés d'une vision « centrée sur la sécurité et les risques physiques », notamment avec la prévention des TMS, à « une approche centrée sur les conditions de travail et la santé au travail plus systémique » (Entreprise & santé, 2022). C'est

dans cette optique que le réseau Anact et Aract publient régulièrement des méthodes et des outils à destination des structures afin de les aider à résoudre les problèmes et à dégager des transformations effectives des situations de travail. Ces transformations auront un retentissement sur l'attractivité, la fidélisation mais également sur l'implication du personnel.

2. Attractivité, fidélisation, et implication du personnel

Il est important pour toute structure de veiller à ce que l'image qu'elle véhicule soit attractive, cela étant directement lié à sa capacité à fidéliser ses employés. En effet, le développement de l'attractivité d'un établissement tel qu'un EHPAD, passera d'abord par la fidélisation du personnel titulaire en l'impliquant dans le fonctionnement global de la structure. Ainsi, est considérée comme fidèle, un employé « en mesure de contribuer à la performance tout en ayant une faible propension à rechercher un travail en dehors de l'organisation » (PETIT & ZARDET, 2017).

Nous pouvons évoquer le modèle Buurtzorg qui consiste en la mise en place d'équipes autonomes d'infirmiers ou d'auxiliaires de vie dans le monde de l'aide à domicile. Ce modèle constitue une réelle innovation organisationnelle qui permet d'impliquer en confiant de nouvelles responsabilités aux intervenants. Les services d'aide à domicile l'ayant expérimenté ont constaté une baisse de la fatigue, des déplacements et pertes d'information moins nombreux, plus de réactivité chez leurs collaborateurs, et, pour finir, une baisse de l'absentéisme. Le modèle Buurtzorg a bouleversé le monde de l'aide à domicile et se veut être un modèle coopératif dans lequel on prend soin des employés, qui, à leur tour, prendront soin des usagers.

Cette nécessaire fidélisation et volonté d'attirer sont d'autant plus importantes que nous vivons à une époque où l'individu ne passe pas l'ensemble de sa vie professionnelle au sein d'une seule et même entreprise. Toutefois, la capacité d'une structure à attirer de nouveaux collaborateurs ne dépend pas que de l'image et de la notoriété qu'elle véhicule. En effet, « selon une approche marketing, l'attractivité se définit comme un ensemble de bénéfices possibles qu'un employé potentiel associe au fait de travailler dans une organisation spécifique » (PETIT & ZARDET, 2017). Il peut donc s'agir de diverses caractéristiques telles que le salaire, les horaires, les conditions de travail, ... Mais également de critères organisationnels, du coût de la vie, ou encore des nombreuses variables propres à chaque individu.

En ce qui concerne le concept de fidélité, il apparaît complexe de le mesurer puisqu'il ne se réduit pas au simple calcul du turnover. Ainsi, de nombreuses recherches se sont intéressées à l'intention de départ et à sa motivation au lieu de se focaliser sur les comportements. Plus les recherches sur cette problématique se multipliaient et plus les critères d'évaluation de la fidélisation apparaissaient proches de ceux de l'attractivité. Ainsi, « les deux concepts de fidélisation et d'attractivité ne peuvent finalement s'étudier séparément et des travaux récents illustrent bien l'idée que le levier principal commun semble être l'implication de l'homme au travail » (PETIT & ZARDET, 2017).

3. Les indicateurs de la Santé et Qualité de Vie au Travail.

Nous constatons dans les structures le recours croissant aux indicateurs chiffrés afin de suivre, mesurer, améliorer ou encore évaluer la santé et la qualité de vie au travail. Ces indicateurs constituent de réels vecteurs d'amélioration des pratiques et de prévention. Cependant, l'efficacité de ces indicateurs est intimement liée à la manière de les construire, d'en débattre et de les interpréter lors de réunions pluridisciplinaires. C'est dans ce contexte que l'Anact et l'Aract ont publié un guide des indicateurs de la SQVT. L'objectif étant de « mieux comprendre certaines réalités en les objectivant par la mesure et ainsi mieux décider et piloter » (Réseau Anact - Aract).

Traditionnellement, les structures font usage d'indicateurs de SQVT lorsqu'elle souhaite disposer d'un outil de veille et de suivi ou pour faire un diagnostic et traiter une problématique. Toutefois, il n'est pas nécessaire de couvrir l'ensemble des domaines de la SQVT. Il est plus judicieux d'adapter les indicateurs retenus en fonction du contexte et des objectifs poursuivis. Pour cela, il est indispensable d'introduire dans le processus l'ensemble des parties prenantes et « les indicateurs seront d'autant plus pertinents et légitimes qu'une pluralité d'acteurs aura été associée à leur construction : les acteurs de la prévention, des ressources humaines, de la direction, des représentants du personnel, de l'encadrement » (Réseau Anact - Aract).

Afin d'évaluer la qualité de vie au travail, les établissements médico-sociaux ont la possibilité de faire usage de données existantes comme le taux d'absentéisme par exemple. Mais ils peuvent également en créer au travers d'enquêtes sociales, de bilans expérimentaux ou encore de diagnostic de l'existant. Les enjeux de la qualité de vie doivent englober la réalité objective mais également la manière dont la perçoivent les employés.

Les facteurs-leviers au sein d'une structure sont nombreux. Nous pouvons, à titre d'exemples, citer les thématiques suivantes : sens et valeur au travail, rapports humains et coopération, conditions de travail, gestion du temps et charge de travail, qualité managériale, accompagnement aux changements, ...

Par ailleurs, selon la publication des « 10 questions sur la qualité de vie au travail » de l'Anact en 2014, nous pouvons classer les indicateurs de la qualité de vie au travail en trois catégories :

- « Les indicateurs de perception,
- les indicateurs de fonctionnement,
- les indicateurs de santé au travail » (Anact, 2014).

Nous pouvons par ailleurs effectuer un brainstorming comme ci-dessous afin de nommer quelques indicateurs à titre d'exemple :



Figure 1 : brainstorming sur les indicateurs de la qualité de vie au travail.

Ces indicateurs vont jouer un rôle essentiel dans la prévention des risques et maladies professionnelle et vont permettre de créer une dynamique de coopération et contribuer à la mise en place d'un environnement de travail sain pour l'ensemble de l'équipe.

**PARTIE 2 : AGIR, MALGRÉ LES DIFFICULTÉS, AU PROFIT
DU BIEN-ÊTRE DU RÉSIDENT**

I. Les difficultés de recrutement rencontrées par les établissements médico-sociaux

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) dont les enjeux ont été pris en compte bien trop tardivement par les pouvoirs publics ont longtemps été épargnés par les politiques de réduction des dépenses publiques. En effet, ces établissements « connaissent depuis 2008 une moindre hausse de leur financement, conjuguée à une modification de leurs modes d'attribution » (TCHERNOGOG & VERCAMER, 2012). A cela s'ajoute d'inquiétantes difficultés au regard de l'attractivité du secteur qui se conjugue à un environnement complexe et instable.

La pratique gérontologique trouve son fondement dans la volonté de permettre au plus grand nombre de personnes, qu'elles soient autonomes ou dont les capacités s'altèrent, de vivre dans la meilleure qualité possible. Bien vieillir implique de prendre en considération l'individu en lui-même, la société qui l'entoure ainsi que les pouvoirs publics qui vont jouer un rôle primordial, notamment, en matière de prévention des risques.

La connaissance de l'individu en lui-même constituera la clé d'une bonne prise en charge puisque « chaque personne est caractérisée par une alchimie complexe, qui mêle harmonieusement le génome et l'environnement » (AQUINO, 2012).

C'est d'ailleurs dans cette dynamique que le rapport Laroque de 1962 est venu intégrer pour la première fois les personnes âgées dans les politiques publiques.

Cette volonté s'est inscrite dans un contexte d'évolution de la société dans laquelle les enfants et les parents ne vivent plus ensemble comme auparavant. Il revient alors à s'intéresser aux caractéristiques de la société dans laquelle se trouvent et se trouveront les personnes âgées et se poser la question « comment l'individu avançant en âge pourrait-il trouver les ancrages nécessaires pour bien vieillir ? » (AQUINO, 2012).

Les pouvoirs publics vont alors jouer un rôle majeur dans l'élaboration de plan concernant directement ou non la pratique gérontologique. Plusieurs dispositifs s'articulent autour de la politique en faveur des personnes âgées dépendantes en France. Si notre système de santé revêt une dimension universelle, il n'en reste pas moins qu'il emprunte au système assurantiel certaines caractéristiques, bien que l'objectif reste de trouver une concordance entre besoins et dispositifs mis en place pour soulager les proches aidants.

La généralisation de ce qu'on entend dans les médias

Les médias sont aujourd'hui un des lieux privilégiés d'où l'on peut le mieux observer et comprendre le monde dans lequel nous vivons.

De nombreuses perspectives permettent d'étudier la relation entre les médias et la société. Considérer l'existence de ce lien entre la société et les médias revient à affirmer que la société influence l'évolution des médias et que l'évolution des médias, à son tour, agit sur l'évolution de nos sociétés.

En effet, certaines études sur les formes contemporaines de communication soulèvent une tendance qui serait dominante aujourd'hui : « la dissolution du symbolique dans l'imaginaire artificiel de la consommation des médias » (LALLI, 2005).

Si l'on adopte une réflexion fonctionnaliste, il apparaît évident que la pensée collective et sociale devient autonome et suit les règles propres à chaque individu. Les individus s'y reconnaissent, se catégorisent et définissent des espaces collectifs afin d'éviter la marginalisation ou encore exclusion. Il n'en reste pas moins que « les sujets sociaux ne sont que de simples cibles passives d'information et d'influence ». En effet, nul ne peut empêcher quelqu'un de chercher dans les sources d'information une forme d'ancrage, qui peut apparaître significatif pour l'individu ou le groupe auquel il appartient.

Ainsi, « la pensée institutionnelle n'est pas la seule source d'influence pour l'élaboration d'une représentation. Il y a aussi l'influence moléculaire des individus se réunissant dans le contexte d'expériences quotidiennes » (LALLI, 2005). La constitution de groupe et de relation réciproque aide les individus à appréhender la complexité des événements et informations.

De plus, nous vivons aujourd'hui dans une société où une diversité de sources d'informations se mélangent : informations scientifiques, médiatiques ou encore bavardages quotidiens s'entrelacent et rendent les situations de conflits et de consensus multiples.

C'est alors que « les débats possibles sont de plus en plus diversifiés alors que nous pouvons de moins en moins avoir un recours stable à une tradition établie ou aux valeurs fermées des idéologies » (LALLI, 2005).

L'EHPAD-bashing, le tableau effrayant de la vie en EHPAD

Alors que l'EHPAD se veut être un lieu d'accueil jusqu'à la fin de vie, ce qui est une courageuse vocation, il constitue une source d'appréhension voire une peur de s'y trouver un jour. Les personnes âgées font de nos jours l'objet d'un rejet de la société. Jamais pourtant notre société ne s'est autant composé d'adultes âgés.

Les médias ainsi que notre société contribuent à ce que l'angoisse de la mort s'amplifie et à ce de fausses représentations s'ancrent dans la perception sociétale à l'égard du grand âge. C'est dans ce contexte que le phénomène d'« Ehpads bashing » pointe les dysfonctionnements des établissements médico-sociaux, qui sont certes des réalités mais pas des généralités.

Cet acharnement peut être lié à la peur de chacun de vieillir ou encore d'être dépendant d'autrui. Ces appréhensions sont compréhensibles mais faire le procès des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendants apparaît comme infondé. Au cours de mes recherches, j'ai trouvé des articles de presse assez provocants au sujet des pratiques en EHPAD. A titre d'exemple, vous trouverez en annexe deux extraits d'articles provenant des journaux « Le Monde » et « Paris Match » (Cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.****Erreur ! Source du renvoi introuvable.**)

L'article « Le Monde » déplore une communication tardive du nombre de morts du coronavirus et un manque d'information quant à l'état de santé des résidents de la part des établissements. Il revient effectivement à la structure d'informer régulièrement les familles de l'état de santé des résidents. Toutefois, l'épidémie a entraîné une dégradation très rapide de certaines personnes âgées si bien que les EHPAD se sont retrouvés face à des décès imminents sans même pouvoir l'expliquer. De plus, l'article illustre une citation provocante, je cite : « J'ai à peine eu le temps de reprendre mon souffle qu'elle a enchaîné sur les pompes funèbres ».

Ce sont ce genre de propos qui mettent à mal l'image des établissements et qui vont probablement influencer l'imaginaire collectif. Alors que lorsqu'on est sur le terrain, nous avons connaissance des protocoles d'exécution en cas de décès en situation épidémique, l'objectif est d'éviter toute propagation du virus. C'est pourquoi nous avons connu des épisodes durant lesquels les familles endeuillées n'avaient même pas le temps de se recueillir auprès de leurs proches défunts. Toutefois, un point de vue extérieur ne permet pas forcément de faire la part des choses et les émotions peuvent parfois prendre le dessus sur la rationalité.

D'autres articles de presse viennent mettre l'accent sur l'aspect spéculatif que peuvent revêtir les établissements d'hébergement pour personnes âgées. C'est le cas de l'« Obs » qui titre « Plongée dans le business des EHPAD, un secteur obsédé par la rentabilité ». Face à ce titre, l'aspect spéculatif passe avant l'humain. Ainsi « le bien-être des résidents vulnérables n'est pas la principale préoccupation » (LACOMBE, 2019) selon cet article. L'opinion publique va alors se réapproprié l'information divulguée et aura tendance à en faire une généralisation.

Nous pouvons prendre un exemple d'autant plus récent : l'ouvrage « les fossoyeurs » de Monsieur Victor Castanet, qui, n'a pas l'intention de, je cite, « faire de « l'EHPAD-bashing » ni de mettre en cause l'ensemble d'un secteur », mais qui n'en a pas vraiment fait bonne presse.

Les difficultés de recrutement rencontrées par les établissements médico-sociaux

Si les difficultés de recrutement dans les ESMSS ne sont pas nouvelles, elles sont accentuées avec la crise sanitaire qui a contribué à mettre en tension les établissements de santé et a amplifié les problèmes de recrutement.

Une enquête réalisée par l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS) a identifié les principales causes des difficultés de recrutement de 450 établissements et services en établissements et services pour personnes âgées par type de poste. Ainsi, il en est ressorti que pour les agents de santé hospitalier, les difficultés de recrutement sont pour 32% des répondants liés au manque crucial de candidatures, 30% estiment qu'elles s'expliquent par la faiblesse du salaire (DERVIEU, FRADIN, & VALLEIX, 2019). D'autres expliquent les difficultés de recrutement par les horaires difficiles (25%), le travail peu intéressant ou le manque de motivation (22%).

En ce qui concerne le personnel paramédical, les difficultés de recrutement sont liées aux salaires non compétitifs par rapport au libéral pour 45% des interrogés, et par un manque crucial de candidats pour 30%.

Un manque de personnel qui a des conséquences sur la qualité de soins

Le manque de personnel a des conséquences criantes sur l'accompagnement des personnes. En effet, l'enquête de l'UNIOPSS (DERVIEU, FRADIN, & VALLEIX, 2019) a permis de faire ressortir que 88,7% des répondants font état d'une diminution de la qualité de l'accompagnement. Ainsi, 32% des interrogés ont constaté une baisse de la qualité relationnelle auprès des personnes accompagnées puisque le temps de présence se voit diminué.

Vient ensuite l'épuisement, la fatigue, le stress et la surcharge des professionnels qui peuvent mener à la démotivation (20%). Sont également soulevées comme conséquences du manque de personnel la baisse de la qualité des soins, l'insécurité, l'agitation des résidents (17%), la réduction des toilettes (14%) ou encore la suppression des activités de loisirs (13%). Cette enquête m'est apparu intéressante dans la mesure où une retranscription des paroles de directeurs d'établissements médico-sociaux a été effectuée et pour l'un d'entre eux « il y a urgence ! », « nos établissements sont à bout de souffle » mais pour un autre « malgré les difficultés, tous et toutes travaillent, main dans la main pour maintenir une qualité de vie et de prise en charge » (DERVIEU, FRADIN, & VALLEIX, 2019).

II. Assurer le bien-être du résident, intérêt commun au personnel soignant et encadrant

1. UN NOUVEAU MODÈLE INSTITUTIONNEL EN RÉPONSE À DE NOUVEAUX BESOINS

L'évolution constante des besoins et des attentes des résidents mais aussi de l'entourage familial poussent les dirigeants de structures médico-sociale à réinventer l'établissement d'hébergement pour personnes âgées. Il s'agit d'une nécessité non seulement économique mais aussi stratégique au regard du contexte démographique dans lequel nous nous trouvons.

De plus, la crise sanitaire que nous traversons met en lumière l'importance du maintien du lien social et ne fait que nourrir la volonté de repenser l'organisation de nos établissements. De nombreuses expérimentations sont menées sur les territoires, à tel point que nous pouvons désormais considérer l'EHPAD comme une réelle « plateforme d'expertise gérontologique » bien plus qu'un simple établissement d'hébergement. Repenser les établissements dans

l'optique d'être toujours mieux adaptés aux usagers impliquent l'étude de leurs profils ainsi que de leurs attentes.

Nous avons étudié précédemment la thématique de la qualité de vie au travail qui est directement lié à la notion de turnover. Il apparaît évident que les difficultés de recrutement sont intimement liées à la mise en péril des conditions de travail, qui elles-mêmes vont avoir un impact sur la qualité de la prise en charge. Les managers font donc face à un double enjeu : attirer et fidéliser leurs employés afin d'améliorer la qualité de vie au travail mais aussi apporter de la nouveauté à des besoins en perpétuelle évolution.

2. Des besoins nouveaux en réponse à des changements structurels

Le vieillissement démographique en pleine accélération

Apparue lors d'un contexte culturel et politique particulier en France (de la fin du XIX^{ème} siècle à la Seconde Guerre mondiale), la notion de vieillissement démographique s'est caractérisée par une angoisse sur l'avenir des Français. La perception du vieillissement a alors été fortement marquée négativement et cette angoisse s'est vue retranscrite dans les écrits. C'est le cas de Simone de Beauvoir qui écrivait dans un essai en 1970 : « par la manière dont la société se comporte avec ses vieillards, elle dévoile sans équivoque la vérité [...] de ses principes et de ses fins » (DE BEAUVOIR, 1970). Ainsi, l'auteure nous décrit l'angoisse qu'elle éprouve au regard de l'évolution de la société et de sa perception de la vieillesse et pose la question « que devrait être une société pour que dans sa vieillesse un homme demeure un homme ? ». Rappelons-nous par ailleurs que ça n'est qu'en 1975 que disparaîtront les hospices au profit des maisons de retraites.

Les tendances démographiques actuelles font état d'un vieillissement important de la population combinée à un taux de dépendance en forte hausse. Il s'agit d'une conséquence directe de l'arrivée aux âges élevés des générations du baby-boom mais également d'un allongement de l'espérance de vie.

Ainsi, l'INED a publié une enquête le 15 septembre 2021 analysant les données d'une quarantaine de pays « à longévité élevée » (Institut National d'Etudes Démographiques, 2021). Est alors posé le constat que « sur l'ensemble des 40 pays étudiés, les personnes âgées de 65 ans et plus sont près de 4 fois plus nombreuses en 2020 qu'en 1950, passant de 54 millions à

222 millions » (Institut National d'Etudes Démographiques , 2021). C'est dans cet esprit que l'expression « croissance grise » (RENAUD & FRANCO, 2013) désignant le vieillissement des populations dans le monde prend tout son sens. Ce phénomène n'est pas près de perdre son souffle puisqu'il devrait se « poursuivre dans ces 40 pays » et qu'on « compterait en 2050 près de 324 millions de personnes âgées (65 ans et plus) » contre 222 millions aujourd'hui comme le montre le graphique suivant :

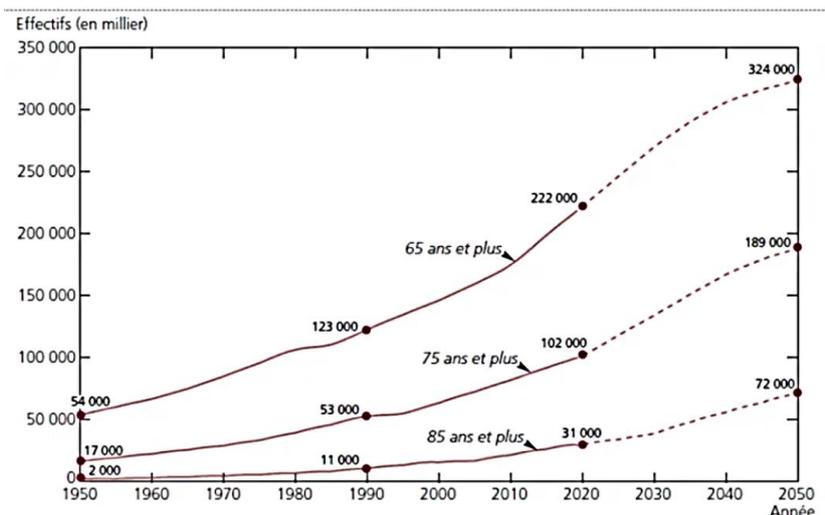


Figure 2 : évolution du nombre de personnes de 65 ans et plus, 75 ans et plus et 85 ans et plus de 1950 à 2050 dans les 40 pays développés.

Source : Institut national des études démographiques (INED), communiqué du 16/09/2021.

Ainsi, les Français vieillissent bel et bien mais l'avancée en âgée est encore devant nous. Il n'en reste pas moins que la France « fait face à une double exigence : affronter la réalité démographique de la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes, qui outre un effort financier nécessite de faire évoluer le regard sur le grand âge, mais également faire évoluer l'offre proposée, le modèle actuel semblant à bout de souffle » (LIBAULT, 2019).

Une entrée en institution de plus en plus tardive

Ce contexte démographique s'accompagne d'une arrivée en institution à des âges de plus en plus élevés et donc à des besoins de soins plus importants. La question des modèles et idéaux sociétaux du vieillir joue un rôle prépondérant dans l'analyse des facteurs déterminants de l'entrée en EHPAD. Ainsi, « vieillir est la rencontre entre la manière dont la vieillesse est vécue par chacun et de la manière dont elle est socialement représentée » (ROLLAND-DUBREUIL, 2003/4 (n°52)).

Figure également parmi les facteurs déterminants la question des relations de soutien dit « informel » à savoir la présence de proches aidants ou non. De nombreuses études s'accordent sur l'inscription de l'engagement d'un ou de plusieurs proches dans un contexte familial et dans une certaine vision de la famille qui rendrait ainsi « naturelle » l'aide apporté à la personne vieillissante. Le vieillissement constitue ainsi une « trajectoire commune dans laquelle les orientations prises à différentes étapes de la vie ont abouti à rendre naturel cet engagement » (MANTOVOANI, ROLLAND, & ANDRIEU, 2008).

Pourtant, l'entrée en institution constitue un bouleversement qui n'est évident ni pour la personne âgée ni pour le(s) proche(s) aidant(s) bien qu'elle soit souvent à l'origine d'une concertation familiale. Ainsi, « pour les familles, épuisées par la dépendance de leur parent, il s'agit souvent de la solution du dernier recours » (BADEY-RODRIGUEZ, 2005/1 (vol. 28 / n°112)). Mais il faut garder à l'esprit que l'entrée en institution peut constituer une opportunité de remanier les relations familiales. En effet, la dynamique familiale peut se voir favorisée par un accompagnement du résident et de sa famille par le personnel, démarche qui n'aurait certainement pas vu le jour à domicile.

La décision de placer ses parents en EHPAD peut constituer une souffrance pour le résident mais aussi pour : « des enfants, qui ont le sentiment d'avoir beaucoup reçu de leurs parents, (et qui) aimeraient pouvoir leur rendre et se sentent coupables de ne pouvoir le faire » (BADEY-RODRIGUEZ, 2005/1 (vol. 28 / n°112)).

J'ai mené à l'occasion de mon Mémoire de Master 1 une enquête qui m'a permis de recueillir des données intéressantes au regard du sentiment dominant ressenti par les proches ayant pris la décision de placer un proche en EHPAD.

La question posée était : « Comment avez-vous vécu cette prise de décision et quel a été le sentiment dominant », j'ai élaboré ce graphique à partir des réponses que j'ai obtenues :

Question n°8 : Comment avez-vous vécu cette prise de décision et quel a été le sentiment dominant ?

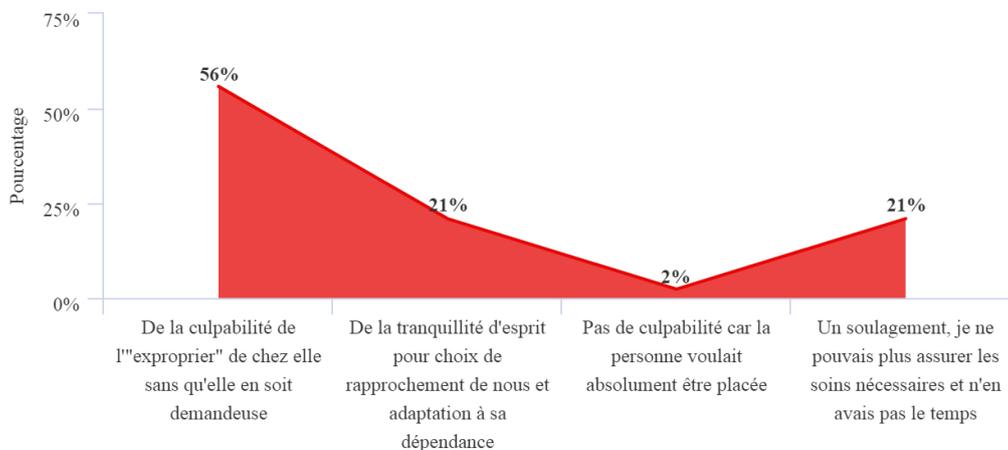


Figure 3 : étude sur la vision sociétale des EHPAD menée à l'occasion du mémoire de Master I

Il en est donc ressorti que 56% des personnes ayant eu à placer un proche en EHPAD (21% de mon échantillon total soit 43 interrogés) ont ressenti de la culpabilité d'« exproprier » de chez elle la personne sans qu'elle en soit demandeuse (TRUANT, 2021).

Il n'en reste pas moins qu'une tranquillité d'esprit et un soulagement est régulièrement éprouvé par les proches. Alors qu'auparavant la prise en charge des personnes vieillissantes s'effectuait à domicile et par la sphère familiale, on constate un recours de plus en plus fréquent au placement en institution pour des raisons de sécurité, de tranquillité d'esprit et par manque de temps.

La volonté de vieillir à son domicile

La volonté des personnes âgées de vieillir à domicile n'est pas nouvelle. En effet, il n'est facile pour personne de vieillir et ce, quel que soit le type de société comme le rappelle Silone de Beauvoir « beaucoup de sociétés respectent les gens âgés tant qu'ils sont encore lucides et robustes, mais se débarrassent d'eux quand ils deviennent décrépits et gâteux ». Le rapport Laroque de 1962 illustre bien la question du maintien à domicile comme déterminant de la politique publique à conduire dans les années à venir mais il pose surtout la question de la place du vieillissement dans notre société contemporaine. Ainsi, « poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain » (DROUARD, 2000). La question du maintien à domicile constitue donc un enjeu de santé publique mais également un enjeu éthique puisqu'il s'agit de le développer « afin que les personnes âgées ne soient pas comme chassées de leur propre vie avant le jour de leur mort »

(MITTERAND, 1982). Ainsi, on pourrait considérer que dans notre société actuelle, le fait d'avoir un domicile est synonyme d'inclusion sociale. Comme le dirait Bernard Ennuyer « si on a un domicile, on a encore une place dans la société » (ENNUYER, 2014).

Renoncer au maintien à domicile au nom de sa sécurité constitue une souffrance pour la personne âgée et un renoncement à son identité sociale et individuelle mais également à son indépendance. En effet, cette identité va venir se dissoudre dans une identité collective, d'usager, de pensionnaire d'établissement ou encore de résident. Ainsi, l'entrée en établissement est « l'abandon d'une part essentielle de sa souveraineté personnelle et de son identité sociale, de son identité aux yeux des autres et finalement de son identité psychique ». C'est peu dire du traumatisme que l'entrée en institution peut constituer pour une personne âgée avec un chargement de ses habitudes de vie mais aussi de ses habitudes familiales.

Par ailleurs, l'aspiration au « vieillir chez soi » des personnes âgées trouve en partie son origine dans les politiques actuelles largement orientées vers le maintien à domicile. Cette volonté de promouvoir le maintien à domicile est rendu possible par l'implication croissante des relations informelles et des familles qui se mobilisent dans le soutien de leurs proches les plus âgés.

3. La nécessité d'apporter des réponses à des besoins nouveaux

La rénovation de l'action sociale et médico-sociale

Si « de nombreuses incertitudes demeurent sur l'évolution future de la dépendance, les projections s'accordent toutes en considérant «la prise en charge de la dépendance liée au vieillissement comme un enjeu majeur pour les politiques publiques » (LE BIHAN-YOUIYOU, 2013). L'avancée en âge implique des ajustements en termes de système de retraite au regard des nouveaux besoins de prise en charge de la dépendance.

Le XXI^{ème} siècle a été marqué par la volonté de garantir le droit des usagers. Dans le secteur sanitaire, cela s'est traduit par la loi Kouchner qui a été promulguée le 4 mars 2002. Elle énonce les droits des malades et définit les critères de qualité du système de santé. En ce qui concerne le secteur médico-social, c'est la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui est le garant des droits fondamentaux des usagers des établissements médico-sociaux. Elle vient poser sept principes fondamentaux que sont :

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité
- Le libre choix entre domicile et établissement
- L'accompagnement individualisé de qualité respectant le consentement
- La confidentialité des données
- L'accès à l'information
- L'information sur les droits fondamentaux et les voies de recours
- La participation directe au projet d'accompagnement

En décembre 2015 est promulguée la loi d'adaptation de la société au vieillissement avec pour ambition l'adaptation globale de la société au vieillissement. L'objectif est de mobiliser l'ensemble des politiques publiques telles que celles du logement ou encore de l'aménagement urbain. Si elle est plutôt destinée à prévenir la perte d'autonomie et à adapter les conditions de vie au domicile, elle a toutefois introduit plusieurs modifications dans le fonctionnement des EHPAD.

Adapter la société au vieillissement pour une meilleure intégration ?

La loi de 2015 précitée montre bien la volonté de redorer l'image que se fait la société du vieillissement en rendant plus accessibles les espaces urbains car « la mobilité quotidienne des personnes âgées dépend de la qualité de l'espace public proche du domicile des personnes âgées » (VIRIOT-DURANDAL & PHET, 2012). En effet, de nombreuses personnes âgées se trouvent en milieux qualifiés d'inadaptés à leur niveau de dépendance puisque la composition de l'espace exclut les personnes à mobilité réduite. C'est alors que « pour une personne âgée, cette rupture va se matérialiser par sa perte d'autonomie et va limiter sa participation sociale » alors même que « pour les personnes âgées au seuil de la dépendance, exprimer sa mobilité quotidienne traduit un vieillissement réussi » (VIRIOT-DURANDAL & PHET, 2012).

Humanité et rôle des pouvoirs publics

La recherche de la qualité dans l'accompagnement des publics vulnérables constitue un sujet de réflexion depuis de nombreuses années. Si l'on part d'un contexte purement historique, le fait de prendre soin d'autrui était souvent associé à la fonction de l'infirmière. Dévouées auprès des malades et des plus vulnérables, les infirmières et plus généralement les soignantes étaient des religieuses, ce qui explique la « féminisation » du *care*.

On peut d'ailleurs constater de nos jours, dans le contexte de difficultés de recrutement que nous connaissons, que la notion de *care* s'affaiblit. Il n'est pas rare d'entendre dans les organisations que les soignants ne disposent pas d'autant de temps qu'ils aimeraient en avoir dans la dispense des soins, cela d'autant plus qu'ils deviennent de plus en plus techniques. C'est pourquoi de nouvelles approches destinées à améliorer les pratiques et à modifier les postures ont vues le jour et se veulent promotrices de l'humanisation des pratiques.

Ainsi, l'éthique du *care*, ou dites de la sollicitude entend placer nos choix et nos actions quotidiennes au cœur de la réflexion dans notre société qui serait qualifiée de « société de soin » (GUINCHARD & PETIT, 2011). Francesca Cancian, théoricienne de l'éthique du *care* définit le « care » comme « une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face-à-face » (CANCIAN & OLIKER, 2000).

Si le *care* est souvent associé à une image de « maternalisme », prendre soin de l'utilisateur ne veut pas dire laisser le sujet passif. En effet, « prendre soin ne se résume pas à donner, mais cherche à solliciter la participation, le choix, et finalement l'action d'autrui » (ZIELINSKI, 2010/12 (Tome 413)).

Analyser les besoins pour pouvoir proposer des réponses adaptées

L'objectif de la prise en charge de tout établissement médico-social réside en l'identification des besoins insatisfaits des résidents et de leur apporter une solution, une compensation. Ces besoins insatisfaits peuvent mener à la frustration, à l'inconfort voir même à la dépendance. C'est pourquoi, l'idéal serait de hiérarchiser la totalité des besoins de chaque résident afin d'en proposer une meilleure adaptation des pratiques. Le besoin est à distinguer de l'attente qui correspond à un désir, un souhait de ce qui pourrait arriver et qui pourrait entraîner satisfaction, confort et bien-être.

De nombreux théoriciens se sont appliqués à élaborer des modèles de hiérarchisation des besoins. En ce qui concerne la qualité des prestations en EHPAD, la pyramide de Maslow (1962) constitue une représentation pertinente (Cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

Maslow est un psychologue américain qui a développé un modèle prenant en compte la volonté de chaque être humain à se réaliser et à progresser. Sa théorie se matérialise par une pyramide dite de Maslow visible en annexe 1.

Ainsi, [la pyramide de Maslow](#) consiste à répertorier cinq types de besoins des plus fondamentaux aux plus accessoires. Il faut satisfaire les besoins inférieurs avant de pouvoir satisfaire les besoins supérieurs. Toutefois ce modèle reste discutable et est rejeté par un certain nombre de théoriciens car un besoin peut exister mais ne pas s'exprimer et il ne prend pas en compte l'environnement psychosocial de l'individu.

La pyramide de Maslow est d'ailleurs transposable aux besoins des salariés. De nos jours, les salariés dont les attentes en termes de besoins physiologiques ne seraient pas satisfaites feront des choix en fonction du salaire et du bien-être. C'est alors aux personnes chargées de la gestion des ressources humaines qui doivent s'assurer que les besoins physiologiques sont satisfaits afin de pouvoir monter en échelon. Des théories se sont intéressées à la mise en lien de cette pyramide avec le concept d'engagement du salarié.

Cette mise en relation de la théorie des besoins de Maslow avec l'engagement des salariés assimile les besoins physiologiques à de la « survie ». C'est dans cette optique que la satisfaction de besoins croissants mène à la sécurité, au sentiment d'appartenance, à l'importance et enfin à l'accomplissement de soi-même.

C'est dans ce contexte que j'ai décidé de mener une étude au sujet du turnover et des conséquences sur la qualité de vie au travail du personnel travaillant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Dans cette mesure, nous nous intéresserons également nous intéresser à la manière dont un manager peut mener une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail dans son établissement.

**PARTIE 3 : APPROCHE EMPIRIQUE : ENQUETE AUPRÈS
DES DIRECTEURS ET PERSONNELS EN EHPAD**

I – MES HYPOTHÈSES

Pour rappel, ma question de recherche est : comment un manager peut-il contribuer à fidéliser le personnel et assurer la continuité de fonctionnement, en présence de difficultés de recrutement et d'un turnover important ?

De cette question, a émergée la problématique suivante à laquelle je souhaite répondre : en quoi les difficultés de recrutement peuvent-elles avoir un retentissement important sur la qualité de vie au travail ?

- Hypothèse n°1 : travailler en sous-effectif donne l'impression au personnel de ne pas répondre suffisamment bien aux besoins des personnes âgées.
- Hypothèse n°2 : l'impression du personnel de travailler en sous-effectif va entraîner des relations au travail dégradées.
- Hypothèse n°3 : L'organisation du travail influe sur le sens que lui donne le personnel.
- Hypothèse n°4 : La possibilité offerte aux salariés de développer leur compétence leur confère une sensation de prise en compte de leur dimension personnelle.

II – MÉTHODE DE RECUEIL DES DONNÉES

1. Présentation du dispositif d'investigation envisagé

Je choisis de mener une étude quantitative constituée de plusieurs questionnaires visant à étudier l'opinion d'un échantillon représentatif par le biais de différentes méthodes d'administration comprenant les réseaux sociaux qui permettent une large diffusion et donc une pertinence des données exploitées plus importante.

Approche retenue	Approche quantitative
Mode d'investigation	Questionnaires
Mode d'administration	Réseaux sociaux, lieux de stage
Population étudiée	Personnes âgées en EHPAD Toute personne travaillant en EHPAD

<p style="text-align: center;">Hypothèses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse n°1 : travailler en sous-effectif donne l'impression au personnel de ne pas répondre suffisamment bien aux besoins des personnes âgées. - Hypothèse n°2 : l'impression du personnel de travailler en sous-effectif va entraîner des relations au travail dégradées. - Hypothèse n°3 : L'organisation du travail influe sur le sens que lui donne le personnel. - Hypothèse n°4 : La possibilité offerte aux salariés de développer leur compétence leur confère une sensation de prise en compte de leur dimension personnelle.
<p style="text-align: center;">Variables</p>	<p style="text-align: center;">Turnover, bien-être au travail</p>
<p style="text-align: center;">Indicateurs</p>	<p><u>Turnover</u> : Taux de rotation du personnel (taux de turnover), taux d'absentéisme, tableau de bord de la performance, taux d'encadrement</p> <p><u>Qualité de la prise en charge</u> : enquête satisfaction, grille d'évaluation, évaluations internes</p> <p><u>Bien-être au travail</u> : enquête de satisfaction, entretiens individuels, questionnaires,</p>

2. Population enquêtée

J'envisage d'élaborer plusieurs questionnaires :

Tout d'abord, un questionnaire **à destination du personnel soignant** et plus particulièrement des aides-soignants et agents de service hospitaliers qui dispensent la majeure partie des soins aux résidents afin de connaître leur ressenti.

Les objectifs seraient de connaître :

- Leur ressenti au regard du contenu de leur travail (définition et nature des tâches...).
- Leur opinion au regard de la qualité de l'environnement physique et des moyens mis à contribution de la prévention des risques.
- Leur regard sur l'organisation du travail mise en place dans l'établissement.

Puis, un questionnaire **à destination des équipes encadrantes** et notamment des directeurs d'établissements. Il s'agira alors d'une enquête post-expérience qui permettra d'obtenir un retour sur des expériences et difficultés rencontrées et déjà vécues.

Les objectifs sont les suivants :

- obtenir un retour d'expérience au regard des difficultés de recrutement qu'ils ont et qu'ils rencontrent toujours,
- obtenir leur ressenti au sujet de la pandémie Covid-19 et des conséquences sur la qualité de vie au travail,
- savoir s'ils ont entrepris ou envisagent la mise en place de démarches de fidélisation du personnel ou de démarches contribuant à l'amélioration de la situation.

3. L'utilisation du logiciel Sphinx Campus

J'ai décidé de recourir à l'utilisation du logiciel Sphinx Campus afin de réaliser mes deux questionnaires. Il s'agit d'un logiciel de traitement d'enquête qui permet de gérer un panel d'enquêtes, de données qualitatives ou quantitatives. Ainsi, nous sommes en mesure d'élaborer le questionnaire, de collecter les réponses, saisir et analyser les données sur un seul et même logiciel.

La prise en main est intuitive et s'organise en trois parties qui correspondent aux trois grands stades d'élaboration d'une enquête à savoir :

- L'élaboration du questionnaire qui permet de rédiger l'ensemble des questions mais aussi de les organiser.
- La collecte de réponses à l'enquête, leur gestion et leur consultation.
- Le traitement et l'analyse des données afin de rendre les réponses lisibles et compréhensives. C'est à ce stade que nous allons pouvoir réaliser des tris à plat et des tris croisés.

4. Le respect de l'anonymat et des règles régissant le traitement de données

Avant de nous lancer dans l'élaboration de nos questionnaires, il est primordial de se renseigner sur les règles imposées par la CNIL au regard du traitement de données personnelles. Si le RGPD ne comporte pas d'obligation au regard de l'anonymisation, cette pratique va nous permettre d'exploiter les données obtenues et de les partager sans porter atteinte à la vie privée de quelconque répondant.

Les questionnaires ont été élaborés de façon à préserver l'anonymat afin de traiter les données obtenues dans leur globalité et de manière totalement confidentielle. Notons que « l'anonymisation rend impossible l'identification d'une personne à partir d'un jeu de données, et permet, ainsi, de respecter sa vie privée. » (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 2020). Afin de nous assurer de l'effectivité de l'anonymisation de notre enquête, nous pouvons user de la méthode dite de « généralisation ». Celle-ci va permettre « d'éviter l'individualisation d'un jeu de données et de limiter les possibles corrélations du jeu de données avec d'autres » (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 2020). A titre d'exemple, nous pouvons remplacer l'information de la date de naissance des personnes interrogées par la seule année de naissance.

III. Mes questionnaires

1. Le questionnaire, volet personnel

Volet n°1 : Données individuelles (4-5 questions)

Question n°1 : l'année de naissance.

Question n°2 : le sexe.

Question n°3 : la situation familiale actuelle.

Question n°4 : la présence d'enfants.

Renvoi → Question n°5 (uniquement si réponse affirmative à Q4) : nombre d'enfants.

Volet n°2 : Qualifications et statut (8-11 questions)

Question n°6 : intitulé du poste de travail actuel.

Renvoi → Question n°7 (uniquement si réponse « autre » à Q6) : intitulé du poste.

Question n°8 : diplômes professionnels obtenus en rapport avec le poste actuel.

Renvoi → Question n°9 (uniquement si réponse « autre » à Q8) : précisions diplômes.

Question n°10 : correspondance du poste avec les qualifications.

Question n°11 (uniquement si réponse négative à Q10) : pourquoi existe-t-il un déséquilibre qualifications/poste actuel.

Question n°12 : secteur public ou privé.

Renvoi → Question n°13 : statut secteur public.

Renvoi → Question n°14 : statut secteur privé.

Renvoi → Question n°15 : précisions du statut.

Question n°16 : années d'ancienneté dans le lieu d'exercice actuel.

Question n°17 : années d'ancienneté dans les EHPAD.

Question n°18 : nombre d'EHPAD au cours de la carrière professionnelle.

Volet n°3 : horaires de travail (4 questions)

Question n°19 : temps complet ou partiel.

Question n°20 : liberté de choix temps complet ou partiel.

Question n°21 : satisfaction au regard de la répartition du temps de travail.

Question n°22 : satisfaction au regard des horaires de travail journalières.

Volet n°4 : tâches et perception du travail

Question n°23 : tâches effectuées dans le travail habituel.

Renvoi → Question n°24 : précisions.

Question n°25 : personnel soignant ou non.

Renvoi → Question n°26 : moyenne du nombre de lits faits par jours seul(e)

Renvoi → Question n°27 : quid du nombre de toilette par jour.

Renvoi → Question n°28 : fréquence d'utilisation du matériel de nursing.

Renvoi → Question n°29 : fréquence d'utilisation du matériel de nettoyage.

Renvoi → Question n°30 : degré de pénibilité de différents facteurs.

Question n°31 : concordance travail et réponse apportées aux besoins des personnes âgées.

Question n°32 : effectifs suffisants ou non.

Question n°33 : satisfaction au regard des relations dans le travail.

Question n°34 : attachement aux personnes âgées.

Question n°35 : participation à des groupes de parole.

Renvoi → Question n°36 : fréquence de participation aux groupes de parole.

Volet n°5 : qualité au travail

Sous-thématique : qualité du contenu du travail

Question n°36 : existence d'un bon dialogue ou non entre les instances représentatives du personnel et la Direction.

Question n°37 : définition et clarté des tâches de travail.

Renvoi → Question n°38 : précisions

Question n°38 : variété des tâches, responsabilités allouées, sens du travail.

Question n°39 : possibilité de parler du travail et d'éventuellement le modifier.

Sous-thématique : qualité de l'organisation du travail.

Question n°40 : satisfaction au regard de l'organisation du travail, de sa justesse et de son équité.

Volet n°6 : formation continue et développement personnel

Question n°41 : actions de formation suivies depuis cinq ans.

Renvoi → Question n°42 : autres actions suivies

Question n°42 : possibilités de développer ses compétences.

Renvoi → Question n°43 : précisions

Question n°43 : capacité à concilier vie professionnelle et vie privée.

Question n°44 : prise en compte de la dimension personnelle des salariés.
Renvoi → Question n°45 : précisions.

2. Le questionnaire, volet Direction des établissements

Volet n°1 : Données individuelles (7 questions)

Question n°1 : l'année de naissance.
Question n°2 : le sexe.
Question n°3 : la situation familiale actuelle.
Question n°4 : diplômes professionnels obtenus
Question n°5 : ancienneté dans le secteur
Question n°6 : ancienneté dans l'établissement actuel
Question n°7 : nombre total d'EHPAD au cours de la carrière.

Volet n°2 : Votre lieu d'exercice

Question n°8 : année de construction/rénovation du bâtiment.
Question n°9 : localisation de l'établissement.
Question n°10 : régime de l'établissement.
Question n°11 : formules d'hébergement proposées.
Question n°12 : nombre de résidents accueillis.
Question n°13 : habilitations à l'ALS, APL, ASH.
Question n°14 : unités ou pôles présents.
Question n°15 : nombre d'ETP.
Question n°16 : effectifs par catégorie.
Question n°17 : commentaires ou éléments à ajouter

Volet n°3 : Turnover, difficultés de recrutement et d'attractivité

Sous-thématique : manque d'attractivité en EHPAD

Question n°18 : facteurs explicatifs du manque d'attractivité.
Question n°19 : degré de ressenti de ce manque d'attractivité.
Question n°20 : argumentation sur le manque d'attractivité ressenti.

Sous-thématique : absentéisme et difficultés de recrutement

Question n°21 : degré d'importance du degré d'absentéisme.
Question n°22 : taux d'absentéisme.
Question n°23 : comparaison absentéisme CDI/CDD.
Question n°24 : fréquence des difficultés de recrutement rencontrées.
Question n°25 : facteurs explicatifs des difficultés de recrutement rencontrées.
Question n°26 : autres facteurs.
Question n°27 : degré d'amplification des difficultés de recrutement avec le COVID-19.
Question n°28 : leviers utilisés pour pallier les difficultés.
Question n°29 : impact de la suppression des emplois aidés.
Question n°30 : commentaires relatifs au turnover, recrutement et absentéisme.

Volet n°4 : qualité de vie au travail

Sous-thématique : qualité de l'engagement.

Question n°31 : ressenti au regard de la motivation du personnel.

Question n°32 : ressenti au regard de la favorisation de l'engagement et de l'implication de chacun dans la mission et le travail.

Question n°33 : fréquence de propositions d'actions concrètes pour améliorer l'engagement des personnels à tout niveaux de la structure.

Sous-thématique : qualité de l'information et des valeurs partagées.

Question n°34 : fréquence d'information du personnel sur les objectifs et orientations stratégiques décidées.

Question n°35 : fréquence d'information du personnel sur les évènements majeurs arrivant dans l'établissement.

Sous-thématique : qualité des relations sociales

Question n°40 : degré de reconnaissance du travail de chacun.

Question n°41 : qualité des relations de management au sein de l'établissement.

Question n°42 : connaissance des salariés sur le rôle des institutions représentatives du personnel.

Question n°43 : commentaires relatifs à la qualité de vie au travail.

J'ai peu recouru aux questions ouvertes car elles sont plus complexes en termes d'analyse et les personnes interrogées ne développent pas forcément leurs pensées, ce qui invite à l'interprétation. J'ai procédé au test de mon questionnaire sur trois personnes afin de m'assurer de sa clarté, de la bonne compréhension des questions ainsi que de la pertinence.

PARTIE 4 : ANALYSES ET DISCUSSION

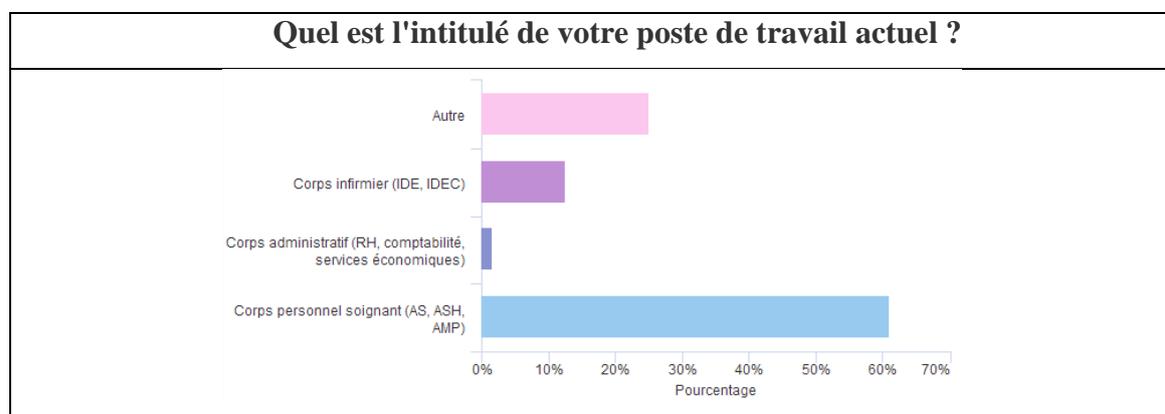
I – RÉSULTATS OBTENUS ET INTERPRÉTATIONS – VOLET PERSONNEL

1. Décomposition de l'échantillon

Tout d'abord, lorsque nous nous intéressons au poste de travail occupé par les 68 répondants au moment de l'enquête, nous constatons qu'il s'agit, pour la majorité, de personnes appartenant au corps du personnel soignant.

A ce titre, notre échantillon se décompose de la manière suivante :

- 61% de l'échantillon, soit 39 répondants sur 68 font partie du personnel soignant qui englobe notamment les aides-soignants, les agents de services hospitaliers et les aides médico-psychologiques ;
- 13% de l'échantillon, soit 8 répondants sont infirmiers ou infirmiers de coordination ;
- 2% de l'échantillon à savoir un répondant fait partie du corps administratif qui englobe le service ressources humaines, comptabilité et services économiques ;
- Par ailleurs, 25% de l'échantillon soit 16 répondants ont répondu occuper un poste autre que ceux qui étaient proposés. Cette proportion importante nous invite à analyser de quels postes il s'agit.



L'étude des verbatim permet de voir qu'il s'agit de personnes qui exercent en tant que :

- « Agente à domicile et secrétaire logistique d'intervention pour la même agence »,
- « Assistant de soins en gérontologie », « Accompagnant éducatif et social », « Agent de service des soins », « Axillaire de vie » qui peuvent être inclus dans le corps du personnel soignant,
- Chargé de communication digitale,
- Animateur.

Cette analyse confirme toujours la prédominance des répondants appartenant au corps du personnel soignant. Nous allons donc effectuer une analyse plutôt centrée sur la qualité de vie au travail du personnel soignant.

2. Qualifications professionnelles et réponses apportées aux besoins des personnes âgées

Lorsque nous interrogeons l'échantillon sur leur opinion au regard de la correspondance du poste occupé avec leurs qualifications, nous observons que 89% de l'échantillon, soit 57 répondants sur 64 estiment que le poste qu'ils occupent actuellement correspond à leur niveau de qualification.



Dans le même esprit, nous nous sommes interrogés sur le regard que porte l'échantillon sur son travail. Pour que le travail ait du sens, il doit procurer de la satisfaction, correspondre aux intérêts et valeurs de la personne qui l'effectue, lui permettre de stimuler le développement de son potentiel et d'atteindre ses objectifs. Notre enquête a permis de voir que plus d'un individu sur deux estime que son travail a du sens.



De manière générale, les besoins des personnes âgées constituent des éléments indispensables à prendre en compte dans les prestations offertes en établissement. Le résident en EHPAD a besoin d'accompagnement et d'aide dans les tâches de la vie quotidienne et de soins spécifiques selon son état de santé. Ainsi, les professionnels agissent dans un intérêt commun : celui d'accompagner le résident dans son quotidien en préservant son autonomie et en l'impliquant dans la vie sociale de l'établissement. L'accompagnement va alors se faire en fonction des

besoins des résidents qui peuvent être nombreux. C'est dans ce contexte que nous avons interrogé notre échantillon afin de connaître le regard porté sur le travail et la réponse qu'il apporte aux personnes âgées.

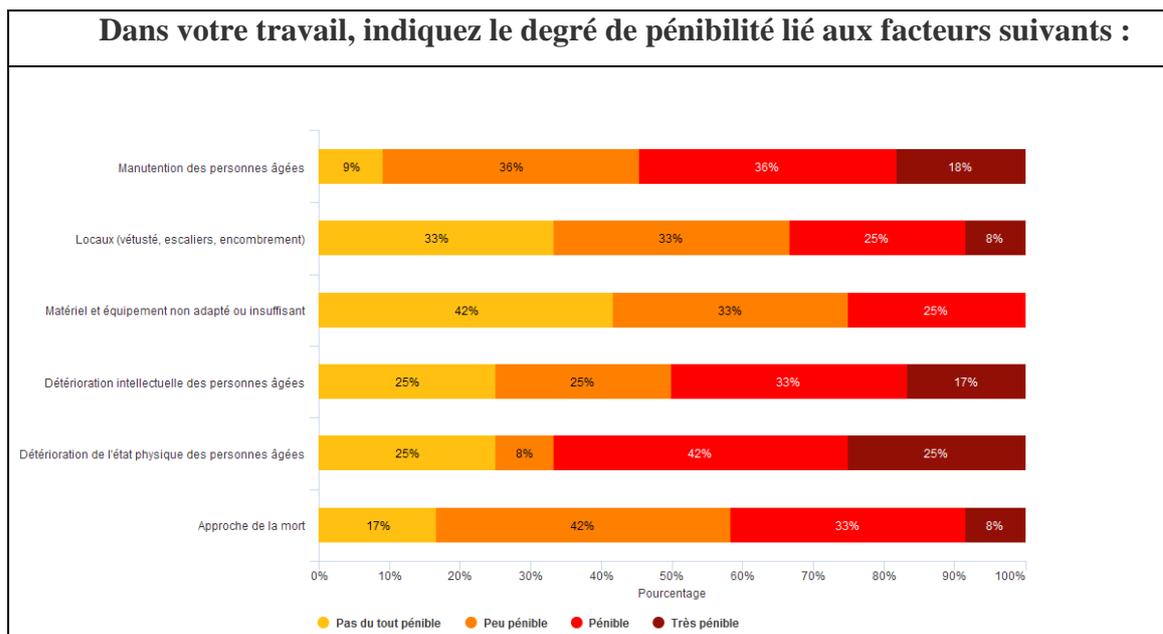


Ainsi, comme nous pouvons le voir ci-dessus, 37 personnes interrogées, soit 60% de l'échantillon total, estiment que leur travail répond bien aux besoins des personnes âgées. A l'inverse, 40% de l'échantillon, soit 25 personnes estiment que leur travail ne permet pas de répondre correctement aux besoins des personnes âgées. Malgré la proportion de personnes ayant répondu que le travail fourni est en adéquation avec les besoins des personnes âgées, les avis restent mitigés. Traditionnellement, l'impression du personnel de ne pas répondre suffisamment bien aux besoins des résidents est lié au manque de temps.

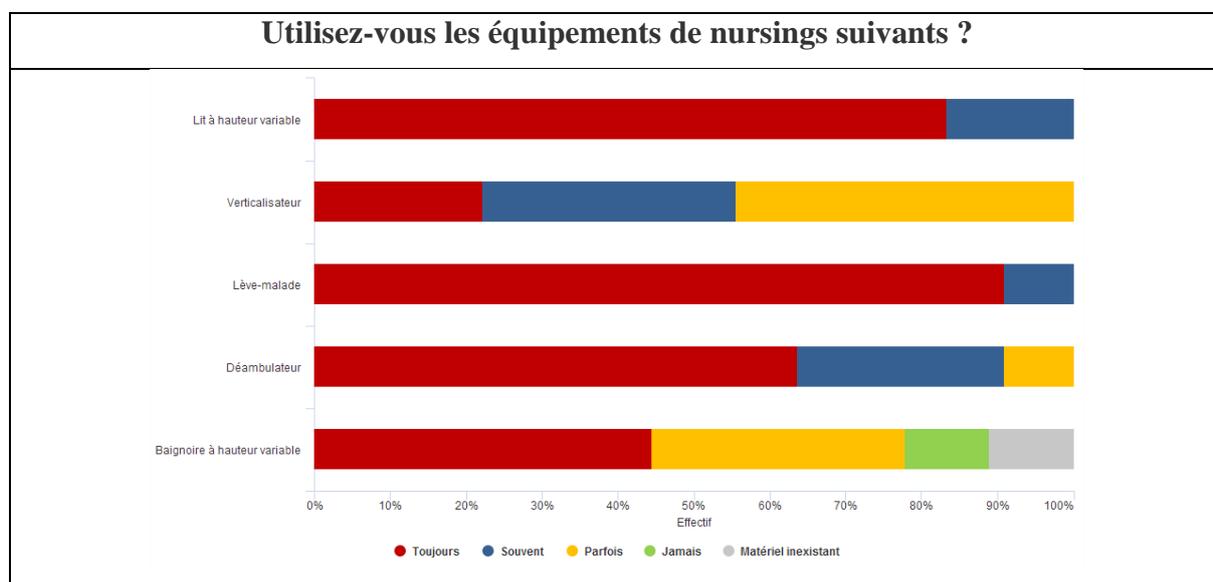
3. La pénibilité de certains aspects de la prise en soin à ne pas négliger

Nous avons consacré une partie de notre questionnaire aux tâches confiées au personnel soignant et à leur délimitation. Leurs missions sont nombreuses et la polyvalence est de mise. Le soignant doit prioriser ses tâches afin de ne pas se laisser déborder. Des défis à relever quotidiennement qui peuvent s'avérer difficiles physiquement comme mentalement. C'est pourquoi nous avons fait le choix de nous intéresser au facteur de pénibilité attribué à :

- La manutention des personnes âgées qui peut s'avérer difficile. C'est à cet instant que le soignant tâche d'adopter les bons gestes et postures auprès de la personne âgée.
- Les locaux et leur configuration (vétusté, escaliers, encombrement).
- Le matériel et les équipements non adaptés ou insuffisants.
- La détérioration intellectuelle des personnes âgées, notamment la détérioration de la mémoire, de la pensée, du comportement de l'aptitude à réaliser des tâches quotidiennes,
- La détérioration de l'état physique des personnes âgées.
- L'approche de la mort.



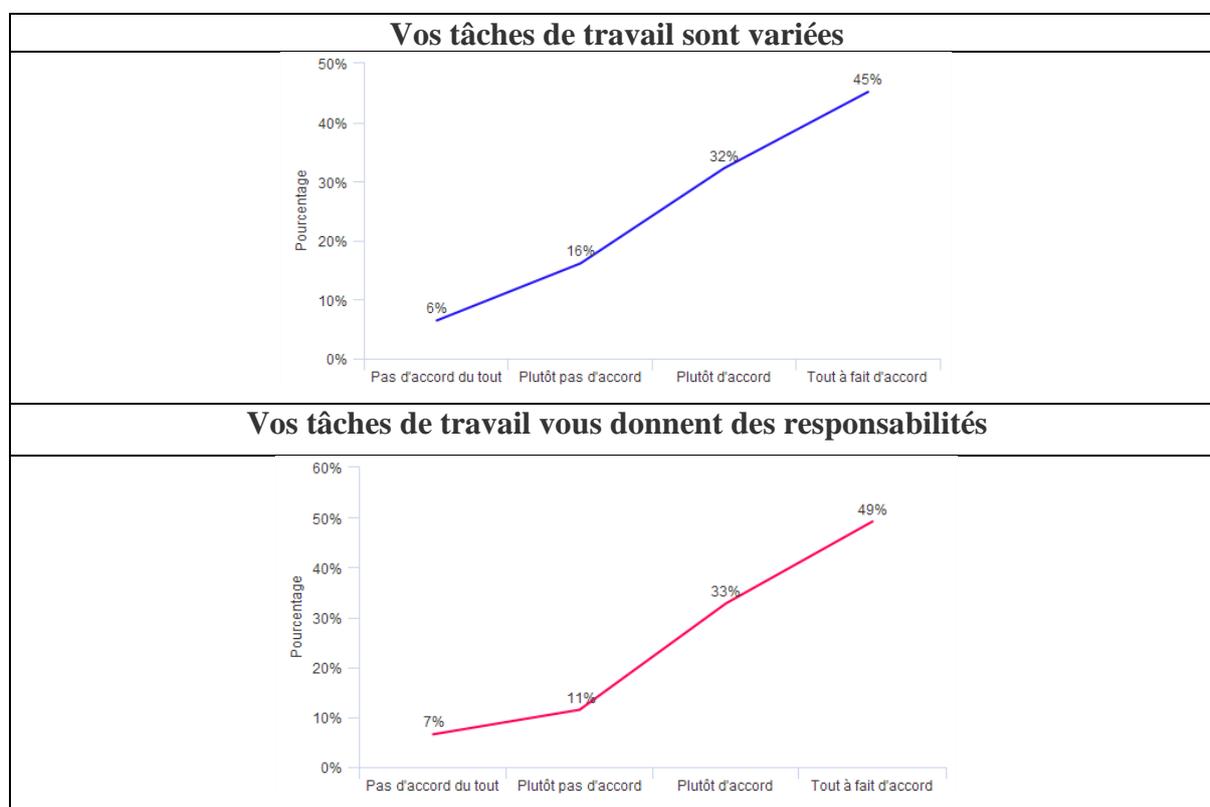
Le facteur jugé le plus pénible est lié à la détérioration de l'état physique des personnes âgées. Ainsi, 67% de l'échantillon l'ont jugé comme étant pénible voir très pénible. Vient ensuite la manutention des personnes âgées avec plus d'un individu sur deux l'ayant jugée comme pénible à très pénible (18% l'ont qualifiée de très pénible et 36% de pénible). C'est dans ce contexte que l'importance des équipements de nursings va prendre tout son sens. Ainsi, des équipements tels que les lits à hauteur variables, les verticalisateurs, lèves-malades, déambulateurs, vont permettre aux salariés d'être soulagés et de limiter les risques de troubles musculo squelettiques. Toutefois, tous les établissements ne sont pas dotés de ce type d'équipement. Nous avons donc questionné notre échantillon sur la fréquence d'utilisation de ces équipements de nursings avec une possibilité de préciser si le matériel est inexistant.



Globalement, le matériel mis à disposition du personnel est très régulièrement utilisé. L'équipement le plus utilisé est le lit à hauteur variable qui réduit les difficultés des aidants à accompagner les personnes souhaitant sortir de leur lit ou se recoucher. Ainsi, les soignants n'ont pas à fournir d'efforts pour les redresser grâce au relève-buste.

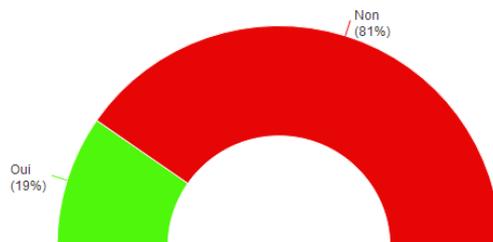
4. Un manque de personnel qui se fait ressentir

Globalement, les personnes interrogées au cours de cette enquête s'accordent à dire que leurs missions sont variées et que les tâches de travail qui leur sont attribuées leur donnent des responsabilités. C'est ce que montre les deux graphiques ci-dessous :



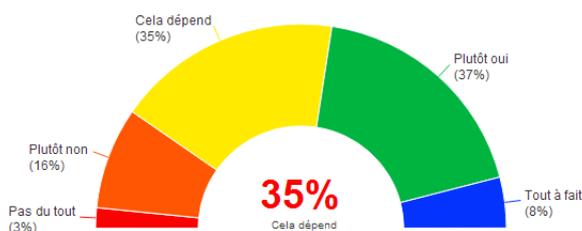
Toutefois, les effectifs sont bien souvent jugés insuffisants au regard de la diversité des missions qui sont attribuées. D'ailleurs, notons que 81% de notre échantillon estiment que l'effectif en personnel est insuffisant au regard des tâches qui leur sont confiées. Ce chiffre est révélateur des difficultés rencontrées dans les établissements médico-sociaux.

Pour effectuer votre travail, estimez-vous que l'effectif en personnel soit suffisant ?



En ce qui concerne la délimitation des tâches, 37% des répondants soit 23 personnes estiment que les tâches de travail sont plutôt bien définies. Par ailleurs, 19% (soit 12 personnes) disent qu'elles ne sont pas vraiment voire pas du tout définies dans leur structure.

Diriez-vous de vos tâches de travail, qu'elles sont bien définies (fiches de poste, clarté des missions) ?



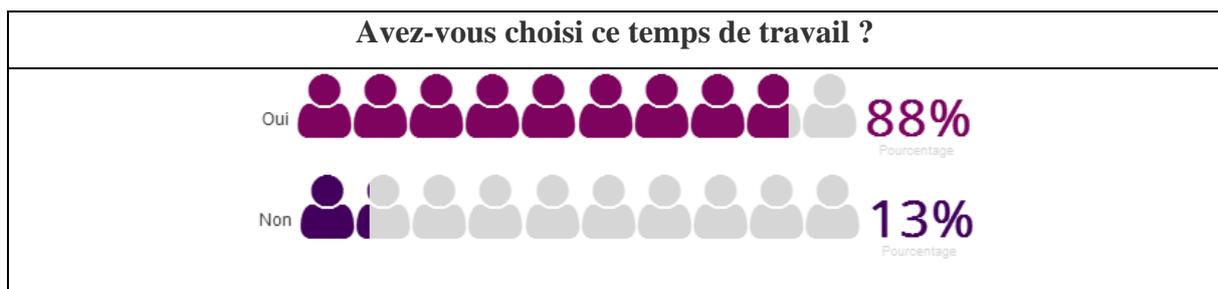
Une grande proportion de l'échantillon a répondu que cela dépendait de plusieurs facteurs. Nous les avons invités à préciser leur réponse. Voici le nuage de mot qui découle de l'analyse textuelle des réponses :



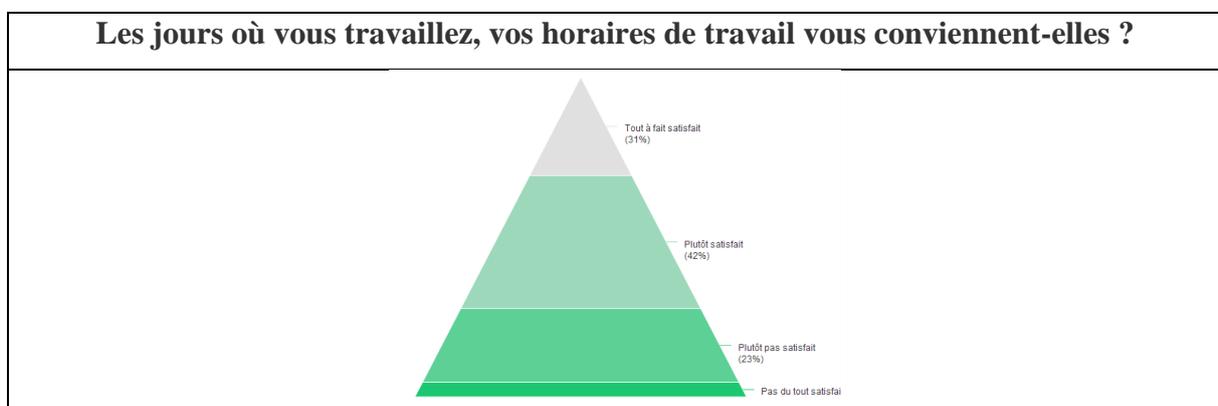
Certaines personnes ont évoqué des « fiches de postes et plans de soins pas régulièrement mis à jour » et donc « plus d'actualité » quand d'autres évoque carrément l'absence de ces fiches de poste. Certains relatent d'un « manque de personnel » criant et le recours à « beaucoup d'intérim ». Nous avons également obtenu une réponse disant que « c'est écrit sur le papier mais la réalité est bien différente », ce qui remet en cause la légitimité et l'existence des fiches de poste mises en place.

5. La répartition du temps de travail

En ce qui concerne les horaires de travail, 81% de l'échantillon travaillent à temps complet contre 19% à temps partiel. Nous nous sommes intéressés au nombre de personne ayant choisi ce temps de travail et 88% des répondants ont répondu l'avoir choisi contre 13% pour qui cela a été imposé.

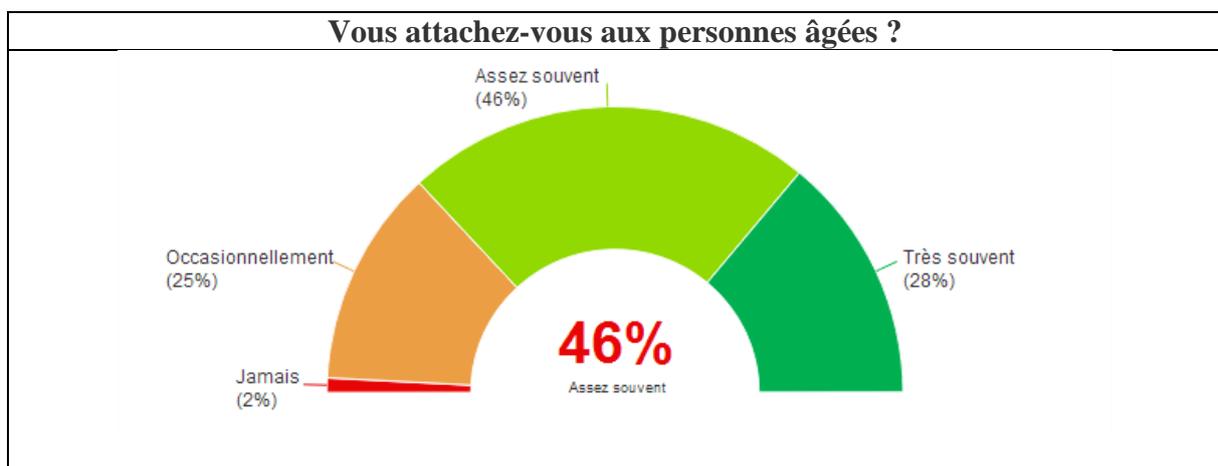


Nous nous sommes ensuite intéressés à la convenance des horaires de travail les jours ou les répondants travaillent. Il en est ressorti que la majeure partie de l'échantillon s'estime plutôt satisfait de leurs horaires lorsqu'ils travaillent. Comme le montre le graphique ci-dessous, environ 32% sont tout à fait satisfaits et plus de 40% sont plutôt satisfaits. A l'inverse, environ 20% de l'échantillon ne s'estiment plutôt pas satisfaits et 5% pas du tout satisfaits.



5. La relation soignant-résident

Par ailleurs, dans le contexte d'un EHPAD, les relations soignants-résidents nécessitent d'accorder une place à la dimension affective. Cependant il faut rester vigilant car la relation professionnelle peut mener à des dérives et notamment à l'attachement aux résidents. Cette affirmation a été vérifiée au travers de notre enquête puisque plus de la moitié de l'échantillon estime s'attacher assez souvent voire très souvent aux personnes âgées prises en charge (en témoigne le graphique ci-dessous).



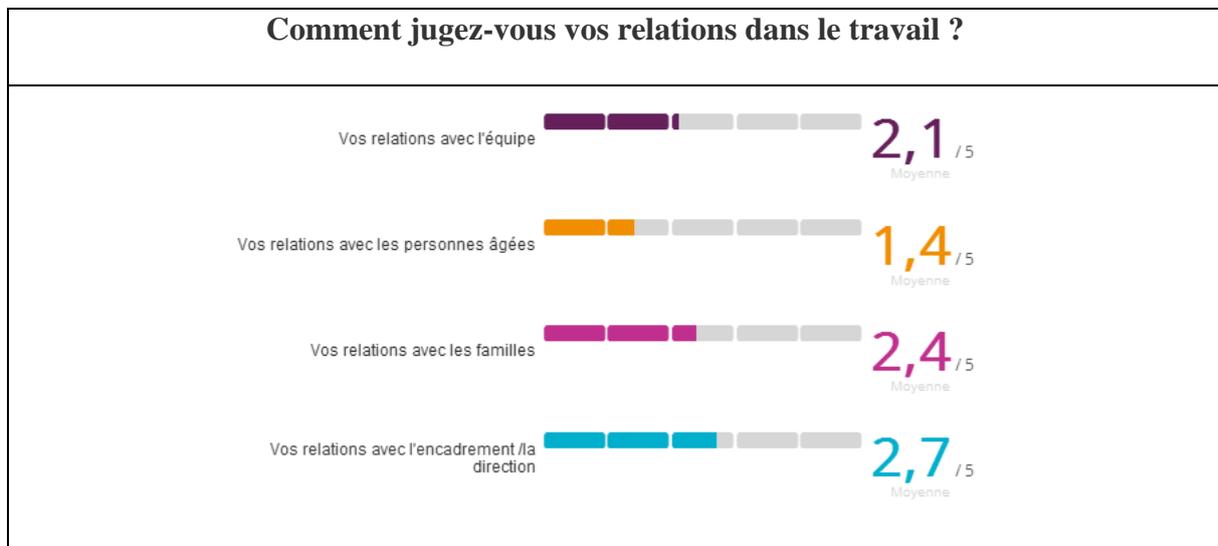
Le soignant est confronté au quotidien à une mission inéluctable qui consiste en l'accueil, l'accompagnement dans la vie, tout en se préparant à une fin de la relation avec la personne âgée. Ainsi, il revient au soignant de trouver un juste équilibre entre investissement bienveillant et professionnel de la relation et détachement suffisant en vue de la séparation future. Dans cette optique, il serait pertinent de s'intéresser à la participation du personnel à des groupes de parole portant notamment sur l'approche de la mort.



Comme nous pouvons le voir, parmi les personnes interrogées, seulement 23% participent à des groupes de parole. A l'inverse, 77% de l'échantillon ne participe pas

6. La qualité des relations au travail

Nous nous sommes intéressés à la qualité des relations au travail de notre échantillon, à savoir la qualité des relations avec l'équipe, les personnes âgées, les familles et l'encadrement/direction. Paradoxalement, la qualité des relations entretenues avec les personnes âgées est la plus mauvaise avec une moyenne de 1,4/5. Globalement, la qualité des relations de l'échantillon ne dépasse pas la moyenne. L'exception est faite pour les relations entretenues avec l'encadrement et la direction qui obtiennent une moyenne de 2,7/5. On constate donc que les relations au travail, aussi diverses qu'elles soient, ne sont pas bien entretenues.



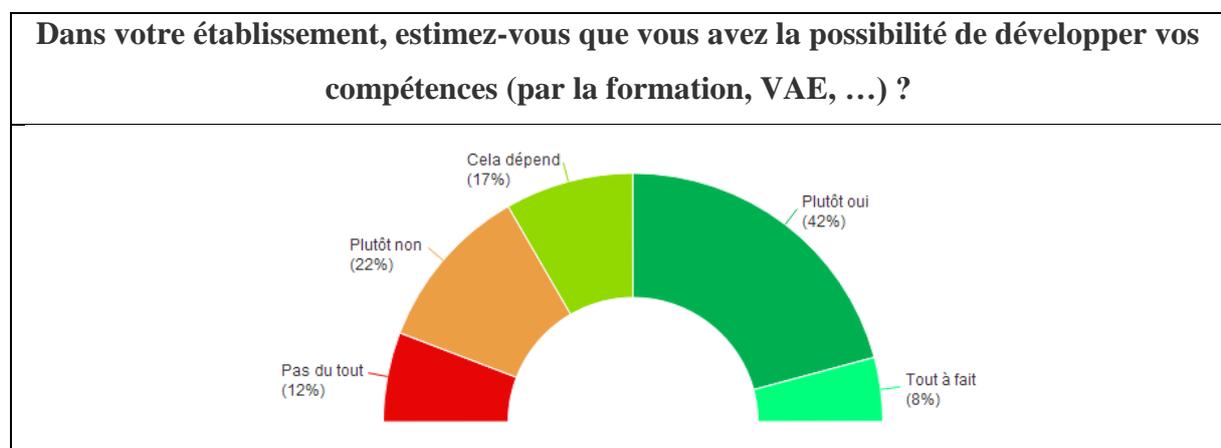
Pourtant, la communication au sein d'une équipe constitue un des points fondamentaux pour bien travailler ensemble. C'est ainsi que nous revenons à l'incontournable pyramide de Maslow des besoins fondamentaux avec notamment le besoin d'appartenance, d'estime et de s'accomplir.

7. Formation et développement personnel

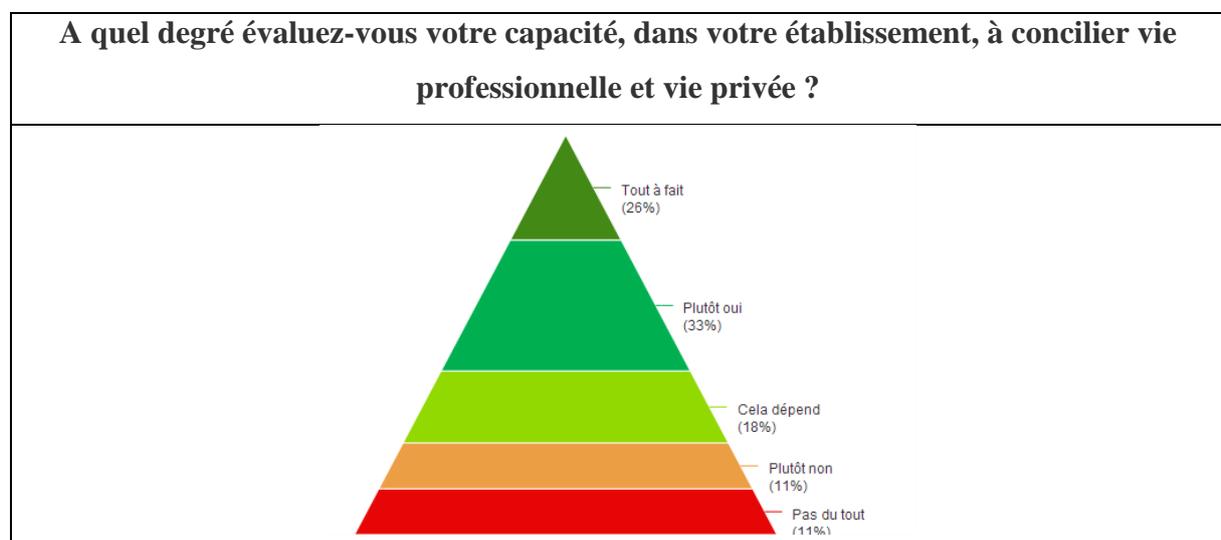
Le développement des compétences implique d'importants enjeux pour l'ensemble des professionnels. Pour les organisations, il va permettre d'optimiser la performance globale et ainsi capitaliser sur leur savoir interne. La possibilité de développer ses compétences s'inscrit parfaitement dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail puisqu'elle va

permettre aux collaborateurs de se sentir impliqués dans leur travail. C'est dans ce contexte que nous nous sommes intéressés aux opportunités offertes à nos répondants en termes de développement des compétences. Le terme d'opportunité renvoie aux formations proposées dans la structure, à la possibilité de procéder à une validation des acquis, l'existence d'un plan de formation, ...

Si nous observons les résultats obtenus, un répondant sur deux s'accorde à dire que la possibilité de développer ses compétences en interne est plutôt voire tout à fait accordé au personnel. A l'inverse, 12% de l'échantillon interrogé estime ne pas avoir du tout l'opportunité de développer ses compétences et 22% ont répondu « plutôt non ».



Dans la même idée que la possibilité de développer ses compétences, la conciliation entre vie professionnelle et vie privée constitue un réel défi pour les professionnels comme pour les managers. La flexibilité des horaires et le télétravail partiel vont constituer des leviers d'amélioration et cet équilibre vie professionnelle et vie personnelle.

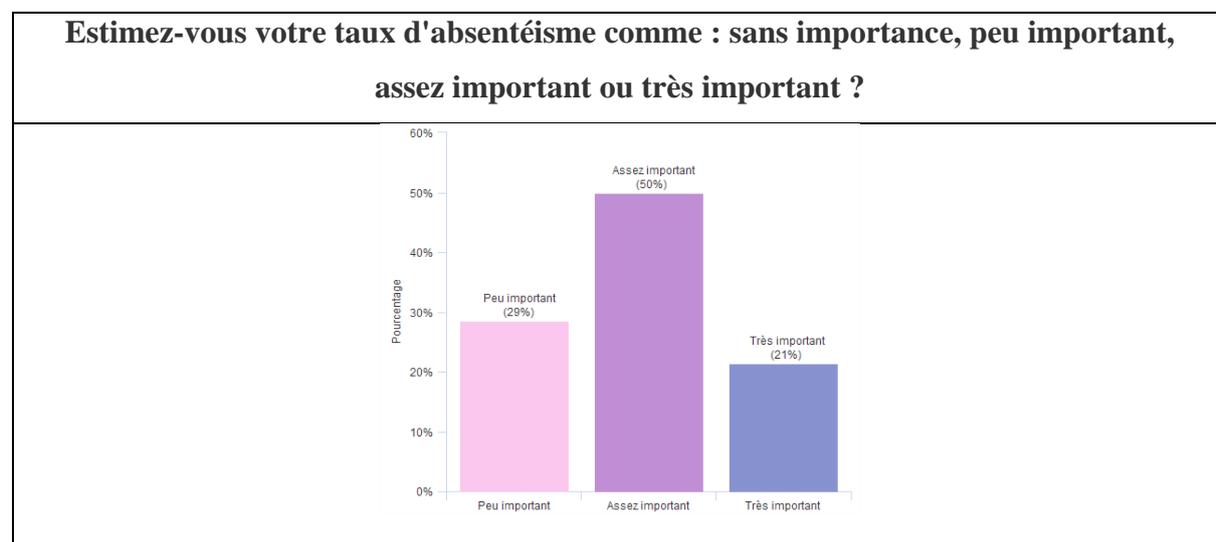


Nous avons demandé à notre échantillon d'évaluer leur capacité à concilier vie professionnelle et vie privée dans leur établissement actuel (graphique ci-dessus). Les résultats obtenus sont bons puisque 26% ont répondu avoir tout à fait la possibilité de le faire, 33% plutôt oui, et 18% ont estimé que cela dépendait. A l'inverse, seulement 11% estiment ne pas avoir du tout la capacité de concilier les deux.

En parallèle de ce questionnaire à destination du personnel, nous avons soumis à 14 Directeurs d'établissement un questionnaire afin d'évaluer l'importance de l'absentéisme dans leur établissement, leur ressenti et l'importance accordée à la qualité de vie au travail.

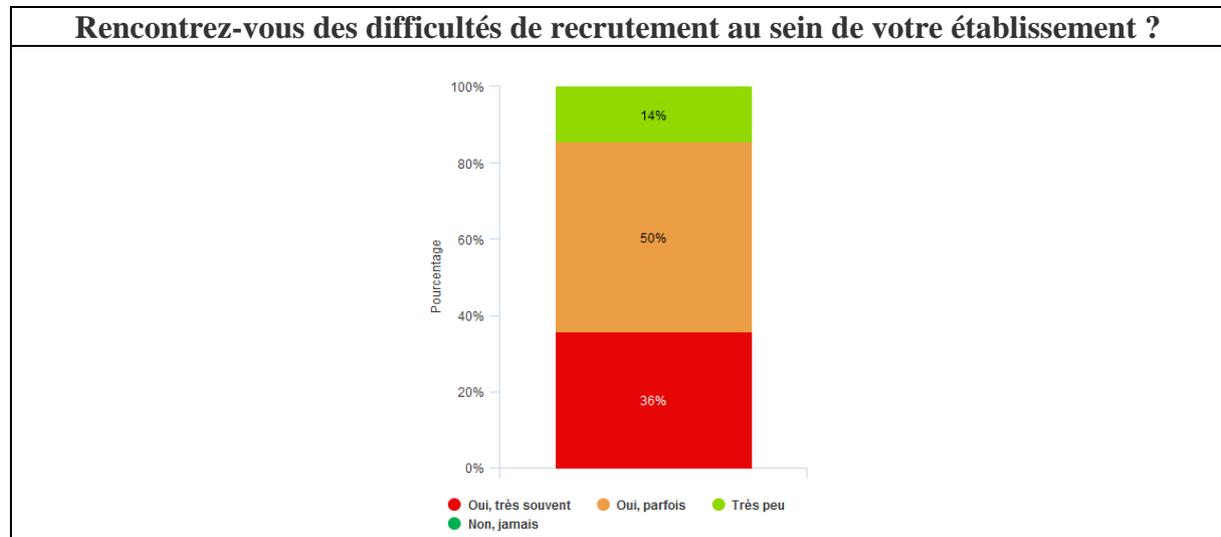
II – RÉSULTATS OBTENUS ET INTERPRÉTATIONS – VOLET DIRECTION

Tout d'abord, nous nous sommes interrogés sur l'importance de l'absentéisme dans les EHPAD dans lesquels exerce l'échantillon. Il en est ressorti qu'un individu sur deux soit 50% de l'échantillon le juge comme assez important et 21% comme très important. A l'inverse, seulement 29% estiment que l'absentéisme est peu important dans leur établissement.



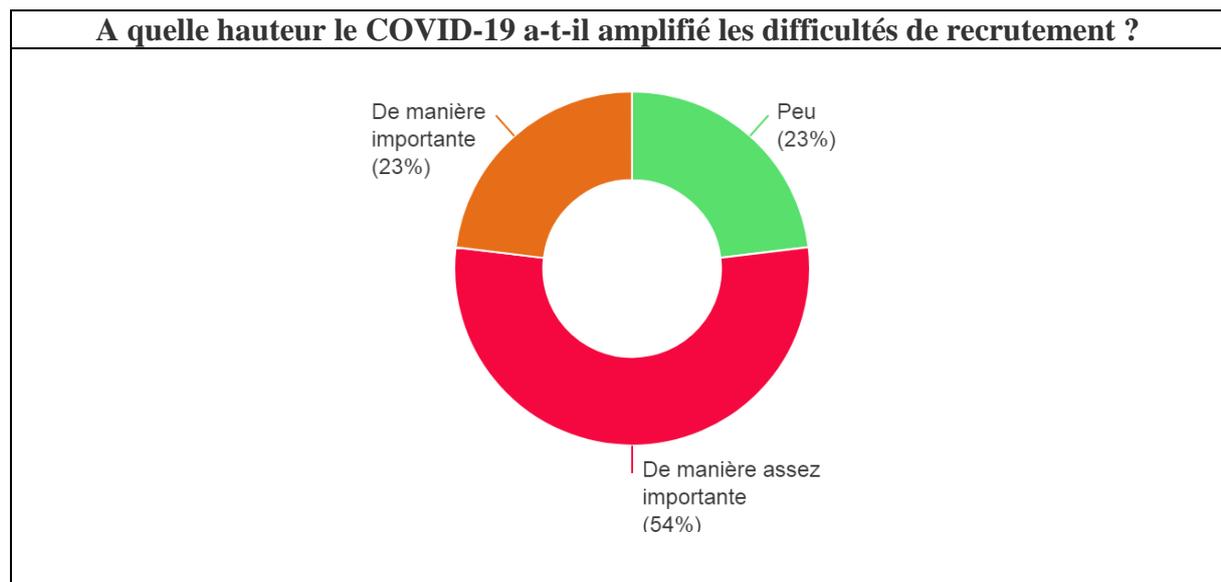
Nous avons ensuite fait le lien avec les difficultés de recrutement que pouvaient rencontrer ces managers/directeurs face à l'importance du taux d'absentéisme. Il en est ressorti que 36% des 68 interrogés rencontrent très souvent des difficultés de recrutement, comme le montre le

graphique ci-dessous. Un individu sur deux rencontre parfois des difficultés de recrutement. En ce qui concerne les 14% restant, ces personnes rencontrent très peu de difficultés en ce qui concerne le recrutement.



Parmi les principaux leviers mobilisés afin de pallier ces difficultés de recrutement, nous trouvons dans l'ordre croissant : les réseaux de remplaçants, les annonces sur divers sites de recrutement, le recours aux intérimaires, aux stagiaires (apprentissage notamment). Notons que 7% des interrogés ont déjà eu à rappeler les salariés partis en congés pour contrecarrer les difficultés de remplacement et de recrutement.

De plus, la pandémie à laquelle nous avons été confronté n'a fait qu'amplifier les difficultés de recrutement.



Il s'agit d'ailleurs d'un aspect que notre étude a permis de mettre en avant. Ainsi, 54% de l'échantillon estime que le COVID-19 a amplifié de manière assez importante les difficultés de recrutement rencontrées. Pour 23% celui-ci a impacté les difficultés de manière importante. Les confinements successifs ont suscité beaucoup d'interrogations au regard des processus de recrutement engagés et futurs. Le manque de visibilité a poussé de nombreuses structures à reporter voire annuler les projets de recrutement validés en amont du confinement.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, il arrive que le manque d'attractivité du secteur entraîne une réticence à travailler en EHPAD et donc des difficultés de recrutement pour les directeurs par manque de candidatures. Ainsi, 54% de l'échantillon estiment ressentir ce manque d'attractivité du secteur dans leur quotidien de directeur. Nous leur avons demandé en quoi avaient-ils ressenti ce manque d'attractivité. Certains évoquent des « difficultés de plus en plus grandes à recruter », « peu de CV de professionnel diplômé », « une pénurie d'infirmiers et d'aides-soignants », « les réactions négatives des interlocuteurs lorsqu'on annonce que nous travaillons en EHPAD ». La question de la rémunération revient face à la pénibilité des tâches confiées revient et certains parlent même de « comparaison de salaire à l'embauche avec le secteur du handicap ».

Par ailleurs, un directeur au sein d'un centre Ehpap Alzheimer à Paris a eu la gentillesse d'argumenter sa réponse, celui-ci nous dit que « le problème est qu'il y a plus de vacataires que de titulaires. L'avantage de la vacation est qu'ils sont mieux payés dans le sens où il y a 10% de précarité et les congés payés inclus dans le salaire brut ». Celui-ci conclut en disant que, selon lui, « le salaire en CDI entraîne une perte d'attractivité comparé au salaire des CDD ».

Nous avons décidé de demander aux directeurs interrogés « comment expliquent-ils ce manque d'attractivité ? ». Nous avons obtenu un grand nombre de réponses parmi lesquelles revient : « la rémunération peu attractive », « la pénibilité et la charge de travail », « le manque de reconnaissance », et « l'ehpad-bashing ». Par ailleurs, certains évoquent que « le milieu de la personne âgée est un milieu très dur, d'autant plus que les résidents entrent beaucoup plus tardivement qu'avant et leur pathologie est souvent plus avancée qu'avant ». Une autre

personne interrogée répond que « généralement, c'est à cause du salaire que l'on a du mal à recruter, car les journées sont longues et les tâches ardues ».

Selon vous, comment peut-on expliquer le manque d'attractivité du secteur ?



III – VÉRIFICATION DE NOS HYPOTHÈSES

Cette partie consacrée à la vérification de nos hypothèses va nous permettre de concilier les variables que nous avons présentées précédemment et réaliser ce qu'on appelle des tris croisés. Ceux-ci vont nous permettre de constater ou non une relation entre deux variables.

Pour répondre à nos quatre hypothèses nous avons mis en relation :

- La présence d'effectifs suffisants ou non et le sentiment du personnel de bien répondre aux besoins et attentes des personnes âgées (pour l'hypothèse n°1).
- La présence d'effectifs en nombre suffisant ou non aux yeux du personnel et les relations au travail (pour l'hypothèse n°2).
- Le sens donné par le personnel à leur travail en présence d'une bonne ou d'une mauvaise organisation du travail (pour l'hypothèse n°3).
- La possibilité offerte au personnel de développer ses compétences et la prise en compte de la dimension personnelle (pour l'hypothèse n°4).

Afin de valider ou non nos hypothèses, nous allons faire usager du test d'hypothèse à l'aide de la valeur p. Ainsi lorsque p-value est inférieur à 0,01, cela signifie que l'hypothèse est validée et qu'il existe une corrélation entre les deux variables testées. A l'inverse si p-value est supérieur à 0,01, l'hypothèse ne sera pas validée.

Hypothèse n°1 : travailler en sous-effectif donne l'impression au personnel de ne pas répondre suffisamment bien aux besoins des personnes âgées.

Croisement : Avez-vous l'impression que votre travail répond bien aux besoins des personnes âgées ? / Pour effectuer votre travail, estimez-vous que l'effectif en personnel est suffisant ?		
AVEZ-VOUS L'IMPRESSIION QUE VOTRE TRAVAIL RÉPOND BIEN AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES ?	POUR EFFECTUER VOTRE TRAVAIL, ESTIMEZ-VOUS QUE L'EFFECTIF EN PERSONNEL EST SUFFISANT ?	
	OUI	NON
Oui	33%	67%
Non	0%	100%

■ Eléments sous-représentés ■ Eléments sur-représentés

La relation est très significative. $p\text{-value} = < 0,01$; $\text{Khi2} = 10,4$; $\text{ddl} = 1$.

Pour cette hypothèse, nous avons croisées les réponses obtenues aux questions « avez-vous l'impression que votre travail répond bien aux besoins des personnes âgées ? » et « pour effectuer votre travail, estimez-vous que l'effectif en personnel est suffisant ? ». La relation entre les deux variables est très significative puisque nous obtenons un p-value inférieur à 0,01. Ainsi, l'ensemble des personnes interrogées n'ayant pas l'impression que leur travail répond bien aux besoins des personnes âgées estime travailler en effectifs insuffisants. L'hypothèse est donc validée, il existe bel et bien une relation entre l'effectif en personnel et l'impression du personnel de répondre aux attentes et besoins des personnes prises en soin.

Hypothèse n°2 : l'impression du personnel de travailler en sous-effectif va entraîner des relations au travail dégradées.

L'objectif de ce test hypothétique va nous permettre de voir, s'il existe, pour notre échantillon, une relation entre le sentiment d'être en sous-effectif (ressenti chez la majorité des personnes) et la qualité des relations entretenues, que ce soit avec les résidents, les familles, l'équipe, ou encore l'encadrement.

Après analyse de nos données, nous nous sommes rendu compte qu'aucune relation significative n'avait été trouvée. Nous ne pouvons pas affirmer, à l'aide de ces données que des relations dégradées peuvent être en corrélation avec une impression de travail en effectifs insuffisants. Cependant, quelques données ressortent :

Tout d'abord, si nous nous intéressons aux relations avec les personnes âgées parmi les personnes estimant travailler en sous-effectif, 66,7% affirment être très insatisfaits de leurs

relations avec les personnes âgées. Ce chiffre tombe à 20,4% en ce qui concerne les relations avec les familles.

Vos relations avec ... → Pour effectuer votr... ↓	Très satisfait			Satisfait			Ni satisfait ni insatisfait			Insatisfait			Très insatisfait			Total	
	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.
Oui	0	0%		0	0%		1	8,3%		2	16,7%		9	75%		12	100%
Non	0	0%		0	0%		5	10,4%		11	22,9%		32	66,7%		48	100%
Total	0	0%		0	0%		6	10%		13	21,7%		41	68,3%		60	

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de réponses en ligne.
Les valeurs en bleu / rouge sont significativement sur représentées / sous représentées (au seuil de risque de 5%).

Réponses effectives : 60 Non-réponse(s) : 8 Taux de réponse : 88,2%
p-value = 0,86 ; Khi2 = 0,31 ; ddl = 2,00. La relation n'est pas significative.

Par ailleurs, les relations avec l'équipe ne sont pas du tout satisfaisantes pour environ 34% des interrogés, que ce soit ceux qui estiment travailler en effectifs suffisants ou non. Cela laisse à supposer que d'autres facteurs que le manque de personnel puisse dégrader les relations au travail.

Hypothèse n°3 : L'organisation du travail influe sur le sens que lui donne le personnel.

Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons réaliser le tri croisé suivant :

L'ORGANISATION DU TRAVAIL EST SATISFAISANTE DANS L'ENSEMBLE	VOTRE TRAVAIL A DU SENS			
	PAS D'ACCORD DU TOUT	PLUTÔT PAS D'ACCORD	PLUTÔT D'ACCORD	TOUT À FAIT D'ACCORD
Pas du tout	0%	75%	25%	0%
Plutôt non	0%	33%	33%	33%
Cela dépend	0%	8%	35%	58%
Plutôt oui	4%	0%	26%	70%
Tout à fait	0%	0%	0%	100%

■ Eléments sous-représentés ■ Eléments sur-représentés

La relation est très significative. p-value = < 0,01 ; Khi2 = 26,5 ; ddl = 12.

Nous avons croisé les réponses obtenues aux questions : « répondre aux affirmations suivantes : votre travail a du sens ; l'organisation du travail est satisfaisante dans l'ensemble ». Ainsi, la relation entre les deux variables s'est avérée significative. Cela signifie qu'il existe une relation entre l'organisation du travail et le sens que donne le personnel à celui-ci. Une bonne organisation du travail permettra au personnel de lui donner du sens. En effet, parmi les salariés jugeant leur organisation du travail pas du tout satisfaisante, 75% ne sont plutôt pas d'accord avec l'affirmation « mon travail a du sens ».

À l'inverse, parmi les personnes jugeant l'organisation du travail en place tout à fait satisfaisante, 70% sont tout à fait d'accord pour dire que leur travail a du sens.

Hypothèse n°4 : La possibilité offerte aux salariés de développer leurs compétences leur confère une sensation de prise en compte de leur dimension personnelle.

Nous avons effectué le croisement des deux questions suivantes :

- Dans votre établissement, estimez-vous avoir la possibilité de développer vos compétences ?
- Diriez-vous que dans votre établissement, la dimension personnelle des salariés est prise en compte par les différents interlocuteurs au travail ?

Diriez-vous que dan... → Dans votre établiss... ↓	Jamais			Occasionnellement			Assez souvent			Très souvent			Total	
	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.	Ecart	Eff.	% Rep.
Pas du tout	3	42,9%	+ S	4	57,1%		0	0%	- S	0	0%		7	100%
Plutôt non	4	30,8%	+ PS	7	53,8%	+ PS	2	15,4%	- S	0	0%		13	100%
Cela dépend	1	10%		1	10%	- PS	8	80%	+ TS	0	0%		10	100%
Plutôt oui	2	8%	- PS	8	32%		14	56%	+ PS	1	4%		25	100%
Tout à fait	0	0%		1	20%		1	20%		3	60%	+ TS	5	100%
Total	10	16,7%		21	35%		25	41,7%		4	6,7%		60	

Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre de réponses en ligne.
Les valeurs en bleu / rouge sont significativement sur représentées / sous représentées (au seuil de risque de 5%).

Réponses effectives : 60 Non-réponses(s) : 8 Taux de réponse : 88,2%
p-value = < 0,01 ; Khi2 = 45,12 ; ddl = 12,00. La relation est très significative.

Parmi les personnes estimant ne pas avoir du tout la possibilité de développer leurs compétences dans leur établissement, 42,9% estiment que la dimension personnelle des salariés n'est jamais prise en compte par les interlocuteurs. Ainsi, cette donnée suppose la liaison entre développement des compétences et la prise en compte de la dimension personnelle, toutes les deux composantes de la qualité de vie au travail.

De manière globale, l'analyse des données que nous avons recueillies nous a permis de constater que :

- Les salariés s'accordent à dire que le poste qu'ils occupent est en corrélation avec leurs diplômes et les tâches qui leur sont attribuées.
- Leur travail a du sens mais il ne répond pas suffisamment bien aux besoins des personnes âgées.

- Le manque d'effectif est criant pour la majorité du personnel, pour effectuer un travail qui peut s'avérer pénible et difficile tant sur l'aspect physique (polyvalence, port de charge, détérioration physique des personnes prises en soin) que mental (responsabilités, attachement aux personnes âgées, approche de la mort notamment).
- Les relations au travail apparaissent dégradées y compris avec les personnes âgées.
- Des possibilités sont offertes en termes de développement des compétences et une conciliation est permise entre vie professionnelle et personnelle en majorité.

IV - LEVIERS D' ACTIONS

Nombreux sont les établissements ayant rencontrés les problématiques que nous venons d'évoquer. D'années en années, les pratiques professionnelles changent, les marges de manœuvre semblent se réduire et la crise sanitaire n'a fait qu'accentuer ces phénomènes. Les managers sont donc amenés à repenser le mode de fonctionnement, à encourager la prise d'initiative de leurs collaborateurs afin de mieux mener leurs missions d'accompagnement et de soins au quotidien.

C'est dans ce contexte que certains établissements ont décidés d'opérer des changements notamment au niveau de l'organisation du travail dans une démarche d'amélioration de la QVT. Celle-ci va trouver son fondement en plaçant en son centre l'organisation du travail, le dialogue social et la réussite collective (Cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

Ces éléments déterminants de la démarche QVT va permettre d'impulser le changement de manière collective et innovante et ainsi :

- Permettre une réduction du turnover.
- Réunir l'ensemble des acteurs autour d'un projet commun.
- Réduire le travail dans l'urgence et donc le stress chez le personnel et permettre aux résidents d'être apaisés.
- Renforcer la cohésion d'équipe et permettre la compréhension du travail de l'un et de l'autre.
- Rééquilibrer la charge de travail entre le personnel notamment soignant.

1. Les étapes de la démarche QVT

La création du comité QVT va déboucher sur l'élaboration et l'installation à proprement parlé de la démarche. Celle-ci doit se réaliser en partant d'un moment d'échange et de partage relatif à la définition et aux enjeux de la QVT au sein de la structure.

La mise en place de la démarche QVT va s'effectuer en plusieurs temps :

Étapes	Objectifs
La structuration	<ul style="list-style-type: none">- Développement du dialogue social,- Conception du cadre et du processus de la démarche QVT.
Le diagnostic	<ul style="list-style-type: none">- Co-construction et partage du diagnostic,- Identification des problématiques QVT prioritaires.
La conception et l'expérimentation	<ul style="list-style-type: none">- Inscription des objectifs QVT dans le fonctionnement de l'établissement,- Co-construction des axes de travail et d'expérimentation,- Expérimentation et déploiement des axes de travail,- Évaluation des effets des actions déployées.
L'évaluation	<ul style="list-style-type: none">- Définition des modalités de suivi et de discussion des résultats,- Assurer la pérennité de la démarche.

2. Les instances

La démarche QVT va trouver son fondement au travers d'espaces de discussions (ED) dans lesquels les professionnels pourront confronter leurs points de vue et apporter des réponses pertinentes aux enjeux de la QVT. Ces espaces de discussion vont permettre de légitimer la concertation qui sera centrée sur le travail et ses conditions de réalisation. Il s'agit d'espaces de partage collectif, d'analyse et de délibération qui vont permettre de renouer le dialogue autour des problématiques liées au travail. Ainsi, ils constituent pour le salarié un moyen de développer son engagement, sa professionnalisation et son sens du travail. Pour l'entreprise, l'ED constitue

un moyen de performer de manière collective, d'innover et de créer du dialogue social. Pour le travail de manière générale, les espaces de discussion permettront de favoriser la transformation des pratiques qui aura été pensée en collectif.

Ces espaces de discussion vont se matérialiser au travers des instances suivantes :

Instances	Rôles	Acteurs (Cf. Erreur ! Source du renvoi introuvable.
De décision	Prendre des décisions au regard des orientations stratégiques définies.	- Copil QVT, - Direction.
De pilotage	Porter la démarche, faire le lien avec les instances représentatives du personnel et les projets en cours. Orienter, valider les étapes et discuter les résultats de la démarche QVT.	- Représentants de la direction, - Encadrants, - Cadres experts techniques (RH, coordonnateur ou responsable qualité, ...), - Membres Conseil d'Administration
De production de connaissances et de conception d'actions	Produire les connaissances sur le travail en lien avec la QVT des salariés. Concevoir des actions à expérimenter.	- Salariés, - Encadrant, - Cadres experts techniques, - Directeur
D'expérimentation	Expérimenter les actions et en évaluer les effets. Proposer des ajustements.	- Salariés concernés par le périmètre de l'action.

3. Expérimentation autour de la création d'un comité QVT

Certaines structures ont mis en place un comité spécifiquement dédié à la QVT. Celui-ci est composé d'un représentant de chaque corps de métier ce qui permet l'implication de chacun et la prise en compte du travail de chacun.

Ainsi, une réunion mensuelle est organisée avec un ordre du jour, comme à l'image du CVS promoteur de l'*empowerment* des personnes âgées. L'objectif global de la démarche est de revoir l'organisation du travail en fonction du degré de complexité de la prise en charge du résident. Il s'agit de prendre le temps de poser, en équipe, l'ensemble des problèmes et de trouver des solutions.

Les équipes se sont vite aperçues des aspects bénéfiques de cette expérimentation tels que :

- Une cohésion d'équipe renforcée et de meilleures relations au travail ;
- Une meilleure conciliation entre vie professionnelle et personnelle ;
- Une meilleure répartition des tâches entre les soignants et donc plus de temps à consacrer à l'aspect relationnel avec les personnes âgées (moins de stress, moins de travail dit « dans l'urgence »),
- Le personnel retrouve du plaisir à venir travailler et est plus avenant,

L'ensemble contribuant au bien-être au travail du personnel mais aussi au bien-être général des résidents. C'est ainsi que l'adage « Le bien-être des résidents passe par celui de ceux qui les accompagnent » prend tout son sens.

CONCLUSION

En définitive, ce mémoire avait pour ambition de dresser un état des lieux de l'existant en termes de démarche qualité dans les établissements du secteur social et médico-social. La diffusion de notre questionnaire auprès du personnel travaillant en EHPAD nous a permis de mettre en avant l'existence de freins ou encore de limites à la démarche QVT existante dans les structures. De plus, l'analyse de nos données a permis de mettre en avant le manque important de personnel auquel sont confrontés les EHPAD. Nous nous sommes donc demandé en quoi les difficultés de recrutement et le manque de personnel pouvaient avoir un retentissement sur la qualité de vie au travail.

Il a fallu dans un premier temps définir les notions d'absentéisme et de qualité de vie au travail. Nous avons dans ce contexte mener des recherches dans la littérature afin d'en extraire les éléments les plus caractéristiques et pertinents au regard de notre sujet.

Au moyen d'une diffusion de nos questionnaires par l'intermédiaire des réseaux sociaux, nous avons pu mener une analyse du discours du personnel en EHPAD et de leur perception de leurs conditions de travail dans leur établissement.

La réalisation de tri à plat a permis d'analyser pour chaque variable inhérente à la QVT la vision des personnes interrogées. Puis, nous avons répondu à nos hypothèses par la réalisation de tris croisés.

Nous avons constaté que le manque de personnel entraîne des répercussions sur le sentiment du personnel de bien répondre aux besoins des personnes âgées par leur travail. Toutefois, il n'a pas été démontré que le manque de personnel peut être à l'origine de relations au travail dégradées. Par ailleurs, nous avons constaté un lien entre l'organisation du travail et le sens que lui donne le personnel. Une bonne organisation du travail permet aux salariés de lui donner du sens. L'analyse des données recueillies a également permis de voir que la possibilité offerte aux salariés de développer leurs compétences renforce leur sensation d'être considérés et reconnus dans leur travail.

Enfin, nous nous sommes demandé comment un manager pouvait-il contribuer à l'amélioration voir à l'instauration d'une démarche qualité de vie au travail dans un établissement du secteur médico-social tel que l'EHPAD. Nous avons donc dégagé des leviers d'action à partir des thématiques à améliorer. Un manager peut contribuer à l'instauration d'une démarche qualité efficiente en impliquant chaque personnel de son établissement. Cela va passer par l'information et la communication autour des enjeux de la démarche puis par, éventuellement, la création d'un comité QVT et d'espaces de discussion.

De plus, la semaine pour la qualité de vie au travail organisée par le réseau Anact-Aract constitue un rendez-vous incontournable. Elle propose des actions concrètes afin de conjuguer conditions de travail et performances des organisations. La prochaine édition se déroulera du 20 au 24 juin 2022 avec pour thème « en quête de sens au travail ». Ainsi, les directeurs d'EHPAD peuvent saisir cette opportunité pour organiser un événement en interne autour de la QVT (Cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

Ce travail de mémoire se voulait orienté vers la qualité de vie au travail du personnel, mais dans une nouvelle perspective, il pourrait être intéressant de procéder à une étude des bénéfices de la QVT sur la qualité de vie des usagers en EHPAD.

BIBLIOGRAPHIE

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. (2019). *Bilan Social*.

Aide-soignant en EHPAD : le "sale boulot"? (2019, Août 12). Récupéré sur Infirmiers.com:
<https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/aide-soignant-en-ehpad-le-sale-boulot.html>

Anact. (2014). *Haute Autorité de Santé*. Récupéré sur 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf

AQUINO, J. (2012). Vieillesse et politiques publiques. *Gérontologie et société*, 35(HS1), pp. 273-279.

ARS, A. e. (s.d.). *Mettre en place une démarche "qualité de vie au travail" dans le secteur sanitaire et social*. Récupéré sur Santé au travail:
file:///C:/Users/Valentine/Downloads/livret_final_page_double.pdf

BADEY-RODRIGUEZ, C. (2005/1 (vol. 28 / n°112)). L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie et société*, pp. 105-114.

BLANPAIN, N., & CHARDON, O. (Octobre 2010). Enquêtes et études démographiques. *Projections de population à l'horizon 2060*. France métropolitaine: INSEE PREMIERE.

CANCIAN, F., & OLIKER, S. (2000). *Caring and Gender*. Rowman & Littlefield.

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. (2020, Mai 19). *L'anonymisation de données personnelles*. Récupéré sur CNIL: <https://www.cnil.fr/fr/lanonymisation-de-donnees-personnelles>

DE BEAUVOIR, S. (1970). *La Vieillesse*. Collection Blanche, Gallimard.

- DE FOUCHER, L., FISCHER, S., & JEROME, B. (2020). Ehpad : les morts, les familles, et le mur du silence . *Le Monde*.
- DERVIEU, L., FRADIN, L., & VALLEIX, A. (2019). *Enquête Flash - Difficultés de recrutements en établissements et services pour personnes âgées*. Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes privés Sanitaires et Sociaux.
- DROUARD, A. (2000). Annales de démographie historique. Dans L. H. France, *L'usine, les hommes, la ville : l'intégration dans les villes industrielles* (pp. 171-197). Editions Persée.
- DUEE, M., & REBILLARD, C. (2006). Données sociales - La société française. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*. France métropolitaine: INSEE REFERENCES.
- EGO, L., & SCHWAAB, C. (2018). Ehpad : "Certains résidents préféreraient mourir". *Paris Match*.
- ENNUYER, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*. Collection Santé Social, Dunod.
- Entreprise & santé. (2022, Janvier). Conditions de travail "les acteurs de l'entreprise sont les premiers experts en matière de prévention et de promotion de la santé". *Entreprise & santé n°57*, pp. 27-29.
- Fabrice, A. (2015, Décembre 24). *Hiérarchie des besoins de Maslow appliqué à l'engagement de l'employé*. Récupéré sur CESI:
https://wikiagile.cesi.fr/index.php?title=Hi%C3%A9rarchie_des_besoins_de_Maslow_appliqu%C3%A9e_%C3%A0_l%27engagement_de_l%27employ%C3%A9
- GALLOIS, P. (2015). *L'absentéisme, comprendre et agir* . Editions Liaisons, collection Entreprise et Carrières.
- GEFFROY, C. (2020, Février 17). *Advice RH*. Récupéré sur Le contrat de travail:
<https://www.advice-rh.fr/contrat-travail/>
- GUINCHARD, P., & PETIT, J.-F. (2011). *Une société de soins*. Editions de l'atelier.

- Image. (s.d.). *Accompagnement du résident*. Récupéré sur <https://blog.ipp.eu/2020/12/02/construire-1-000-ehpad-dici-2030-ou-repenser-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-dependantes/>
- Image. (s.d.). *Droit du travail*. Récupéré sur <https://www.avocat-lextrait-hyeres.fr/droit-du-travail-hyeres-le-lavandou/>
- Image. (s.d.). *Qualité de vie au travail*. Récupéré sur <https://runsphere.fr/qualite-de-vie-au-travail-qvt/>
- Institut National d'Etudes Démographiques . (2021, Septembre 16). Communiqué de PRESSE. *Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés*. Aubervilliers.
- LACOMBE, C. (2019). Plongée dans le business des Ehpad, un secteur obsédé par la rentabilité. *L'OBS*.
- LALLI, P. (2005). Représentations sociales et communication. *Hermès, La Revue*, 2005/1 (n°41), pp. p. 59-64.
- LARPART, S., & NENIN, F. (2011). *L'Or gris*. Collection Enquête, Editions Flammarion.
- LE BIHAN-YOUIYOU, B. (2013). La politique en matière de dépendance en France et en Europe : des enjeux multiples. *Gérontologie et société*, vol. 36/145, no. 2, pp. 13-24.
- Légifrance, l. s. (s.d.). *Articles 56 et 58 du Code de procédure civile*. Récupéré sur Légifrance : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030360350/2015-04-01
- LETEURTRE, H. (1991). *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*. Berger-Levrault, collection Audit hôpital.
- LIBAULT, D. (2019). Rapport de la concertation Grand âge et autonomie. *Rapport Libault : 175 propositions pour une politique nouvelle et forte du grand âge en France*. Paris.
- MALARET, K. (24/05/2021). En manque de personnel, les EHPAD peinent à recruter. *Ouest France*.
- MANTOVOANI, J., ROLLAND, C., & ANDRIEU, S. (2008, Novembre). Série Etudes et Recherches. *Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des*

personnes âgées et les limites du maintien à domicile. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

Ministère des solidarités et de la santé . (2019, Novembre 29). *La qualité de vie au travail*. Récupéré sur solidarites-santé.gouv: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

Ministère des solidarités et de la santé. (2018, Juin). *Stratégie pour favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux*. Récupéré sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_ems.pdf

MISPELBLUM BEYER, F. (2018). Mieux soigner et accompagner ? Transformer l'obligation des démarches qualité en opportunité pluri-professionnelle. *Informations sociales*, vol. 198, no. 3, pp. 104-111.

MITTERAND, F. (1982, Avril 7). Discours prononcé à l'occasion de la journée mondiale de la personne âgée organisée par l'OMS. (P. d. congrès, Intervieweur)

Organisation Mondiale de la Santé. (s.d.). *Qualité des soins*. Récupéré sur OMS: https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

PETIT, R., & ZARDET, V. (2017). Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *GRH*, vol. 22, no. 1, pp. 31-54.

RENAUD, G., & FRANCO, A. (2013). *La croissance grise : des séniors dans la vile*. Editions de l'Aube.

Réseau Anact - Aract. (s.d.). *Les indicateurs de santé et qualité de vie au travail*. Récupéré sur 10 questions sur les indicateurs de SQVT: file:///C:/Users/Valentine/Downloads/anact_10questionssur_5_web.pdf

ROLLAND-DUBREUIL, C. (2003/4 (n°52)). Vieillir en famille avec la maladie d'Alzheimer. *Empan*, pp. 107-115.

ROUSSEAU, T. (2012). *Absentéisme et conditions de travail : l'énigme de la présence*. Editions Anact.

Service-Public.fr. (2020, Octobre 7). *Le site officiel de l'administration française* . Récupéré sur Convention collective: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F78>

TAIEB, J.-P. (2021). *Le Petit RH, l'essentiel en bref*. Editions DUNOD.

TCHERNOGOG, V., & VERCAMER, J. (2012). *Les associations entre mutations et crise économique - Etat des difficultés*. Deloitte, CNRS et Université Paris.

TRUANT, V. (2021). *Mémoire pour l'obtention du Master 1 MESS : "Visions sociétales de l'EHPAD : entre mythes et réalités"*.

VIRIOT-DURANDAL, J.-P., & PHET, C. (2012). *Les défis territoriaux face au vieillissement*. La Documentation française.

ZIELINSKI, A. (2010/12 (Tome 413)). L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre en soin. *Etudes*, pp. 631-641.