Université de Lille

Faculté d'Ingénierie et de Management de la Santé (ILIS)

AHSSEN Lamya

Master Management Sectoriel

Parcours management des établissements sanitaires et médico-sociaux

Mémoire de fin d'études de la 2e année de Master

Année universitaire 2020 – 2021

LE TURNOVER DES SOIGNANTS EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES

Sous la direction de Monsieur Étienne LAVISSE

Composition des membres du jury :

- Monsieur Stanislas WOCH, Président du jury
- Monsieur Étienne LAVISSE, Directeur de mémoire
- Monsieur Mathieu SCHELL, Directeur d'EHPAD

Date de soutenance : Mardi 31 août 2021 à 16h00

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de mon stage ainsi qu'à la rédaction de mon mémoire.

En premier lieu, je remercie Monsieur Stanislas WOCH, président de jury et responsable du parcours MES à la faculté Ingénierie et Management de la Santé, pour sa patience, ses enseignements et ses conseils concernant la validation de mon sujet de mémoire.

J'exprime ma reconnaissance à Monsieur Etienne LAVISSE, directeur de mémoire, pour sa disponibilité, ses judicieux conseils, son aide et le suivi qui m'a apporté lors de mon travail.

Je remercie également Monsieur Mathieu SCHELL, directeur d'Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) chez les Orchidées de Roubaix, qui a était mon tuteur de stage et d'avoir accepté d'être mon 3ème jury.

Je tiens à témoigner de ma gratitude aux personnels soignants ainsi qu'aux directeurs des EHPAD qui ont participé à mon étude de terrain et ont également porté de l'intérêt à mon sujet de mémoire.

Enfin je remercie ma famille pour m'avoir encouragé, soutenu tout le long de ma rédaction de mon mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS *4*

SOMMAIRE *4*

INTRODUCTION *1*

PARTIE 1 : TURNOVER DES SOIGNANTS EN EHPAD : CAUSES ET CONSEQUENCES. *3*

1. LE TURNOVER, DE QUOI S'AGIT-IL ? *3*

2. EHPAD, UN MONDE AUX MULTIPLES FACETTES *7*

3. TURNOVER DES SOIGNANTS EN EHPAD *14*

PARTIE 2 : ETUDE DE TERRAIN *28*

1. METHODOLOGIE *28*

2. ANALYSE DES RESULTATS *32*

PARTIE 3 : PRECONISATIONS *46*

1. UN ETABLISSEMENT QUI DONNE DU SENS *46*

2. L'AUTO-ORGANISATION : MODELE D'AVENIR ? *54*

CONCLUSION *59*

GLOSSAIRE *68*

TABLE DES ILLUSTRATIONS *71*

TABLE DES ANNEXES *72*

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène d'ampleur mondiale qui n'épargne pas la France. [1] Il est défini comme « la situation dans laquelle se trouve une société dont l'âge moyen où le pourcentage de personnes âgées dans la population croît ». [1]

Depuis 2011, le vieillissement de la population ne cesse de gagner du terrain. Au 1er janvier 2020, la part de la population qui avait au moins 65 ans était de 20,5%, tandis qu'en 2018 et 2019, elle se portait respectivement à 19,7% et 20,1%. [2]

Selon la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, en 2030, 21 millions de personnes ayant 60 ans ou plus vivront en France contre 18 millions à l'heure actuelle. En 2050, ce chiffre devrait passer à 25 millions. [3]

Par ailleurs, cette étude prévoit que le nombre de personnes en situation de perte d'autonomie serait amené à exploser. [3] En France, c'est le Groupe Iso-Ressources (GIR) qui permet d'apprécier le niveau d'autonomie à travers une échelle allant de 1 à 6. Le GIR 1 représente le niveau de dépendance le plus fort, à l'inverse le GIR 6 représente le niveau le plus faible. L'étude considère qu'un sénior est en perte d'autonomie lorsque son GIR est compris entre 1 et 4. [4] [5] En 2030, le nombre de personnes en situation de perte d'autonomie serait de 3 millions et passerait à 4 millions en 2050. [3]

En France, plusieurs types d'établissements accueillent les personnes âgées :

- Les unités de soins de longue durée (USLD)
- Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)
- Les Pôles d'activités et de soins adaptés (PASA)
- Les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)…

[1] Source : WIKIMONDE, *Vieillissement démographique*, Disponible sur : http://wikimonde.com/article/Vieillissement_d%C3%A9mographique

Les EHPAD sont des établissements médicalisés qui offrent un accompagnement et une prise en charge globale et personnalisée à chaque résident. En EHPAD, c'est le médecin coordonnateur de l'établissement qui détermine et attribue le GIR aux résidents. [5] [6]

Si les politiques publiques favorisent le maintien à domicile, 108 000 seniors en plus seraient attendus en EHPAD en 2030 et 211 000 en 2050. [3]

La médicalisation des établissements qui tend à croître, ces prochaines années, devrait donc engendrer une intensification du besoin en personnel soignant. Paradoxalement, les membres de la direction d'EHPAD sont confrontés à des problématiques de ressources humaines.
Alors qu'un établissement sur deux fait face à des difficultés de recrutement, les directeurs peinent également à fidéliser le personnel soignant. [3] [7]
En effet, selon l'INSEE, en 2008, le taux de départ moyen des aides-soignants était de 68% et celui des infirmiers atteignait 61% en EHPAD privé. [8]

Ces difficultés de fidélisation semblent être liées à un manque d'attractivité du secteur, mais aussi, à la mauvaise image dépeinte dans les médias associant les EHPAD à des scandales de maltraitance. En 2017, un sondage de France info, révélait que deux tiers de Français ont une mauvaise image des EHPAD. [9]

L'ensemble de ces informations et hypothèses font émerger plusieurs questions ; qu'est-ce que l'attractivité ? Le secteur de la gériatrie est-il vraiment un secteur peu attractif ? Le turnover des soignants est-il lié au manque d'attractivité et à la mauvaise image du secteur ? Cette rotation a-t-elle des conséquences sur la qualité et la continuité de service ?

Mais surtout, les directeurs ont-ils une marge de manœuvre pour lutter contre ce phénomène ?

Ayant pour projet de devenir directrice d'EHPAD, la problématique apparaît clairement :

Turnover des soignants en EHPAD, quels enjeux et leviers d'action ?

Dans un premier temps nous commencerons par établir une revue littéraire relative à notre sujet. Nous commencerons par définir le turnover et ses subtilités. Nous poursuivrons en découvrant le monde de l'EHPAD. Nous terminerons en abordant les déterminants et les enjeux du turnover des soignants en EHPAD en nous appuyant sur plusieurs études.

Dans un deuxième temps nous effectuerons une étude de terrain afin de la confronter à la revue littéraire. Nous exposerons la méthodologie et les outils utilisés. Et nous terminerons par l'analyse de ces résultats.

Enfin, nous apporterons des solutions à ce phénomène complexe en proposant notamment une nouvelle forme d'organisation basée sur l'autogouvernance des soignants.

PARTIE 1 : TURNOVER DES SOIGNANTS EN EHPAD : CAUSES ET CONSEQUENCES.

1. LE TURNOVER, DE QUOI S'AGIT-IL ?

En 2012, d'après les résultats de l'enquête Kelly Global Workforce Index (KGWI), 32% des 14 000 employés français interrogés « pensent fréquemment à changer d'emploi ». [10]

La fidélisation est définie par Peretti, en 1999, comme « l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés ». [11]

Véritable outil stratégique, la fidélisation est un enjeu majeur pour toutes organisations. Retenir ses talents permet à l'entreprise d'être économiquement compétitive. En revanche, un turnover important et non maîtrisé peut avoir des conséquences désastreuses pour celle-ci. [12]

Dans cette partie, nous nous intéresserons au turnover dans la littérature. Nous poursuivrons par la découverte du monde de l'EHPAD, en évoquant la structure et le

personnel soignant. Enfin, nous évoquerons le turnover des soignants en EHPAD à travers plusieurs études.

1.1. Définition

Le « turnover » est un terme anglo-saxon. Dans la littérature française, il peut apparaître sous les termes « rotation de l'emploi » ou « rotation du personnel »[2]. Plusieurs définitions existent, mais nous retiendrons la définition du dictionnaire canadien qui paraît être la plus complète.

Gérard Dion, dans les mouvements du personnel dans l'entreprise, définit le turnover comme le « *phénomène qui consiste dans le mouvement d'entrées et de départs des travailleurs d'une organisation. On le mesure par les changements qui se produisent parmi les employés au cours d'une période donnée, généralement une année : engagements, départs, mises à pied ou licenciements. La mesure n'est significative, cependant, que dans les industries où la relation employeur-employé est généralement stable, par exemple dans la plupart des industries manufacturières. […] On attache beaucoup d'importance à ce phénomène, principalement en fonction du coût d'embauchage, de l'entraînement et de la formation des nouveaux employés, mais c'est aussi un moyen de se rendre compte d'une façon concrète du degré de satisfaction ou d'insatisfaction du personnel d'une entreprise. On utilise parfois l'expression virement de la main d'œuvre* ». [13]

À travers cette définition, nous comprenons que le turnover représente les flux d'entrées et de départs des salariés au sein d'une entreprise sur une année. Ce phénomène engendre des coûts liés au process de recrutement et de formation. À l'initiative du salarié ou de l'employeur, le turnover revêt plusieurs formes. Nous verrons dans la prochaine partie les différents types de turnovers.

1.2. Types de turnover

Morin et Renaud, spécialistes dans le domaine de la fidélisation des salariés, ont également retenu la définition du dictionnaire canadien dans le cadre de leur étude.

[2] Source WIKIPEDIA, *Rotation de l'emploi,* Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Rotation_de_l%27emploi

En se basant sur les travaux de différents chercheurs, ces derniers nous proposent un concept global du roulement de la main-d'œuvre qui se décline en plusieurs catégories et sous catégories. [13] [14]

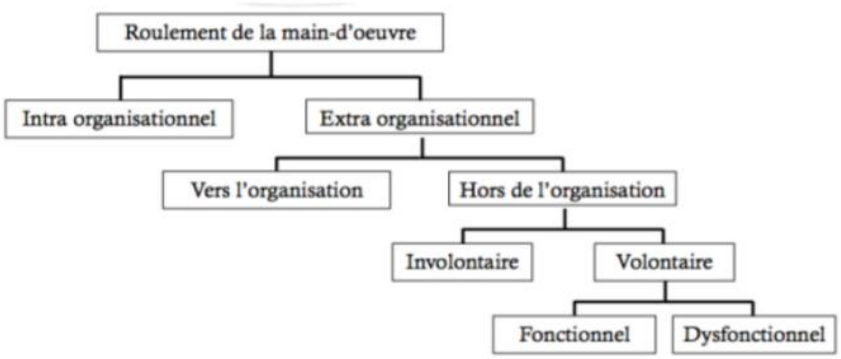

Figure 1 : Les composantes du concept de roulement de la main-d'œuvre

Source : [14]

Dans un premier temps, ils distinguent le roulement « intra organisationnel » du roulement « extra organisationnel ». Ils considèrent que le roulement « intra organisationnel » est, comme son nom l'indique, un mouvement qui est opéré dans la même structure ; un salarié qui change de tâche ou de poste, qui est promu… [14] [15] À l'inverse, le roulement extra organisationnel réfère aux mouvements entre l'entreprise et le monde extérieur. Cette section est divisée en deux composantes. D'une part, le turnover « extra organisationnel vers l'organisation » représente toutes les embauches. D'autre part, le turnover « extra organisationnel hors l'organisation » représente, quant à lui, toutes les sorties. [14] [15]

Dans la composante « extra organisationnel », les auteurs distinguent les types de départs « volontaire » au type de départs « involontaire ». Le turnover involontaire comporte le licenciement, la maladie, ainsi que les décès. [14] [15] Le turnover volontaire, quant à lui, correspond à « *la décision d'un salarié de mettre fin à une relation d'emploi* » (Dess et Shaw, 2001, p.446).[16]

Enfin, Morin et Renaud apportent une nuance et distinguent « le départ volontaire fonctionnel » et « le départ involontaire dysfonctionnel ». Le départ volontaire fonctionnel est un départ souhaité par le salarié dont la rétention n'est pas vraiment

souhaitée par l'employeur. Cela peut s'expliquer par une production qui n'est pas suffisante ou de qualité par exemple. [14] [15]

À l'inverse, le départ volontaire dysfonctionnel est un départ qui perturbe l'organisation et lui est nuisible. Ici, l'employeur aurait souhaité retenir le salarié au sein de sa structure, car il conscient qu'il sera difficile de remplacer cet élément clé. [14] [15] L'employeur sait que ce roulement engendra des coûts, mais aussi une perte de savoir et de compétences. [17]

Nous avons pu constater que le turnover dans une structure peut exister sous plusieurs formes. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons particulièrement au départ volontaire du collaborateur qui correspond à « *la décision d'un salarié de mettre fin à une relation d'emploi* ».*[16] Selon Gérard Dion, le turnover peut engendrer des coûts et perturber toute une organisation, mais il est aussi un indicateur du climat social. Nous proposerons dans la prochaine section une formule du calcul du turnover. [13]*

1.3. Formule

Plusieurs modes de calcul existent pour calculer le turnover, nous retiendrons la formule de Péan (2017) : [18]

Taux de turn-over = [(Nombre de départs au cours de l'année N + Nombre d'arrivées au cours de l'année N)/2] / Effectif au 1er janvier de l'année N

Selon Péan (2017), un turnover supérieur à 15% peut être révélateur d'un climat social néfaste.[18]

Nous avons pu constater que le turnover est un phénomène complexe qui peut être tant à l'initiative de l'employeur que du salarié. En effet, le mot turnover représente tous les flux d'un salarié dans une organisation ou extra organisation. Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons principalement au turnover des soignants où le manager à une marge de manœuvre. En d'autres termes, au départ à l'initiative du salarié hors organisation. Néanmoins, il est important de souligner qu'il est parfois difficile de déceler les réelles intentions du salarié, et de différencier un départ du type

volontaire d'un départ du type involontaire (Bluedorn 1978, cité dans Morin & Renaud). [14] En effet, un salarié peut tout mettre en œuvre afin que son employeur le licencie afin de percevoir les allocations ou peut dans le cas contraire démissionner afin d'éviter un éventuel licenciement.

2. EHPAD, UN MONDE AUX MULTIPLES FACETTES

Avant d'évoquer le turnover en EHPAD, il serait pertinent de découvrir et d'étudier cet environnement. L'objectif de cette section n'est pas de relater toutes les évolutions de l'EHPAD ou des métiers soignants.

Mais nous chercherons plutôt à découvrir le monde de l'EHPAD. Pour cela, nous aborderons, d'une part, l'objectif des EHPAD et les spécificités liées aux statuts juridiques. D'autre part, nous nous intéresserons aux missions des soignants ainsi qu'à leurs conditions d'exercice.

2.1. Qu'est-ce qu'un EHPAD ?

Les EHPAD sont des structures qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Ces structures médicalisées ont pour objectif « d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables » et « de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin ». [6] Elles sont régies par les articles L 312-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles du Code de l'Action Sociale et des familles (CASF). La transformation des maisons de retraite en structures médicalisées a été favorisée par les lois n° 97-60 du 24 janvier 1997 portant sur l'instauration d'une prestation spécifique dépendance et n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Afin d'assurer cette prise en charge globale, les directeurs d'EHPAD s'appuient sur une équipe pluridisciplinaire. Ici nous nous intéresserons aux métiers soignants, mais plus particulièrement aux aides-soignants et infirmiers.

2.2. Les métiers soignants

Le métier soignant est un secteur fortement féminisé. Adeli, recense au 1er janvier 2019, 722 600 infirmiers en activité en France dont près de neuf infirmiers sur dix sont des femmes ; soit 87% de la population. Le constat est encore plus significatif pour les aides-soignants. En 2011, selon la Dares et l'Insee, 90,4% des aides-soignants étaient des femmes. [19] [20]

D'une part, l'aide-soignant dispense, sous la responsabilité de l'infirmier, « des soins liés aux actes de la vie quotidienne, en compensant ainsi un déficit ou une perte d'autonomie de la personne, tout en cherchant le maintien de l'autonomie restante. Ces soins s'inscrivent dans une appréhension globale des besoins de la personne, et notamment relationnels ». Afin d'exercer cette profession, il est nécessaire de posséder le diplôme d'État d'aide-soignant se préparant en une année dans un institut de formation d'aides-soignants (IFAS) ou une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). [21]

D'autre part, l'infirmier dispense « des soins de nature préventive, curative ou palliative afin de maintenir ou restaurer la santé des résidents, en surveillant l'état de santé et coordonnant les soins prodigués ». Afin de réaliser cette profession, il est nécessaire de posséder le diplôme d'État d'infirmier qui obtenu après trois années en institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ou de posséder un diplôme équivalent. [21] [22] [23]

Nous venons d'évoquer brièvement les missions des soignants exerçant en EHPAD et nous pouvons constater que les résidents sont au cœur des missions soignants. La complémentarité des soins prodigués par les AS et les IDE permettent d'offrir la meilleure prise en charge aux résidents. Toutefois, nous relevons une complexité liée à leurs missions ; les soignants doivent combler un déficit, mais doivent paradoxalement chercher le maintien de l'autonomie. En France, ils existent plusieurs types d'EHPAD ; EHPAD privé associatif, EHPAD privé à but lucratif et EHPAD public. Si le métier dans chacune de ces structures reste visiblement le même, quelques spécificités existent quant à l'aspect juridique.

2.3. Les différents statuts juridiques en EHPAD et leurs écarts

En 2015, d'après la DRESS, les 7400 EHPAD recensés se répartissaient comme suit ; 3 344 EHPAD publics, 1 769 EHPAD privés à but lucratif et 2 287 EHPAD privés à but non lucratif. [24] Les EHPAD publics, peuvent être autonome, territorial rattaché à un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou rattaché à un établissement public de santé (EPS). Les établissements associatifs, quant à eux, peuvent être gérés par des mutuelles, des fondations, des caisses de retraite ainsi que des associations de loi 1901. Enfin, les établissements à but lucratif sont gérés par des groupes privés.

Afin d'assurer une qualité de prise charge des résidents, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont été mis en place fin 2016. Ces contrats sont signés par les conseils départementaux, les directeurs de structures ainsi que les Agences Régionales de Santé.[25][26] Ils « fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans notamment dans le cadre de la tarification ».[26] Ainsi, le système tarifaire est identique pour tout type d'établissement ; la section « soins » financée par la sécurité sociale, la section « dépendance » financée en grande partie par les départements et la section « hébergement » financée par les résidents de l'établissement. Concernant le financement des soignants ; les infirmiers relèvent à 100% de la section « soins », quant aux aides-soignants, ils relèvent à 30% de la section « dépendance » et 70% de la section « soins ».[27] [28] [29]

En revanche, les structures connaissent des spécificités en termes de droit du travail lié à leur statut juridique. Régies par le Code du Travail, le droit du travail au sein de ces structures est complété à travers des conventions collectives au sein des EHPAD privés et dans un « statut général » au sein des EHPAD publics. [30] Ci-dessous un tableau récapitulatif des statuts et conventions en fonction du statut.

	EHPAD Privé associatif	EHPAD Privé lucratif	EHPAD Public
Conventions/ Statut	Convention Collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif est notée CCN51	La convention collective nationale de l'hospitalisation privée à but lucratif est notée CCN 02	Statut général du fonctionnaire

Tableau 1: Les statuts et conventions en fonction du statut juridique de l'établissement

Source : auteur

Employé à tort et à travers le mot « fonctionnaire » ne désigne qu'en réalité qu'une partie, qui est certes majoritaire, des agents publics de l'administration.[31] Suite à l'obtention du concours, les agents titulaires de la fonction publique sont caractérisés par la « permanence de leur emploi et leur titularisation dans un corps et un grade ». En d'autres termes, l'administration se porte garante de trouver un emploi correspondant au grade du fonctionnaire en cas de suppression de son poste. Ces agents, dits « statutaires », ne sont pas soumis à des conventions ou à des contrats, mais à un statut de droit public. Depuis quelques années, les agents non titulaires se sont multipliés au sein de l'administration. Ces agents, qui ne sont pas titulaires du concours, sont recrutés dans des conditions plus souples. Cette catégorie ne possède donc pas la « permanence » et tous les avantages qui en découlent. Elle est composée de plusieurs régimes : agents auxiliaires, contractuels (en CDD ou CDI), vacataires (payés à la vacation et souvent à temps partiel) et les intérimaires. [31] [32] [33]

En résulte de ces différences de source de droit, des écarts par exemple les salaires. En FPH et FPT, les aides-soignants perçoivent 1600 euros brut mensuel en début de carrière, alors que dans le privé associatif le salaire est de 1672,07 (si coefficient 376) euros brut mensuel. Par ailleurs les infirmiers perçoivent 2033,44 (si coefficient 284) euros brut mensuel en début de carrière dans le privé lucratif et 2121,22 euros brut mensuel au sein du secteur associatif.

Les accords « Ségur de la santé » ont été lancés suite à la pandémie mondiale dans le but d'améliorer les conditions de travail des soignants et la prise en charge des patients. Ils ont notamment participé à octroyer une prime de 183 euros net aux personnels exerçant dans les établissements hospitaliers et les EHPAD relevant de la fonction publique hospitalière. Par la suite, cette augmentation a été étendue aux personnels privés ainsi qu'aux EHPAD relevant de la fonction publique territoriale.
Par ailleurs, le ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran a annoncé une revalorisation salariale des professionnels paramédicaux relevant de la fonction publique hospitalière. À partir du 1er octobre 2021, les accords envisagent de faire passer les aides-soignants de la catégorie C à la catégorie B. ainsi, selon le ministère de la Santé, un aide-soignant qui percevait 1532 euros net par mois après un an de carrière, verra son salaire passer à 1760 euros. Soit une augmentation de 228 euros net qui correspond aux 183 euros de la prime Ségur et au 45 euros net au titre du passage en catégorie B. Les infirmiers de la FPH sont également concernés par la revalorisation salariale. Les infirmiers de soins généraux vont percevoir après un an de carrière 2026€ net mensuel soit une augmentation de 290 euros (dont la prime de 183€ net mensuel qui est le premier axe du Ségur). En cours de négociation, cette revalorisation devrait s'étendre début d'année 2022 pour le personnel de la fonction publique de l'État, de la fonction publique territoriale ainsi qu'au secteur privé. [34] [35] [36]

En fonction du statut juridique, les règles de droit et les avantages diffèrent. En effet, nous avons pu constater des variations de salaire ou des avantages découlant du statut de fonctionnaire. Toutefois, le cœur du métier reste le même. Nous étudierons dans la prochaine partie, les conditions de travail des soignants en EHPAD.

2.4. Soignants en EHPAD : entre engagement et épuisement

Depuis quelques années, nous observons une diversification et une évolution du public accueilli en EHPAD. Le constat est sans équivoque : une proportion de résident plus âgés, qui entrent plus tardivement dans les établissements et qui sont caractérisés par des niveaux de dépendances de plus en plus importants. [21] [37]
Précédemment, nous avons pu observer que les résidents étaient au cœur du métier de soignant.[21][22][23] Par conséquent, il est évident que ces évolutions impactent

directement les conditions de travail des soignants et se traduisent par un alourdissement de leur charge de travail.

D'une part, l'évolution du public induit une réalisation plus importante des soins de nursing et d'hygiène. En résulte, un abandon progressif des soins relationnels, humains et du maintien des capacités. Par ailleurs, le niveau de dépendance nécessite une plus lourde prise en charge, et engendre la répétition de certains gestes et des efforts constants en manutention. [21] [38] Les contraintes d'ordre physique sont associées au travail soignant en EHPAD notamment par « la station debout prolongée, la manutention des personnes, les mouvements répétitifs, les déplacements, les postures inconfortables... » [21][38] Dans une enquête menée par la *DREES*, la plus grande partie des interrogés considèrent que ces risques font « partie du métier ».[21] Afin de réduire ces risques et soulager la pénibilité physique des soignants, les établissements s'équipent de matériel et incitent aux bonnes pratiques ergonomiques. Cependant, la présence d'équipements et pratique varient en fonction des établissements. [21] [38] [39]
D'autre part, cette évolution est accompagnée par une diversification importante des profils pathologiques au sein des EHPAD. Selon la DREES, en 2007, 42 % des résidents en EHPAD ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle. [21] [37] Cette diversification tend à se développer ces prochaines années. Ainsi, les « personnes handicapées vieillissantes, personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes présentant des conduites addictives » vivront en EHPAD. Les soignants identifient des risques liés aux pathologies des résidents, notamment, pour la pathologie démentielle. Ils énoncent par exemple des risques de chute, de blessure, de fugue, mais aussi de violences physiques comme verbales... [21] [37]

En résulte, un sentiment de stress et d'inquiétude permanant qui accentue la charge mentale chez les soignants.[21] Cette charge mentale est d'autant plus importante quand les difficultés d'exercices liés aux pathologies des résidents ne sont pas prises en compte au sein de l'organisation et qu'elles ne sont pas accompagnées d'une formation.[21][40][41] De surcroît, un sentiment d'impuissance et d'échec lié à la dégradation de l'autonomie de résident par les soignants. Ces sentiments sont d'autant plus renforcés lorsqu'elle est pointée du doigt par les proches du résident. Par

ailleurs, la perte d'autonomie progressive génère par la même occasion de la culpabilité. [21] Tous ces sentiments alourdissent la charge mentale des soignants. Le rapport à la mort peut être, de la même manière, une charge mentale supplémentaire.

L'organisation du travail des soignants soulève plusieurs paradoxes. Les soignants disposent d'une autonomie quant à la gestion de leurs missions afin de garantir un accompagnement personnalisé, mais doivent respecter, certaines plages horaires comme les heures de repas par exemple. Ainsi, certaines tâches ne peuvent être interchangées. Par ailleurs, les soignants ont tendance à dire qu'aucune journée ne se ressemble, mais les soignants ne cessent de répéter les mêmes gestes.
L'intensification des cadences est la principale conséquence de l'évolution du public accueilli et des modes d'organisation lorsque les moyens ne sont pas proportionnels à la charge de travail. Cette option est pour les soignants le seul moyen de réaliser l'ensemble de leurs tâches. Plus un résident est dépendant, plus sa prise en charge sera lourde. Cela nécessite donc un temps important, mais qui n'est pas compensé par l'augmentation du capital humain. La « pression de la pendule », définie par le travail dans l'urgence, est le quotidien des soignants ; « il s'agit de travailler vite, en ayant en tête la prochaine tâche ou le prochain résident, sans prendre le temps de « bien » travailler, mais aussi de s'interroger sur la manière optimale ou adéquate de réaliser tel ou tel acte pour chacun des résidents ». [21] [39][40] [41]

Le quotidien des soignants est marqué par diverses interruptions se succédant. Les « sonnettes » participent aux interruptions jalonnant la journée. Les « sonnettes », utilisées à mauvais escient par le résident, génèrent un sentiment d'agacement auprès des soignants. Ces interruptions s'ajoutant à la surcharge de travail créent un sentiment de frustration au sein des équipes qui se sentent insuffisamment disponibles pour les résidents. [21]

Cette fatigue physique et mentale peut être accentuée par l'organisation de la planification à travers certains roulements qui ne permettent pas un repos suffisant, l'alternance de jour/nuit ou l'amplitude horaire importante. Cette fatigue mentale peut être accentuée par l'organisation des plannings à travers certains roulements qui ne permettent pas au salarié de bénéficier d'un repos suffisant, l'alternance du travail de jour et de nuit ou l'amplitude horaire qui est importante. [21][38]

Par ailleurs, l'EHPAD nécessite une présence de soignants 24h sur 24 et 7 jours sur 7. La conciliation entre vie privée et personnelle constitue donc un réel enjeu, car les soignants sont amenés à travailler de nuit, le week-end... L'instabilité des plannings, dû à un fort taux d'absentéisme, vient accentuer cette difficulté de conciliation. [21] [39] [40]

Nous avons pu observer que l'évolution du public des résidents est caractérisée par un niveau de dépendance plus élevé. Cette intensification du niveau de dépendance entraîne, notamment, des prises en charges plus lourdes, un abandon de l'approche relationnelle, l'apparition de nouvelle pathologie. En résulte, un alourdissement de la charge physique et mentale chez les soignants. Ces conditions d'exercice poussent-elles les soignants en EHPAD à quitter leurs structures ?
Dans la prochaine partie, nous nous intéresserons au turnover des soignants en EHPAD, en évoquant les causes et les conséquences de ce phénomène.

3. TURNOVER DES SOIGNANTS EN EHPAD

3.1. Causes du turnover des soignants en EHPAD

Plusieurs causes peuvent expliquer le turnover des soignants en EHPAD. Afin de connaître les causes du turnover, nous nous appuierons sur quatre études.

Premièrement, la méta-analyse de Rubeinstein, Eberly, Lee et Mitchell (2018) qui traite du turnover volontaire. Une méta-analyse permet de combiner et de synthétiser les résultats d'études indépendantes concernant un problème donné. Cette méta-analyse possède un nombre de 57 déterminants. [42]
Deuxièmement, l'étude menée auprès de 30 EHPAD par la DREES intitulée « des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés » parut en septembre 2016. Cette étude s'intéresse aux conditions dans lesquelles le personnel exerce son travail.[21]
Troisièmement, il était pertinent d'intégrer l'étude des « Magnet hospitals: a hospital with good working and care conditions. » paru en 1983. Cette étude qualitative américaine a été menée par Margaret McClure, professeur de sciences infirmières,

auprès de 41 hôpitaux réputés attractifs. Le but était de mettre en lumière les hôpitaux qui arrivaient à attirer et fidéliser le personnel. [43]

Enfin, l'étude « Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France : impact de l'environnement local et du salaire » (2017) de Cécile Martin et Mélina Ramos-Gorand. Les auteurs dans cette étude s'intéressent particulièrement aux déterminants des départs volontaires (démission) des infirmiers et aides-soignants. Afin de mener cette étude au mieux, elles se basent sur deux échantillons ; l'un de 5478 infirmiers et l'autre de 13 444 aides-soignants. Ces échantillons sont composés uniquement de personnels en contrat à durée indéterminée évoluant en EHPAD privé en 2008. Pour cette enquête, seuls les salariés de moins de 60 ans ont été retenus afin de ne pas inclure les départs en retraite.[8]

En s'appuyant sur plusieurs modèles existants, Cécile Martin et Mélina Ramos-Gorand supposent que le turnover des soignants est lié à deux catégories de facteurs. D'une part, les facteurs qui engendrent une insatisfaction au travail. [8] Selon Rubenstein et al. (2018), la « satisfaction au travail » est « la mesure dans laquelle une personne aime son travail, mesuré globalement ou par ses différentes facettes (par exemple, le salaire, le travail lui-même, les pairs, etc.). ». (Définition libre) [42] Les conditions d'emploi, facteurs organisationnels ainsi que les caractéristiques personnelles du salarié peuvent générer une insatisfaction au travail . D'autre part, les sources environnementales regroupant des variables liées au marché du travail local. Les auteurs ont représenté cette idéologie sous forme de schéma.[8].

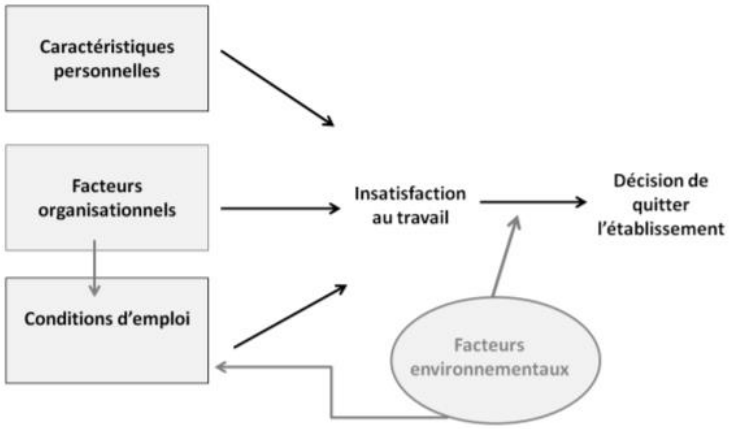

Figure 2: Les déterminants du turnover du personnel soignant en EHPAD

SOURCE [44]

Afin d'étudier ces différentes hypothèses, nous nous intéresserons, dans un premier temps, aux facteurs susceptibles de créer une insatisfaction au travail. Nous évoquerons par la suite les facteurs environnementaux.

3.1.1. Facteurs susceptibles de créer une insatisfaction au travail

L'étude des « Hôpitaux magnétiques » partage la vision de Rubenstein et al. (2018) concernant le lien entre satisfaction et rétention, ainsi qu'insatisfaction et turnover. Selon elle, « une satisfaction élevée est associée à un taux d'épuisement professionnel inférieur et réduit le niveau de stress émotionnel. Le niveau d'intention de quitter la structure baisse ». [42] [43]
Cette étude évoque également le process qui mène à un départ ; « les conditions négatives engendrent une insatisfaction au travail. L'intention de travail influe sur l'intention de quitter l'établissement. L'intention de quitter la structure se concrétise sur un départ. » [43]

Dans leurs études, Cécile Martin & al (2017), identifient deux types de caractéristiques susceptibles de générer insatisfaction au travail ; les caractéristiques individuelles du salarié et les caractéristiques de son emploi et son établissement. [8]

3.1.1.1. Caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles sont des déterminants qui sont propres à l'individu.
Les déterminants retenus pour les caractéristiques individuelles sont : l'âge, le sexe et la distance. Le tableau ci-dessous présente les définitions des déterminants cités. Les données ci-dessous sont extraites de l'étude « Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France : impact de l'environnement local et du salaire » [8]

Cécile Martin & al (2017) font référence à Barlet et Cavillon (2011) qui ont observé « une relation entre l'âge des infirmiers et leur probabilité de changer de mode d'exercice » et estiment que cette probabilité serait plus importante avant 35 ans et plus faible après 35 ans. [8] Rubenstein et al. (2018) souligne également une relation entre l'âge et roulement volontaire qu'il justifie par le fait que les plus âgés sont plus attachés à la sécurité et la stabilité de leurs carrières professionnelles. Ainsi, pour ces

derniers, plus le salarié est jeune et plus il serait susceptible de quitter l'organisation. [42] Néanmoins, les résultats de l'étude de Cécile Martin & al (2017) ne permettent pas de considérer l'âge comme un déterminant significatif. Plus que ça, elle ne partage pas la corrélation négative entre jeune salarié et départ. En effet, seuls les aides-soignants âgés de 45 à 50 ans sont plus susceptibles de quitter l'EHPAD dans lequel ils évoluent. [8]

En revanche, elles soulignent le caractère significatif de la distance et plus particulièrement pour les aides-soignants. Plus un aide-soignant habite loin de son lieu de travail, plus sa probabilité de départ augmente, car son insatisfaction grandit. Alors que les aides-soignants sont sensibles dès 5 kilomètres de distance, les infirmiers y sont sensibles à partir de plus de 20 km de distance. Autrement dit, les infirmiers ont une plus forte probabilité de départ dès lors que la distance domicile-travail excède 20km. [8]

Si la méta-analyse de Rubenstein ne relève aucune relation significative entre sexe et turnover volontaire, Cécile Martin & al (2017) établissent un lien entre sexe et mobilité. D'après les résultats de l'étude, les hommes ont une probabilité importante de 7 points de pourcentage de quitter leur EHPAD. [42] [8] En revanche, nous avons pu observer que la majorité des soignants sont de sexe féminin. [19] [20]

Si la distance est significative pour les aides-soignantes. L'âge des soignants ne semble pas être une variable significative. Mais qu'en est-il des caractéristiques d'emploi et d'établissement ?

3.1.1.2. Caractéristiques d'emploi et d'établissement

Dans cette section, nous nous intéresserons aux caractéristiques liées à l'emploi et à l'établissement à travers notamment ; le salaire, le taux d'encadrement en fonction du public accueilli, le statut de l'établissement, la taille de l'établissement, le degré de dépendance du public accueilli, stabilité des membres de la direction…

En fonction de la profession exercée, leurs impacts peuvent être plus ou moins significatifs.

Concernant, le salaire l'étude sur le « *turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France »* relève que le salaire peut avoir un impact significatif sur le turnover des aides-soignants. Selon l'étude, en augmentant leurs salaires nets de 1%, cela diminuerait leurs probabilités de quitter l'établissement de 1.2% à 1.3%. À l'inverse ce déterminant n'est pas significatif pour les infirmiers. Comme évoqué auparavant, les infirmiers ont un salaire beaucoup plus important que les aides-soignants et il est possible que ces derniers rencontrent moins de difficultés financières dans leur quotidien. [8]
Toutefois, les hôpitaux magnétiques et l'enquête menée par la *DREES* ne le considèrent pas comme seule mesure de la reconnaissance. Ils considèrent que la reconnaissance est la valorisation du travail des soignants et que celle-ci peut être réalisée à travers plusieurs actions. Ces actions mises en place par l'employeur contribuent à donner du sens et permettent de fidéliser le salarié. [43] [45] [21]

A contrario, les infirmiers semblent plus attachés à la qualité de la prise en charge. Cette idée est confirmée dans les « hôpitaux magnétiques ». Ainsi, plus la qualité des soins rendus au résident est bonne plus le salarié est satisfait. [43] Dans l'étude le *turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France*, cette qualité est évaluée à travers la variable « taux d'encadrement ». Afin de prendre en compte la diversité des besoins d'encadrements, le taux d'encadrement a été calculé en fonction du GIR en respectant les recommandations du Plan Solidarité grand âge (2007-2012).[8] Le taux d'encadrement impacte naturellement les conditions de travail du salarié et donc la qualité du service rendu aux résidents. Lorsque le taux d'encadrement est faible, cela sous-entend que les salariés ont une charge de travail plus importante et que le temps consacré avec chaque résident est réduit.[21] Cette théorie est partagée dans les « hôpitaux magnétiques », un ratio de personnel qualifié élevé est synonyme de satisfaction du salarié. [43] Ainsi, plus le taux d'encadrement augmente moins les infirmiers sont susceptibles de quitter l'EHPAD. Cependant, ce déterminant n'est pas significatif pour les aides-soignants. [8]

Les hôpitaux magnétiques et l'enquête sur *les conditions de travail en EHPAD* considèrent que l'ambiance au travail est un déterminant significatif pour les soignants. Ils soutiennent que des relations positives entre collègues contribuent à la satisfaction du salarié. Les interrogés confient que leurs collègues sont comme leur « famille ». En

appartenant, au groupe ils se soutiennent mutuellement, ils sont plus « motivés » et plus « efficients ». [21] [43] [45] Par ailleurs, Rubenstein et al. (2018) considère le déterminant « l'intégration au travail » comme significatif. Il définit « l'intégration au travail » par « un large éventail de raisons pour lesquelles une personne reste dans son travail. Englobe des liens (liens avec d'autres personnes et activités), adéquation (environnement compatible avec les valeurs et les besoins de l'individu), et le sacrifice (ce qu'un individu abandonnerait en quittant) ». (Définition libre) [42] Les chercheurs soutiennent qu'un salarié intégré est moins susceptible de quitter son entreprise. Ainsi, plus le salarié aura de bonnes relations avec ses collègues et plus il sera incité à rester au sein de l'établissement.[42]

Cécile Martin & al (2017), le déterminant « degré de dépendance » impact les infirmiers et les aides-soignants. Néanmoins, il est plus significatif pour les infirmiers. L'étude montre qu'une augmentation de la proportion de résidents GIR 2 et GIR3 par rapport au GIR 1, augmenterait la probabilité de départ des infirmiers. Ces derniers préféreraient pratiquer des soins techniques plutôt que des soins de nursing. Ainsi, ils sont plus fidèles aux établissements où l'état du résident est dégradé, car ils peuvent mettre en pratique leur savoir-faire.[8] Ces propos sont à nuancer pour les aides-soignants. Dans l'enquête de la DREES, un fort niveau de dépendance est synonyme de surcharge de travail qui génère un épuisement physique et mental. [21]

Le « statut de l'établissement » peut également générer un turnover. Cécile Martin & al (2017), soutiennent que cette variable n'est significative qu'avec les infirmiers. L'étude relève que les départs des infirmiers sont plus importants dans les EHPAD privés lucratifs.[8] Ces résultats viennent rejoindre les travaux des précédentes études américaines. D'une part, Wiener et al. (2009, page 200) « Les établissements à but non lucratif sont plus focalisés sur leur mission à accomplir que les établissements à but lucratif et ont un taux d'équipement plus élevé ainsi que d'autres caractéristiques qui peuvent améliorer la fidélisation du personnel ».[8] D'autre part, l'enquête des Hôpitaux magnétiques soutient que plus un établissement est « focus » sur les besoins des usagers, plus l'infirmier est satisfait.[43] Les infirmiers apprécieraient donc plus d'évoluer dans un établissement dont les finalités ne sont pas de faire le plus de bénéfice, mais seulement d'améliorer le bien-être de ses résidents. Ainsi, nous

pouvons faire un lien avec la variable « taux d'encadrement » qui révélait un intérêt des infirmiers pour la qualité de service rendu au résident.

Selon la *DREES*, les contraintes du bâtiment peuvent aussi avoir un impact sur la charge physique, par exemple des chambres qui ne sont pas adaptées. Les soignants mettront plus de temps lors de la prise en charge et la qualité sera de moins bonne qualité. Plus un bâtiment est ancien, plus les contraintes bâtimentaires seront présentes. Ainsi, plus un établissement est récent plus le salarié sera satisfait. Il sera donc moins incité à le quitter. [21]
De surcroît, cette enquête révèle également l'intérêt des soignants pour le taux d'équipement. Même si certains dénoncent l'équipement comme déshumanisant, ces équipements viendraient compenser la pénibilité du travail subi par les soignants. En revanche, certains dénoncent l'absence de formation quant à l'utilisation de ces machines.[21]

L'absence de formation notamment à l'égard de l'évolution du public, de l'équipement mis à disposition, la mort peut être source de stress. [21] En effet, ces derniers ont le sentiment de ne pas avoir toutes les armes nécessaires afin de garantir une prise en charge de qualité, mais surtout sécurisé. Les Hôpitaux magnétiques caractérisent la formation comme « valorisation professionnelle ». Elle serait génératrice de sens et lutterait contre la « déqualification progressive » et donc l'insécurité.[43] [45] En revanche Rubenstein et al. (2018) ne relève aucune relation significative. [42]

En 2005, Castle montre, d'une part, que plus un établissement est grand plus la probabilité de départ des soignants est importante. Martin et Ramos-Gorand confirment les propos de Castle concernant les aides-soignants. D'après elles, plus un établissement est grand plus la probabilité de départ des aides-soignants est importante. Les aides-soignants accorderaient beaucoup d'importance à la relation salarié/employeur. La direction serait plus à l'écoute des demandes des salariés vis-à-vis de l'organisation du travail et de leurs horaires dans les établissements de plus petite taille. [8] L'enquête *« Magnet Hopitals »* nous révèle les termes *« they listen to us »* ont été les expressions les plus souvent citées, du côté des infirmiers et par les membres de la direction. Nous pouvons donc considérer que l'écoute est un élément important pour les soignants. [43] [45]

D'autre part, Castle relève une relation entre stabilité des membres de la direction et probabilité de départs des salariés. Selon lui, lorsque les membres de la direction sont stables au sein d'un établissement les salariés seraient moins enclins à le quitter. Castle évoque trois raisons qui justifient son raisonnement : « une forte rotation du personnel de direction pourrait avoir une influence déstabilisante sur l'organisation, générer un comportement de désengagement du personnel soignant vis-à-vis de l'institution, et enfin conduire à une dégradation de la qualité qui augmenterait de ce fait l'insatisfaction du personnel en place » [8]. A contrario, *Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France* ne relève pas de relation significative.[8]

En revanche le style de management est, d'après l'enquête menée par la *DREES* et les hôpitaux magnétiques, un élément déterminant. Plus un soignant dispose d'une autonomie dans son travail, plus il est satisfait. En effet, l'autonomie est perçue comme un gage de confiance et réduit l'intention de quitter l'entreprise. [21] [43]

Nous avons pu observer que plusieurs déterminants peuvent être à l'origine d'une insatisfaction au travail. Si le salaire semble avoir un impact significatif sur l'intention de départ des aides-soignants, les infirmiers semblent être plus sensibles à la qualité de service rendue au résident. Cette idée est confirmée à travers les départs des infirmiers qui sont plus importants dans les EHPAD privés. En effet, les IDE préféreraient évoluer dans un établissement où le bien-être des résidents est la priorité. De surcroît, l'ambiance de l'établissement, l'intégration au travail, le style de management et la formation participent à la satisfaction des deux catégories professionnelles.
Un soignant qui n'est pas pleinement satisfait au sein de sa structure peut décider de la quitter dès lors qu'une opportunité extérieure se présente à lui. Il peut s'il le souhaite changer de mode d'exercice ou de travailler dans un EHPAD concurrent.

3.1.2. Facteurs environnementaux

Dans cette partie, nous nous intéresserons aux facteurs environnementaux.
Les soignants en EHPAD peuvent décider de changer de mode d'exercice et se diriger vers le secteur hospitalier. D'après l'INSEE, en 2008, le niveau net moyen des

rémunérations des infirmiers s'élevait à 25220 euros dans les hôpitaux privés à but non lucratif et 24820 euros dans les hôpitaux privés à but lucratif. Or, les infirmiers interrogés dans l'étude ont déclaré avoir un salaire net moyen de 25205 euros. [8]

En se basant sur les chiffres de 2008, l'attractivité du secteur hospitalier relèverait donc plus de la nature du travail.

Selon Josse (2012), « le travail en hôpital est perçu comme plus qualifiant [...] et moins limité, car il semble plus facile de changer de service au sein de l'hôpital qu'en venant d'un EHPAD ». [8] Les résultats de l'étude, turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France, montrent une relation significative entre présence proche d'un hôpital et départ des soignants. Les soignants seraient plus enclins à quitter leurs EHPAD pour le secteur hospitalier. L'hôpital leur offrirait plusieurs perspectives d'évolution à travers des évolutions de carrières plus intéressantes qu'en EHPAD. En effet, les hôpitaux détiennent une plus grande variété de postes et de secteurs. [8]
Cependant, l'enquête menée par la *DREES*, nous dépeint une tout autre vision des soignants vis-à-vis de l'hôpital. Elle est décrite comme « une machine inhumaine, impersonnelle, froide ». Cette image contraste avec le caractère « familial » de l'EHPAD. [21]

Les infirmiers peuvent aussi décider de s'orienter vers le secteur libéral.[8] L'enquête du *turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France* montre que plus la présence d'infirmiers libéraux dans le bassin de vie du lieu de résidence est forte, plus les infirmiers sont susceptibles de rejoindre ce mode d'exercice.

Le territoire souffre de disparité en termes de densité d'infirmiers libéraux. Les infirmiers libéraux prodiguent d'actes ; les actes médicaux infirmiers (AMI) et les soins nursing. Selon Barlet & Cavillon (2011), plus la densité d'infirmiers libéraux est importante plus les infirmiers libéraux sont amenés à prodiguer des soins nursing.
Dans les régions sous-dotées en infirmiers libéraux, ce sont les services d'aides à domicile qui prodiguent ces soins. En jonglant entre ses deux actes, les infirmiers libéraux peuvent s'adapter aux besoins de la population même lorsque l'offre est importante. Ainsi, ils peuvent bénéficier d'un train de vie confortable ce qui peut inciter les infirmiers salariés à rejoindre ce secteur. [8]

Cependant depuis 2011, l'avenant de la convention nationale des infirmiers libéraux restreint l'accès à cette activité dans les régions fortement dotées en infirmiers libéraux. Il n'est possible d'intervenir qu'en remplacement d'un départ.[8]

Par ailleurs, l'étude « *Turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France*» souligne une relation négative significative entre l'intention de départ des aides-soignants et la concentration d'aides-soignants dans le bassin de vie où il réside. Autrement dit, plus la présence d'aides-soignants est importante dans le bassin de vie où réside le salarié, moins il sera enclin à quitter son établissement. [8]

D'après les auteurs, deux raisons peuvent expliquer ce comportement. D'une part, les aides-soignants sont moins incités à quitter leur établissement, car les opportunités d'embauches sont rares en raison de la forte présence d'aides-soignants sur le marché du travail local. D'autre part, les aides-soignants peuvent estimer qu'ils exercent dans une zone attractive et ne voient pas l'intérêt de la quitter. [8]

Selon les données de 2008, les salaires du secteur hospitalier et l'EHPAD étaient sensiblement les mêmes. L'attractivité relèverait donc d'autres facteurs ; le travail plus qualifiant ainsi que les perspectives d'évolution sembleraient attirer les soignants évoluant en EHPAD. Mais il est également perçu comme une « machine inhumaine et froide ».

Néanmoins, il est important de noter que ces informations datent de 2008. Nous avons pu constater que le secteur de la FPH était priorisé par l'État en termes de revalorisation de salaire. Ainsi, ces orientations peuvent avoir un impact l'intention de départs des soignants en EHPAD. Mais quel est l'impact du turnover sur la qualité et continuité de service ?

3.2. Le turnover des soignants impact la qualité et générateur de surcouts

3.2.1. Turnover générateur de surcoûts

Le départ d'un collaborateur est un coût financier pour l'entreprise. Les frais financiers de ce départ doivent se calculer à partir du moment où le collaborateur a perdu de sa productivité. Par exemple, le collaborateur qui recherche des offres d'emploi sur un jobboard sur son temps de travail.[46] Ce comportement peut être associé au *« présentéisme ».* Ce terme inventé par Jean-Pierre Brun exprime la présence physique d'un salarié cependant ce dernier est souvent « perturbé », il est en quelque sorte absent ou distrait.[47] Ce comportement impacte donc la productivité du salarié. D'un point de vue économique, un départ franc et impulsif d'un collaborateur est plus intéressant qu'un salarié désengagé et/ou désimpliqué. En effet, si sa performance était probablement impactée, il pourrait par la même occasion avoir un impact sur la motivation de ses collègues. [46]

Qu'il soit prévu ou non, le départ d'un collaborateur entraîne des coûts pour l'employeur. Les coûts liés au départ prenant en compte les frais engendrés durant la période où le collaborateur se sépare de l'organisation. Les coûts de remplacement qui comprennent la période de recherche et d'embauche du nouveau collaborateur. Enfin, les coûts d'intégration qui représentent le différentiel de productivité entre le salarié sortant et l'instant où le nouveau salarié aura atteint le niveau du salarié sortant. [46] [48]

Concernant les coûts de départ, les coûts directs visibles engendrés par un départ comprennent principalement les charges administratives. En revanche, plusieurs coûts indirects sont engendrés suite à un départ du salarié. La perte de productivité du salarié est un coût qui n'est pas visible. Celle-ci commence dès lors que le salarié pense à quitter l'entreprise et non pas à la réception de la démission. Par ailleurs, il engendre une perte des compétences, savoir-faire et des connaissances. En effet, au fil du temps, le salarié a acquis de l'expérience, une méthode de travail, une technique spécifique à l'organisation. [46] [48]

Les coûts directs liés au remplacement sont multiples. Le service compétent doit actualiser et diffuser l'annonce. Les frais de communication représentent tout le temps

passé à diffuser et à faire connaître l'annonce. Ils comprennent l'inscription sur des sites ou salons de recrutement, les frais d'annonces et de mise en ligne… Concernant, la sélection et les entretiens ; le temps dédié pour ces derniers est aussi un coût : rédactions des annonces, les frais de sélection, entretiens, prise de références. Par ailleurs, en cas de rupture du poste, l'entreprise peut recourir à l'agence d'intérim temporaire. En plus d'être onéreuse, cette option ne permet pas d'apporter des compétences durables et stables au sein de l'organisation. [46] [48]
La perte de productivité et l'impact sur la motivation des collègues sont des coûts indirects liés au remplacement. Les postes vacants engendrent une surcharge de travail pour les salariés. Par ailleurs, le processus de recrutement du nouveau collaborateur est, d'une part, une perte de temps pour le manager. En effet, en plus d'assurer la continuité de service, le manager doit dégager du temps pour conduire les entretiens. D'autre part, une perte de temps pour le service de Ressources Humaines. En dédiant son temps dans ce processus, il consacre moins de temps pour les autres missions du service. [46] [48]

Les coûts directs liés à l'intégration du nouveau candidat sont les frais de formation, administratifs et médicaux. Les coûts indirects sont plus nombreux. En plus d'engendrer des frais d'apprentissage interne, en conseillant, rassurant, évaluant le nouveau collaborateur durant sa période d'intégration. Le manager de proximité ainsi que les salariés doivent assurer la continuité et qualité de service tout en formant ce dernier. Le nouveau salarié n'étant pas directement opérationnel et ne connaissant pas tous les rouages du poste et de l'organisation impactera la productivité ; baisse de qualité, baisse de productivité, production non conforme… Cette période d'adaptation pourra, par ailleurs, impacter l'image de l'entreprise et auprès de ses clients et usagers. Le différentiel d'efficacité est également un coût indirect lié à l'intégration. En perdant son collaborateur a perdu en efficacité. Cette efficacité sera retrouvée lorsque le nouveau collaborateur aura atteint le niveau de productivité et la qualité du salarié qui est parti. [46] [48]

3.2.2. Turnover qui impact la qualité et la continuité de service

Un turnover important au sein d'un EHPAD peut également impacter indirectement et directement la qualité de la prise en charge d'un résident.
D'une part, de manière indirecte via à travers le taux d'encadrement. Le départ d'un soignant peut engendrer un fonctionnement temporaire de l'établissement en sous-effectif. De ce fait, le taux d'encadrement est donc insuffisant. En France, en 2007, on compte 5,7 ETP soignants pour 10 résidents (Ratte et Imbaud, 2011), tandis que dans certains pays européens, tels que la Suisse ou le Danemark, ce ratio dépasse le 10 ETP. (Nénin et Lapart, 2011). Or, le taux d'encadrement est un déterminant positivement corrélé à la qualité (Dormont et Martin, 2013). Plus il y a de soignants, plus la qualité de service au résident est bonne. Cela peut notamment s'expliquer par le fait que les soignants ne sont pas pressés par le temps et donc possèdent tout le temps nécessaire pour prodiguer les meilleurs soins. [44]

D'autre part, une forte rotation du personnel peut dégrader de manière directe la qualité de la prise en charge à destination des résidents. Il peut, dans un premier temps, être à l'origine d'interruption dans la continuité des soins (Cohen-Mansfield, 1997) [49] et être source d'accident iatrogène dû à des erreurs d'administrations des thérapeutiques. [50]
Par ailleurs, le turnover nuit aux relations entre résidents et soignants comme le souligne Wiener en 2009 ; « staff do not have time to learn the needs and preferences of individual residents ». Ce qui signifie que le personnel n'a pas le temps pour connaître les besoins et les préférences de chaque résident. Nénin et Lapart (2012), professionnels du secteur, expliquent de manière concise cette "le turnover important du secteur entraîne des conséquences : les nouveaux personnels ne connaissent pas les résidents, leurs pathologies, leurs besoins d'aide, leurs habitudes, n'ont pas les formations nécessaires". [44] Réjault (2009) confirme et complète l'analyse de ce dernier « ce turnover permanent crée de grandes souffrances chez les résidents. Les remplaçants n'ont pas particulièrement envie de les connaître [...] le plus souvent, il s'est passé du temps avant que l'on remplace les personnes absentes ». [44]

Mais il peut également avoir des conséquences sur l'état de santé des résidents. Une étude menée en 2008 étudie le lien entre le turnover des soignants et l'état de santé

des résidents à travers trois variables ; le degré d'incontinence, l'état dépressif du résident, et l'existence d'au moins une chute au cours de l'année du résident. L'étude démontre que le turnover de soignant, et plus particulièrement le turnover des aides-soignants, impacte significativement l'état de santé des résidents (voir tableau ci-dessous). Ce phénomène peut probablement s'expliquer par le fait que les aides-soignants sont en lien permanent avec les résidents. Les chercheurs observent que plus le turnover des soignants est important, plus le degré d'incontinence du résident, l'état dépressif, l'existence d'au moins chute au cours de l'année du résident sont importants.

Par ailleurs, ils soulignent également que plus le turnover des soignants est élevé plus la proportion de résidents décédés rapidement est importante. [44]

	Degré d'incontinence	Etat Dépressif	Chutes	%décès-1an
$\textbf{Turnover}_{Inf}$	$0,059^{\dagger}$	*ns*	*ns*	$0,012^{**}$
$\textbf{Turnover}_{AS}$	$0,171^{*}$	$0,168^{*}$	$0,214^{**}$	$0,051^{**}$

Seuils de significativité : † : 10% * : 5% ** : 1% *ns* : non significatif

Echantillon de 2 790 résidents dans 408 établissements (INF) *et de 2 567 résidents dans 384 établissements* (AS)

Source : DADS 2008 *(INSEE)* et enquête EHPA 2007 *(DREES) - Calculs C.Martin et M.Ramos-Gorand*

Tableau 2 : Régressions logistiques de l'état de santé des résidents et régression tobit du pourcentage de décès dans l'année suivant l'institutionnalisation des résidents sur les taux de turnover infirmier et aide-soignant

Source : [44]

Dans cette première partie, nous avons pu constater que la notion de turnover est vaste et complexe. Ici, nous nous intéressons au turnover volontaire des soignants. En d'autres termes, au départ à l'initiative du salarié qui est réalisé hors organisation et qui aurait pu être évité par le manager. Ces départs dont la rétention est souhaitée par l'employeur peuvent engendrer des coûts liés au départ, au remplacement et à l'intégration. De surcroît, il peut aussi avoir un impact sur la qualité et la continuité de service en engendrant, par exemple, un fonctionnement temporaire de l'établissement en sous-effectif ou en entraînant des erreurs d'administrations des thérapeutiques.

Les conditions d'emploi, facteurs organisationnels ainsi que les caractéristiques personnelles du salarié peuvent générer une insatisfaction au travail. Un soignant qui n'est pas pleinement satisfait au sein de sa structure peut décider la quitter dès lors qu'une opportunité extérieure se présente à lui. Il peut s'il le souhaite changer de mode d'exercice en travaillant à l'hôpital ou en libéral. Il peut également travailler dans un

EHPAD concurrent dont le statut juridique est plus avantageux ou un EHPAD implanté dans une zone géographique plus attractive.
En revanche, tous ces éléments récoltés relèvent de la théorie. Mais ces éléments reflètent-ils la réalité du terrain ?

PARTIE 2 : ETUDE DE TERRAIN

Nous venons d'évoquer le turnover des soignants d'un point de vue théorique. Dans cette partie, nous procéderons à une enquête terrain. Les objectifs de cette approche sont multiples. Cette enquête de terrain nous permettra, notamment d'apprendre et de comprendre davantage ce phénomène à travers les déclarations des principaux acteurs.

1. METHODOLOGIE

1.1. Contexte et objectif de l'étude

Comme énoncé auparavant, le turnover des soignants en EHPAD étant le sujet de ce travail, la population cible est donc tous les EHPAD en France.

L'objectif de cette enquête est de connaître la perception des principaux acteurs sur le turnover des soignants en EHPAD. L'objectif final est bien entendu d'apporter des solutions à ce phénomène.

Mais avant tout propos, il était important d'une part, de confronter les éléments des différents interrogés entre eux, mais aussi à la partie théorique. Est-ce que les éléments théoriques énoncés sont une vérité générale ou existe-t-il des subtilités ?

D'autre part, enrichir la partie théorique sur certains aspects qui ne sont pas assez développés.

1.2. Méthodologie et support

Afin de récolter le maximum d'information pour ce travail, nous opterons pour une méthode qualitative avec des entretiens semi-directifs. « L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes. »[3] (Lincoln, 1995)

Nous nous inspirons de la méthode des hôpitaux magnétiques qui dans son étude a interrogé deux types de catégories ; les soignants et les membres de la direction. D'une part pour la catégorie les soignants, nous nous intéresserons plus particulièrement aux aides-soignants et aux infirmiers. Il est logique que ces acteurs de terrain soient plus à même d'évoquer leur quotidien. Mais nous attendons aussi de ce public qu'ils soient force de proposition quant à la réduction de ce phénomène. D'autre part concernant les membres de la direction, nous interrogerons exclusivement des directeurs d'établissement et Directeurs de Ressources Humaines.

Pour ce faire nous utiliserons un guide d'entretien à destination des soignants (Annexe II) et un autre à destination de la direction d'EHPAD (Annexe I). À l'image de l'étude des hôpitaux magnétiques, les questions restent sensiblement les mêmes afin de confronter les points de vue des deux catégories.

1.3. Construction du guide d'entretien

Afin de confronter, la partie théorique à la partie bibliographique, il était pertinent d'utiliser les mêmes déterminants relevés durant mes lectures. Toutes les variables utilisées dans la partie 1, n'ont pas été incluses dans le guide. Les variables qui figurent, dans le guide sont entre autres :

- Le sexe
- L'âge
- La fonction
- L'origine géographique

[3] L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes, Disponible sur : https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/

- Statut de la structure : Privé lucratif, privé associatif, public
- La distance entre le lieu de résidence et lieu de travail.

Avant tout propos, une mise en contexte une explication de la démarche et les objectifs de ce travail seront énoncés.

Le guide d'entretien est construit de la manière suivante :

- Présentation/découverte
- Choix du secteur d'activité
- Causes et conséquences
- Préconisations

La partie présentation et découverte consiste à inviter l'interlocuteur à se présenter. Le but est de récolter un maximum d'information concernant la personne interrogée. Dans le cas où elle a des difficultés, celle-ci sera orientée par des questions (âge, lieu de résidence, parcours professionnel...).

Même si les questions restent visiblement les mêmes pour les deux catégories sélectionnées, quelques nuances sont tout de même apportées. Par exemple, la partie « choix du secteur d'activité », n'apparaît pas dans le guide d'entretien des directeurs. Ces questions à destination des directeurs s'avèrent être non pertinentes dans ce travail de recherche. Cette section a pour objectif de connaître les motivations des soignants quant à leur choix de structure. Est-ce un choix réfléchi et désiré ? Ou est-ce un choix par dépit ? Par ailleurs, nous pourrons enrichir ce travail à travers la question sur les ruptures de carrière.

Une section causes/conséquences est également intégrée au guide. Cette section est à destination de tous mes interlocuteurs. Après, avoir invité les interlocuteurs à donner leur définition du turnover, ici, nous chercherons à savoir s'il y a un turnover au sein de la structure de l'interlocuteur, si le turnover le met en difficulté, les causes et les conséquences.

Enfin une section préconisation afin de récolter des actions de fidélisation du personnel. Cette section est à destination des deux catégories. Le but est de savoir si

des actions sont déjà mises en place au sein des établissements, d'évaluer leur efficacité et de savoir si mes interlocuteurs.

1.4. Acteurs

Initialement, il était également convenu de contacter l'ARS des Hauts-de-France ainsi que le Conseil du Département du Nord afin de disposer des taux turnover des établissements.
L'objectif était d'interroger les établissements ayant un taux élevé et les établissements.
Ainsi, il aurait été intéressant de comparer les établissements entre eux, de connaître et les raisons de ces disparités.

Sans réponse de la part de ces instances, les interlocuteurs ont donc été choisis de façon aléatoire tout en diversifiant les types de structure juridique.

Ainsi, les directeurs d'EHPAD interrogés ont été contactés via le réseau social professionnel LinkedIn. Du côté des soignants, l'existence de cette enquête s'est faite via le bouche-à-oreille.
Le tableau ci-dessous récapitule des interrogés en fonction du type d'EHPAD.

	Privé associatif	Privé lucratif	Public	Total
Directeurs/DRH	2	1	2	5
Aides-soignants	0	2	1	3
Infirmiers	1	0	0	1
TOTAL	3	3	3	9

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des entretiens semi-directifs réalisés selon le type d'établissement

Source : auteur

Tous les interrogés proviennent du département des Hauts-de-France, à l'exception d'un DRH dont le siège se situe à Paris.

1.5. Organisation et analyse des entretiens

Par mesure de prévention due au contexte sanitaire, les échanges téléphoniques ont été privilégiés.
Avant d'entamer les entretiens, une proposition d'enregistrement a été établie. Par ailleurs, les interlocuteurs ont été informés du caractère anonyme de l'entretien.

Les entretiens ont été réalisés entre les mois d'avril et mai. La durée des entretiens varie entre 28 et 47 minutes.

Suite à ces entretiens, une retranscription complète a été réalisée. Afin de faciliter l'analyse de ces résultats, des synthèses ont été réalisés pour chaque entretien. Ces résultats figurent en annexe. Ainsi, un plan se dessinait au fur et à mesure des entretiens. Dès lors, qu'une redondance des éléments apportés par les entretiens a été observée, ces derniers ont pris fin.

Dans la prochaine section, nous exposerons les résultats en abordant les difficultés du métier des soignants, nous poursuivrons avec le manque d'attractivité du secteur et enfin les impacts sur la qualité et la continuité de service en fonction des différents acteurs.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. Soignants en EHPAD un métier peu valorisé et qui riment avec difficulté

2.1.1. Épuisement physique et moral

« *Épuisement physique et mental* », « *usure professionnelle* », « *fatigue* » ... Ce sont des termes qui ont été cités lors de tous les entretiens, quel que soit la catégorie.

D'après les interrogés, l'épuisement lié, d'une part, lié à une surcharge de travail. Ils identifient plusieurs causes qui engendrent cet épuisement.

À l'instar l'étude de la *DREES*, les soignants évoquent l'évolution du profil des résidents caractérisés par une dépendance plus importante. Celle-ci nécessite une prise en charge plus lourde et épuise davantage les soignants. Mais elle aussi par ailleurs, engendre aussi une source de charge mentale pour le soignant comme l'illustre les propos d'une aide-soignante. (*CF partie soignants en EHPAD : entre engagement et épuisement*)

Parallèlement, les soignants, de tout type d'EHPAD confondu, dénoncent une surcharge de travail lié à un faible taux d'encadrement. Les nombreux absences et arrêts viennent impacter négativement ce taux d'encadrement. De ce fait, il arrive dans certains établissements, notamment le public et le privé lucratif, qu'il ait 2 aides-soignants pour 26 résidents.

L'étude sur le « *turnover élevé du personnel soignant dans les EHPAD privés en France* » révèle une relation significative, pour les infirmiers, entre taux d'encadrement et intention de départ. En revanche, elle ne la considérait pas significative pour les aides-soignants.

D'après les résultats, qui sont certes à plus petites échelles, il existe bien une relation significative corrélée négativement entre turnover des aides-soignants et taux d'encadrement. Les directeurs rejoignent cette idée et ont pleinement conscience de l'importance du taux d'encadrement, mais rencontrent des difficultés de recrutement dû notamment à la pénurie de soignants.

Les soignants soulignent aussi une surcharge de travail lié aux missions formelles qui s'entassent au quotidien. Les soignants donnent comme exemple la formation et l'intégration d'un nouveau collaborateur ou mettre en place des animations pendant la Covid19.
Par ailleurs, il est important de souligner la lassitude et la frustration. Les soignants sont lassés « de répéter toujours la même chose » à chaque nouvelle arrivée. Ces sentiments viennent nourrir davantage la fatigue mentale des soignants.

L'ajout de mission accentue l'épuisement physique, mais aussi mental. Les soignants ont des difficultés à assurer leurs missions relatives aux soignants et se sentent donc submergés.

Les aides-soignants dénoncent, par ailleurs, un ajout de tâches informelles comme certains abus des infirmiers qui délèguent certaines de leurs missions.

Les soignants et les directeurs définissent les métiers soignants comme difficiles à endosser. En étant au centre de la prise en charge, ils doivent faire le lien entre tous les acteurs. Si certains trouvent cela gratifiant, d'autres ont du mal à gérer la pression.

Un déséquilibre de la charge de travail accentue l'épuisement des soignants. Un phénomène présent a été soulevé par plusieurs soignants. D'après les entretiens, les aides-soignantes les plus anciennes ont tendance à vouloir « manger les petits nouveaux ». Les interrogés se plaignent de certaines aides-soignantes qui « ne font pratiquement rien et qui s'attire tous les mérites ». Ces interrogés doivent donc réaliser plus de soins qu'initialement. Par ailleurs, cette situation peut déboucher sur des conflits et contribuer à la mauvaise ambiance.

D'autre part, l'épuisement peut être lié à l'organisation de travail et au management.
L'amplitude horaire engendre également un épuisement des soignants. Certains soignants sont amenés à faire 10h par jours voire 12h par jour et confient « ne plus savoir bouge » à la fin de leur journée de travail.

L'instabilité des plannings peut être aussi source d'épuisement et de frustration. Les soignants pointent du doigt les soucis d'organisation dans leurs vies privées, par exemple chercher les enfants ou pour un rendez-vous médical.

La crise Covid a également bouleversé l'organisation et les habitudes de toutes organisations. Cette pandémie est une charge mentale et physique pour les soignants. D'une part, la peur permanente de contracter le virus et de contaminer un proche vulnérable est une charge mentale supplémentaire pour les soignants.

D'autre part, le COVID19 a aussi eu des incidences dans leurs quotidiens de soignant qui a nourri un épuisement déjà présent. Au niveau de la tenue vestimentaire et des équipements de protection individuelle, les soignants devaient s'équiper de blouses, surblouses, masques FFP2, visière, gant… Les soignants nous confient que l'été était « insupportable ». En cas de suspicion COVID, les soignants devaient réitérer ces opérations. La perte de temps et la peur de contracter le virus sont une charge émotionnelle pour les soignants.

L'infantilisation de la direction à l'égard des soignants est perçue comme un manque de confiance en eux. Se nourrit un sentiment de lassitude et épuisement.
Par ailleurs, quelques soignants me font également part d'un manque de soutien de l'employeur lors des « tensions » entre famille et soignants.

Le métier de soignant est un métier qui est épuisant à la fois physiquement et mentalement. Cet épuisement peut être la cause de départ d'un salarié. Mais ce départ peut être aussi lié à l'absence de valorisation du métier soignant et à la faible l'attractivité du secteur d'activité.

2.1.2. Un secteur peu valorisé et qui manque d'attractivité ?

Plusieurs directeurs m'évoquent des besoins supérieurs aux ressources dus à la pénurie de soignants. Par ailleurs, ils m'expliquent par la même occasion que l'EHPAD souffre d'une mauvaise image infligée par les médias suite à plusieurs scandales.
Par conséquent, les directeurs ont pleinement conscience qu'il est nécessaire d'attirer les talents, mais aussi et surtout de fidéliser son personnel. Pour y parvenir, ils m'expliquent que la structure doit être attractive.

« L'attractivité » est un terme qui a été prononcé par tous les directeurs que j'ai interrogés. En les invitant à me définir ce terme, j'ai pu constater que ce terme pouvait englober beaucoup d'aspects.

D'une part, l'attractivité liée à l'emploi et l'établissement.

Certains directeurs relèvent une relation significative entre le bâti et l'attractivité d'une structure. Un salarié qui évoluerait dans « un établissement qui est beau et bien entretenu » serait plus attractif. La plupart des soignants partagent cette idée, une aide-soignante justifie d'ailleurs son choix d'établissement, notamment, par sa « nouveauté » et sa « propreté ».

Nous avons pu étudier l'impact du bâti dans la partie 1 (CF soignant entre engagement et épuisement) à travers l'enquête de la DRESS qui stipule que plus un établissement est récent, plus les locaux sont adaptés à la prise en charge et facilite les conditions de travail du salarié.

Ici, nous pouvons déduire que plus un bâtiment est récent et bien entretenu plus il est attractif. De ce fait, les salariés seront moins incités à quitter la structure.

L'aide-soignante poursuit la justification en soulignant la faible distance entre son domicile et son lieu de travail. La distance domicile et lieu de travail est un déterminant significatif, mais plus particulièrement pour les aides-soignants. Il s'avère que tous les aides-soignants interrogés travaillent dans la même ville que son lieu de résidence.

Ces éléments appuient donc l'étude *« turnover des soignants en EHPAD privé »* qui soutient que la distance est un déterminant significatif et plus particulièrement pour les aides-soignants. Plus un aide-soignant habite loin de son lieu de travail plus sa probabilité de départ augmente, car son insatisfaction grandit.

Toutefois, l'attractivité d'un établissement ne se limite pas à la distance qu'il a avec le domicile du soignant et sa date de construction.

La qualité de la prise charge du résident semble un élément déterminant, voire essentiel, pour les soignants. Tous les entretiens, directeurs et soignants, se rejoignent sur l'importance de ce déterminant.

En revanche, les soignants évoluant dans le secteur privé expriment une priorité donnée au détriment de la qualité de la prise en charge. Selon un soignant qui évolue dans ce secteur, les seules priorités de son établissement depuis la privatisation sont

de faire « de la marge et du bénéfice ». Cette philosophie se traduit par des toilettes limitées par le temps.

Ces retours d'expérience rejoignent les travaux de Wiener et al. (2009) et l'étude des « Hôpitaux Magnétiques » qui affirment qu'un soignant sera plus satisfait dans un établissement dont les finalités ne sont pas le bénéfice.
Cependant, l'idée de Wiener et al (2009) qui avance que les taux d'équipement sont plus élevés dans les établissements à but non lucratif est à nuancer.
D'après les retours des entretiens, les EHPAD associatifs et les EHPAD privés à but lucratif semblent les mieux équipés par rapport au secteur public. Ces propos sont tout de même à prendre avec des pincettes, car l'échantillon est très faible et n'est donc pas représentatif.

Néanmoins, les soignants sont, d'après les entretiens, très sensibles aux équipements au sein d'une structure, car nous avons pu l'évoquer dans la partie précédente, ils pratiquent des métiers difficiles physiquement.

L'ambiance de travail est un élément qui contribue à la qualité de vie au travail. Cet élément est ressorti lors de tous les entretiens, quelle que soit la catégorie de la population interrogée. Un aide-soignant exprime son envie de départ, qui est due principalement à la mauvaise ambiance ;
« Une des raisons qui me donne envie de partir, c'est la mauvaise ambiance. T'as beau avoir un moral d'acier au bout d'un moment ça peut percer la coquille, ils peuvent déteindre sur toi et il n'y a rien de pire ».

À l'inverse, des soignants interrogés ne se voient pas partir de l'établissement, car ils ont tissé des liens et considèrent leurs collègues comme leurs « deuxièmes familles ».

À l'instar des « Hôpitaux Magnétiques », les soignants considèrent ce déterminant comme essentiel, en effet, faire partie d'une équipe soudée leur permet de se soutenir et d'avancer au mieux dans leurs missions.

Par ailleurs, la dynamique de projet est un déterminant, cité par les directeurs, car il contribuerait à leur donner un sentiment d'appartenance. Du côté des soignants, un infirmier a identifié la dynamique de projet comme étant un facteur de fidélisation.

D'après les faibles retours des soignants, nous pouvons imaginer qu'une relation existe entre dynamique de projet et départ d'un salarié. Cependant elle ne serait pas significative, notamment auprès des aides-soignants.

Le style de management est beaucoup pointé par les soignants. Un management à leur écoute et avenant participera une fidélisation de ces derniers.

A contrario, un management « à l'ancienne » qui est « froid » et « pas très humain » favorisera un départ de ces derniers. Ils estiment que ce management banalise les relations humaines et créées des distances entre membres de la direction et salarié. Moins le management tendra vers une approche relationnelle et humaine, moins son management sera attractif et plus le soignant sera enclin à quitter l'établissement.

De surcroît, la flexibilité et la souplesse au niveau des plannings sont des facteurs déterminants pour les soignants. En effet, il leur permettrait de concilier au mieux la vie professionnelle et la vie personnelle. Plus un établissement est flexible au niveau de la planification, plus le soignant sera satisfait et moins il souhaitera quitter l'établissement.

Concernant la reconnaissance, d'après les directeurs, elle participerait à l'attractivité d'un établissement. Ils estiment même que la reconnaissance est un déterminant significatif. Ils considèrent que la reconnaissance est la valorisation du travail. D'après eux, un salarié dont le travail est reconnu et valorisé serait moins enclin à quitter l'établissement.

À travers les entretiens des soignants, nous pouvons constater que ce déterminant est significatif pour eux.
La majorité des aides-soignants, de tout type d'établissement, dénoncent un manque de reconnaissance de la part de leurs employeurs envers leur travail ou du moins, ils énoncent un essoufflement, de cette pratique.

Une aide-soignante déclare lors d'un entretien « on avait une certaine reconnaissance, je ne vais pas te le cacher, on nous félicitait... Mais faut pas se le cacher, on nous félicite un certain temps et après c'est fini aux oubliettes... C'est travailler, travailler c'est tout ! ».

Une reconnaissance du travail réalisé par le salarié serait un déterminant significatif, il contribuerait donc à diminuer le turnover au sein des établissements. Mais la reconnaissance passe aussi par le salaire.

Le métier d'aide-soignant est pour la plupart des interrogés, des métiers qui sont peu valorisés en termes de salaire. Un aide-soignant déclare « on t'en demande beaucoup, mais le salaire ne suit pas, le salaire ne bouge pas ! ».

D'après les résultats d'entretien, les établissements du secteur public semblent avoir le niveau de rémunération le moins attractif.

Les directeurs du secteur public considèrent que le salaire proposé dans les structures hospitalières ou même dans le secteur associatif est plus attractif. Mais le statut de « titulaire » et tous les avantages qui en découlent peuvent venir compenser cet aspect. Ce statut qui offre beaucoup d'avantages, notamment la sécurité et la stabilité de l'emploi, est très apprécié du côté soignant.

L'étude le turnover des soignants en EHPAD souligne une relation significative entre salaire des aides-soignants et satisfaction. Les résultats de ces entretiens, à plus petite échelle, partagent cette idée. Plus un établissement propose un salaire attractif, plus le salarié sera satisfait, ainsi il sera plus incité à rester au sein de l'établissement.

Toutefois, malgré toutes ces actions qui génèrent une attractivité de l'établissement, les directeurs ont conscience que d'autres secteurs peuvent se révéler plus attractifs que leurs établissements.

En effet, le secteur libéral et le secteur hospitalier semblent être plus attractifs au niveau théorique. Mais qu'en est-il dans la réalité ?

Certains directeurs partagent la vision de Josse 2012 qui soutient que « le travail en hôpital est perçu comme plus qualifiant [...] et moins limité, car il semble plus facile de changer de service au sein de l'hôpital qu'en venant d'un EHPAD » et en particulier les infirmiers. D'après eux, les infirmiers réalisent plus de soins nursing en EHPAD alors qu'en hôpital, le travail est plus technique.
Par ailleurs, une directrice explique que certains soignants perçoivent l'hôpital comme « grosse machine », où ils sont bien encadrés et ils où vont pouvoir se balader de service en service. Or, du côté des soignants les avis sont beaucoup moins tranchés. L'infirmier interrogé a conscience de la différence de pratiques en fonction du secteur et craint perdre son savoir-faire, mais il explique apprécier la relation humaine privilégiée qu'il entretient avec le résident.
Même son de cloche du côté des aides-soignants, la plus grosse partie des aides-soignants interrogés considèrent que l'hôpital offre de meilleures perspectives d'évolution, mais que d'un point de vue relation humaine ils préfèrent l'EHPAD. En effet, ils expliquent s'attacher aux résidents et apprécier le côté « famille » de l'EHPAD.

Si le secteur hospitalier ne semble pas être plus attractif aux yeux des soignants interrogés sauf en termes de perspective de carrière et de maintien de savoir-faire. L'épuisement physique et moral dû notamment à la prise en charge d'un nouveau public et d'un taux d'encadrement insuffisant peut engendrer un départ des salariés. Mais quelles sont les conséquences de ce phénomène au niveau de l'organisation ?

2.2. Un phénomène impactant tout un environnement

2.2.1. Équipe soignante

Les interrogés identifient plusieurs conséquences du turnover. Cet exercice a été plutôt compliqué à réaliser, car une cause peut être à la fois une conséquence et vis-versa. Comme le souligne très bien une directrice « c'est un peu le serpent qui se mord la queue ».

Dans un premier temps, les interrogés partagent la vision exposée dans la partie théorique qui soutient qu'un salarié sortant est synonyme de perte de « une perte de compétences, savoir-faire et des connaissances » et qu'il y existe un laps de temps

pour que le nouveau soignant soit opérationnel et qu'il atteigne le niveau du salarié sortant.
Dans la section « le turnover des soignants impacte la qualité et générateur de surcoût », nous avons appelé ce phénomène « différentiel de productivité et efficacité ».

Par conséquent, durant la période d'intégration du nouveau soignant, les interrogés relèvent des « couacs » notamment au niveau de la communication qui est un élément essentiel dans le monde du soin.
Les transmissions ne sont pas systématiquement données en temps et en heure et parfois elles ne sont pas transmises aux bonnes personnes.
Cette situation peut mettre en porte-à-faux les soignants face à tous les acteurs contribuant à la prise en charge du résident et peut par ailleurs mettre en danger le résident.

Les interrogés qu'ils soient directeurs ou soignants justifient ces différentiels par le fait que le nouveau soignant est formé à son métier, mais n'est pas formé pas à la structure. Il est donc impératif de « l'accueillir, faire le tour de la structure l'orienter, dire où sont les pièces, les zones de stockage, les protections, l'infirmerie… », mais aussi le « former sur notre projet médical, façon de travailler, notre façon d'accompagner les résidents, à notre structure et puis à la connaissance de nos résidents ».

Comme évoqué précédemment, c'est le plus souvent le personnel de terrain qui forme les nouveaux salariés. Au-delà de l'aspect épuisement mental et physique dû à la surcharge de travail, évoqué dans la section épuisement physique et moral, la surcharge de travail impacte aussi le travail des soignants et donc la qualité de service rendu aux résidents.
Nous avons pu constater que le différentiel de productivité et efficacité induit une charge déséquilibrée.

Ce déséquilibre, engendre d'une part, impact de la prise en soin du soignant.

En effet, le soignant possède théoriquement toujours le même temps, mais a plus de travail. Pour la plupart des soignants, cela se traduit par des « toilettes bâclées » et

moins de « relationnels ». Certains parlent même de travail « à la chaîne ». Ce travail « à la chaîne » une perte de sens et accentue le sentiment de culpabilité des soignants, car ils ont le sentiment de ne pas avoir toutes les dispositions pour prodiguer les meilleurs soins. Ainsi, le « travail pendule » peut engendrer une perte de sens pour les soignants.
Ce dernier peut également impacter la conciliation entre vie privée et vie professionnelle, car certains soignants terminent plus tard afin de compenser le manque de temps.

D'autre part, ce déséquilibre peut source de conflits et donc être générateur d'une mauvaise ambiance.

Par ailleurs, le turnover est source « d'inquiétude » et de « frustration » chez l'équipe soignante. Dans les structures où le turnover touche les infirmiers, les aides-soignants estiment que le suivi infirmier n'est pas « hyper bien géré ». Dans les structures où ce sont les aides-soignants qui sont touchés, les infirmiers savent que les soins de nursing seront de moins « bonne qualité ».

Le turnover impacte les soignants dans l'exercice de leurs fonctions ; la surcharge de travail couplé au manque de temps les oblige à accélérer la cadence. En résultent en service de moins bonnes qualités.

Le turnover impacte la qualité du travail réalisé par les soignants à travers notamment l'intensification des cadences. Le résident n'est donc plus au cœur de la prise en charge, mais il subit. Dans la prochaine section, nous nous intéresserons aux conséquences sur les résidents et leurs proches.

2.2.2. Résidents et proches

Le turnover des soignants nuit aux relations résidents/soignants, mais peut aussi participer à la dégradation de l'état de santé du résident.

Certains interrogés associent turnover des soignants et dégradation de l'état de santé des résidents. Ils remarquent que les changements incessants des visages soignants pouvaient se traduire par un refus de soin par les résidents, et plus particulièrement par les résidents avec des troubles cognitifs. Les interrogés expliquent que cette catégorie a besoin de repère et que ces perturbations pouvaient être source de déclinaison de leurs états.

En effet, une directrice constate que le turnover des infirmières au sein de son établissement engendrait des difficultés en termes de continuité de soins pour la prise de médicaments ou les bandages par exemple. Elle justifie cela par le fait que « les résidents avaient perdu confiance de voir tant de visages ». Depuis que son établissement a retrouvé un peu de stabilité au niveau de son équipe cela « ne se passe plus ».
Ce constat rejoint, la vision partagée dans la partie « *conséquences du turnover en EHPAD* » qui avance que le turnover des soignants a impact sur l'état de santé du résident. Plus un établissement a un turnover important, plus l'état de santé du résident se dégrade.

En revanche, une aide-soignante d'un autre établissement nuance les propos de cette directrice, il existe bien des refus de soins, mais elle explique aussi « que certains ne le remarquent même pas ».

Le turnover peut par ailleurs avoir un impact sur les relations résidents/soignants. Les résidents sont habitués à certains soignants et peuvent parfois « s'attacher » à eux. Des relations de confiance et des affinités peuvent se créer.
Le turnover banalise leur prise en charge et se résume aux soins physiques. Le côté relationnel et les relations humaines sont mis de côté.
D'après les interrogés, les résidents sont rassurés quand ils connaissent le soignant qui va leur prodiguer les soins. Ils déclarent que le soin est un moment intime que partage le résident avec le soignant.

Par ailleurs, tout comme les soignants, les résidents peuvent être lassés à réexpliquer à chaque soignant ce qu'il souhaite.

Par ailleurs, les proches du résident ont aussi tissé des liens avec certains soignants et ils les considèrent comme leur « repère » quand ils ont besoin d'information. Ils apprécient que certains soignants s'occupent de leur proche, car ils savent qu'avec ce dernier, leur proche se sent « bien » et qu'il était « très bien entouré ».

Nous venons de voir que le turnover banalise les relations soignants/résidents et peut engendrer une dégradation de l'état du résident. Mais ce turnover a aussi des conséquences au niveau de l'équipe de direction.

2.2.3. Équipe de direction

Le turnover des soignants génère du stress et une fatigue mentale au sein de l'équipe de direction.

Premièrement, les directeurs associent le départ d'un salarié à une perte de temps, car ils doivent réaliser un nouveau process de recrutement. Le temps dédié à ce process de recrutement est un temps qui ne sera pas consacré à un projet par exemple.

Par ailleurs, les membres de la direction sont conscients de la pénurie et des disparités de soignants sur le territoire. Le départ d'un salarié crée une inquiétude de savoir s'ils vont réussir à recruter un soignant.

Parallèlement, les membres de la direction doivent, durant tout le processus, rassurer le personnel présent sur le terrain qui se retrouve donc en sous-effectif. Par conséquent, des tensions et conflits peuvent faire leur apparition.
Par ailleurs, nous avons pu constater qu'une mauvaise ambiance au sein d'un établissement inciterait les soignants à le quitter.

Certains directeurs ont recours aux intérimaires, mais ont conscience que ce n'est pas une solution sur le long terme. En plus d'être onéreux, ils expliquent que le recours aux intérimaires peut dégrader la prise en charge, car ils ne connaissent pas les résidents et la philosophie de la structure. La formation ne serait pas efficace, car l'intérim envoie chaque jour des nouveaux intérimaires.

Cette situation pousse certains à accepter des soignants qui ont des exigences comme par exemple ne pas pouvoir travailler « le matin ou le mercredi ». Cela met donc l'équipe de direction en difficulté lors de la réalisation du planning.
Les membres de la direction doivent intégrer et former le nouveau salarié.

De surcroît, les membres de la direction ne savent pas si le nouveau salarié va donner satisfaction aux équipes, aux résidents et aux proches… Cette situation est « stressante », car ils ne savent pas s'ils ont fait les bons choix.

Lorsqu'un salarié quitte la structure au profit d'un autre établissement, certains directeurs me confient « se remettre en question » et m'expliquent que mentalement « c'est un peu fatigant ».

Par ailleurs, ils ont conscience que l'instabilité des équipes engendre une dégradation de la prise en soin. Cette dégradation peut déteindre sur l'image de la structure et donc impacter sur le taux d'occupation.

Ainsi, ils doivent toujours être en alerte et trouver des éléments qui vont les différentier par rapport aux autres, soit pour fidéliser les talents ou soit pour les attirer. De plus, ils doivent s'assurer que ce départ n'en entraîne pas des autres.

Cependant, il est important de souligner que plusieurs interrogés, directeurs et soignants identifient des conséquences positives.
Ils considèrent que le turnover peut être une richesse pour la structure, car le soignant apporte des nouvelles compétences et un œil nouveau. Certains soignants apprécient « voir des nouvelles têtes, des nouvelles personnes et des nouveaux parcours ».

Cette approche de terrain nous a permis de mieux appréhender le phénomène du turnover des soignants en EHPAD. D'une part, nous avons pu comparer les avis des directeurs et des soignants interrogés, mais aussi les résultats obtenus à la partie théorique. Nous avons relevé certaines similitudes concernant des éléments, notamment concernant les conditions d'exercice difficile des soignants. Ainsi que

l'impact d'un turnover important sur la qualité et la continuité de service. D'autre part, cette enquête nous a permis de bénéficier d'une autre approche de ce phénomène en mettant en lumière des éléments qui ne sont pas relatés dans notre littérature ; un retour d'expérience des soignants durant la pandémie et l'impact du turnover sur l'équipe de direction.

Les interrogés nous ont également partagés quelques préconisations. Dans la prochaine partie, nous proposerons des préconisations aux membres de la direction. Dans un premier temps, nous apporterons des solutions qui permettent de donner du sens aux soignants au travail à travers deux approches. Dans un deuxième temps, nous proposerons un modèle innovant révolutionnaire permettant d'allier qualité de vie du résident et qualité de vie du soignant.

PARTIE 3 : PRECONISATIONS

1. UN ETABLISSEMENT QUI DONNE DU SENS

1.1. Approche projective

Si les soignants justifient leur orientation professionnelle par le choix et la vocation, l'épuisement physique et moral lié à leurs conditions d'exercice peut engendrer une éventuelle perte de sens liée aux missions réalisées.

La quête de sens passe par le partage de valeurs. Les valeurs sont pour l'individu le reflet de sa personnalité et sont l'ADN d'une organisation. En EHPAD, les valeurs sont portées par la culture d'établissement.

Afin d'améliorer ces conditions de travail, il est recommandé aux membres de la direction de s'imprégner et de faire vivre quotidiennement cette culture d'établissements qui repose sur les valeurs partagées. Cet entretien de la culture d'établissement contribuera à donner du sens au soignant vis-à-vis de ses missions. L'implication quotidienne de la direction est primordiale, sans impulsion et intérêt de la direction le projet ne connaîtra pas le succès.

En revanche, celle-ci sera efficace sous réserve que le soignant partage les mêmes valeurs que l'institution. Ce décalage peut être évité lors de la période de recrutement.

Nous avons précédemment évoqué, la pénurie de soignants et les nombreux postes vacants au sein de certains établissements. Les forts besoins couplés à des faibles ressources poussent parfois les directeurs à recruter des profils qui ne conviennent pas à 100%.

Il est recommandé aux membres de la direction de s'assurer qu'il n'y a pas de décalage, ou du moins un trop gros décalage, entre les valeurs de l'institution et la personne qui souhaite le pourvoir du poste. Il est risqué d'embaucher une personne qui ne partage pas les mêmes valeurs que l'institution, car il sera très difficile, voire impossible, de le mobiliser lorsqu'il sera démotivé. Cette situation peut se traduire par de l'absentéisme, du « présentéisme », une baisse de productivité et/ou de qualité, dégradation de l'ambiance, une démotivation des collègues…

De la même manière, il est important que les valeurs revendiquées et les actions entreprises par les membres de la direction soient cohérentes et ne soient pas en contradiction. Le directeur doit faire preuve de transparence quant aux valeurs promues doit y tendre au maximum dans son management au quotidien. Par exemple ; prôner la qualité de la prise en charge et limiter les toilettes à 15 minutes. L'incohérence entre les valeurs promues et les actions entreprises déboucheront sur du non-sens et peuvent engendrer un départ.

Par ailleurs, nous avons pu constater que la qualité de la prise en charge est une priorité pour les soignants. Pour les fidéliser, il est donc nécessaire que les résidents soient au centre du projet d'établissement.
Outre son caractère obligatoire, le projet d'établissement est un véritable outil dans la quête de sens et l'organisation de l'activité professionnelle.
Il est donc recommandé de construire ce projet en collaboration avec les équipes de terrain et de s'assurer de la pluridisciplinarité du groupe de travail. En plus de dynamiser et de fédérer le groupe autour d'un intérêt commun, l'accompagnement et le bien-être du résident, cette démarche participative permettra aux équipes de porter une vision globale et différente sur le service global rendu par la structure. Ainsi, les soignants ne seront plus limités qu'à la vision du soin et les managers à la vision managériale.

De surcroît, il serait pertinent d'inviter les résidents ainsi que leurs représentants légaux. Les usagers sont les mieux placés pour définir leurs besoins et leurs attentes. Sans la participation des résidents, il est difficile de prétendre être un établissement qui place les résidents au cœur de ses préoccupations. Si ces derniers ne sont pas représentés, ces derniers auront plus tendance à subir, qu'être acteur de leur propre vie.

La participation des proches des résidents permettrait à ces derniers de mieux comprendre le fonctionnement de l'EHPAD. Les difficultés auxquels les professionnels, notamment les soignants, sont confrontés. Ainsi, que certains comportements comme un résident restant en pyjama toute la journée. Cette participation pourrait éviter de nombreux conflits entre les soignants et les proches. Par conséquent, le soignant ressentira moins de culpabilité et de stress. La charge mentale sera donc allégée.

La participation peut se faire, par exemple, dans le cadre du Conseil de Vie Social à travers des temps dédiés à l'échange concernant des aspects du projet d'établissement.

Il est primordial que le projet d'établissement prenne en compte les évolutions du public accueilli et tout ce qui en découle notamment l'alourdissement de leur charge de travail. Il recommandé d'identifier l'évolution des moyens et l'évolution des pratiques.

Afin d'assurer une prise en charge de qualité et personnalisée, il est recommandé aux établissements d'assurer un taux d'encadrement en adéquation avec le degré de dépendance du résident. En effet, la question du taux d'encadrement a été soulevée tant dans la partie théorique que dans la partie bibliographique. Le faible moyen en capital humain couplé à l'évolution du public ne fait qu'accentuer leur souffrance physique et morale. En assurant un taux d'encadrement de qualité et élevé, les soignants pourraient dégager du temps pour recréer un lien relationnel avec le résident.

Cette démarche participative permettra l'échange, de débat, de partage et de remise en cause de certaines pratiques.

Le projet d'EHPAD est en principe établi tous les 5 ans, il est important de mettre en place des projets transversaux afin de faire vivre la résidence. Ces projets sont un moyen de créer ou de nourrir un sentiment d'appartenance, mais aussi reconnaître les compétences du soignant.

En 1970, Maslow expose sa théorie de la motivation dans « Motivation and Personality ». D'après lui, les motivations d'un individu résultent de l'insatisfaction de certains de ses besoins. Les niveaux sont classés en fonction de l'importance, ils sont au nombre de 5 ; les besoins physiologiques, les besoins de sécurité, les besoins d'appartenance et d'amour, les besoins d'estime et le besoin d'accomplissement de soi. Lorsqu'un besoin est satisfait, il va engendrer le besoin suivant. [51]

Figure 3 : La pyramide des besoins de Maslow

Source : [51]

Ainsi la dynamique de projet va permettre de satisfaire le besoin d'appartenance qui est le sentiment « d'appartenir à une communauté, d'être inclus dans la société et d'être aimé pour ce qu'il fait avec les autres ».[4] Ce besoin satisfaire, le besoin de reconnaissance ou d'estime correspond « au besoin de considération, de réputation, de gloire de ce qu'on est par un groupe d'appartenance » [51]

Quand le soignant est à la réflexion d'un projet, il a envie de le voir éclore. Cette dynamique lui permet de se projeter dans l'entreprise et le fidélise. Cet état d'esprit est confirmé par un infirmier lors d'un entretien « quand on met des choses en place on veut voir comme ça évolue. Le fait de mettre en mettre des choses en place, j'aime bien voir l'évolution »

Par exemple un projet en lien avec le développement durable ou la qualité de vie au travail.

Nous avons pu constater que la dynamique de projet contribue à donner du sens aux soignants. Mais ce projet portera ses fruits si « un véritable intérêt lui est porté, au plus

[4] La pyramide de Maslow, La hiérarchie des besoins, Disponible sur https://insertion.pro/la-pyramide-de-maslow-la-hierarchie-des-besoins/

haut niveau, c'est-à-dire par le dirigeant de la structure ». [5] *Ces démarches collectives et prospectives, doivent parallèlement être couplées par le directeur à des actions quotidiennes ; individuelles ou collectives afin de créer un esprit « team building ».*

1.2. Management au quotidien

Ils existent plusieurs actions que le directeur peut mettre en place quotidiennement au sein de son établissement.

Si les projets participent à la reconnaissance des compétences du salarié, la reconnaissance au travail est plus large que cela. En effet, la reconnaissance au travail « consiste à reconnaître les employés à leur juste valeur sur leurs efforts investis, leurs compétences et leurs réalisations. Il s'agit d'une relation personnalisée entre l'employeur et l'employé ou un groupe d'employés ».[6]
En 2007, une étude britannique alertait sur les dangers du manque de reconnaissance au travail. Selon elle, un manque de reconnaissance au travail peut augmenter jusqu'à 1,7 fois le risque de maladie cardiovasculaire et jusqu'à 1,9 fois le risque de détresse psychologique. [7]
Par conséquent, il est donc indispensable que la reconnaissance au travail s'inscrive aux pratiques courantes de l'entreprise.

Le travail des soignants peut être reconnu à travers des moyens financiers.

Contraints par une grille indiciaire nationale, les établissements publics ne peuvent pas augmenter les salaires. A contrario, les établissements privés peuvent en principe ajuster le salaire aux difficultés locales de fidélisation du personnel. En effet, les conventions prévoient un montant planché mais ne prévoient pas un montant plafond des rémunérations. Toutefois, la tarification régulée des pouvoirs publics ou la concurrence en prix peuvent empêcher ces établissements d'augmenter les salaires.

[5] HAS recommandations Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf
[6] La reconnaissance au travail, Disponible sur : https://www.envirocompetences.org/media/publications/GuideReconnaissanceautravail.pdf
[7] La reconnaissance au travail : de la gratitude à l'intégration, Disponible sur : https://ordrecrha.org/ressources/revue-rh/archives/la-reconnaissance-au-travail-de-la-gratitude-a-l-integration

Si les établissements privés ont la capacité financière de proposer des primes, il est recommandé de les mettre en place. La rémunération est un élément important dans la reconnaissance du travail du salarié notamment pour les aides-soignants. Si, la prime SEGUR à participer à la bonification du salaire, il serait intéressant de mettre en place une prime de présence par exemple. Celle-ci augmenterait les salaires et inciterait les soignants à être toujours présents. Ainsi, les soignants ne subiraient pas une surcharge de travail lié à l'absentéisme. La mise en place d'un comité d'entreprise et une mutuelle d'entreprise permettrait de fidéliser davantage les salariés. De la même manière, la participation et l'intéressement participent à la reconnaissance salariale du salarié.

Par ailleurs, la réalisation d'heures supplémentaires permet également d'augmenter le pouvoir d'achat du soignant. Mais une vigilance particulière est à apporter à cette action, car il y a risque de burnout si le salarié enchaîne trop d'heures. Autrement dit, « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ». [8]

Néanmoins, le salaire n'est pas la seule mesure de la reconnaissance. Le manager possède d'autres leviers.

La reconnaissance au travail peut être verbale et elle se revête plusieurs formes ;

- La reconnaissance de la personne : consiste à reconnaître l'individu par exemple ; connaître le prénom du salarié, consulter les salariés avant de prendre une décision…
- La reconnaissance des résultats : consiste à reconnaître l'atteinte des objectifs
- La reconnaissance de l'effort : consiste à reconnaître les efforts investis même si les résultats n'ont pas été atteints
- La reconnaissance des pratiques de travail : consiste à reconnaître la qualité du travail réalisé

Par ailleurs, selon l'enquête des hôpitaux magnétiques, évoque également une reconnaissance à travers un intérêt de la hiérarchie à l'égard de la qualité de vie au

[8] HAS : Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout

travail. Ici, le rôle du manager est la clé. En effet, il est de la responsabilité du manager d'offrir un environnement de travail bienveillant, calme et attractif où le soignant pourra évoluer de façon sereine afin de prodiguer les meilleurs soins aux résidents.

Concernant les conditions de travail, nous avons pu constater que les soignants sont confrontés à un épuisement physique et moral lié à une méconnaissance du public accueilli. Nous avons pu constater que le profil accueilli en EHPAD apparaît avec des nouvelles pathologies et qui nécessite une prise en charge plus lourde. La méconnaissance de ce public met les soignants en difficulté.

Nous recommandons aux membres de direction de mettre en place une formation continue. Si la formation participe à valoriser le soignant, elle également lui donnera toutes les clés afin de prodiguer les meilleurs soins aux résidents. Par les perspectives d'évolution permettra aussi de fidéliser les salariés.

De surcroît, nous avons pu relever dans ce travail l'importance du taux d'encadrement. Un faible taux d'encadrement est synonyme de surcharge de travail.
Ce taux d'encadrement faible est notamment lié à un fort absentéisme. Si le directeur ne pourra avec une marge de manœuvre concernant les arrêts maternités certains arrêts et situations d'inaptitudes pourraient être évités.

Il est recommandé au directeur de mettre à la disposition du soignant des équipements qui apportera une réponse à la pénibilité physique, mais aussi de développer au sein de son établissement une politique de bonnes pratiques ergonomiques. Si l'achat de matériel régulier est très apprécié des collaborateurs, il est nécessaire qu'il soit accompagné d'une formation afin que les soignants puissent bénéficier de tous les avantages. En revanche, certains soignants perçoivent la mécanisation du travail comme une pratique « déshumanisante ».

Une organisation rassemble plusieurs individualités qui ont un parcours de vie différent, des valeurs différentes, un âge différent… Il est donc complexe de faire évoluer ensemble toutes ses individualités dans la même structure.

C'est au manager de créer un cadre bienveillant afin que toutes ses individualités travaillent ensemble pour le bien-être du résident et cela ne se résume pas à une salle de pause aménagée ou un baby-foot.

Afin de favoriser une bonne ambiance, il est recommandé d'opter pour un management qui favorise l'écoute, la disponibilité et la transparence envers ses salariés.

L'écoute de ses salariés est indispensable, elle permet notamment d'instaurer un climat de confiance, de connaître l'état d'esprit des salariés, de comprendre certains comportements et de prendre en compte leurs besoins. Ces pratiques peuvent, d'ailleurs, éviter certaines liées au mal-être du salarié.

Les salariés apprécient lorsqu'un membre de la direction les « saluent » prennent de leurs nouvelles et prennent le temps de discuté avec eux autour d'un café par exemple. Ici, nous retrouvons la reconnaissance de la personne.

A contrario, ils déplorent un management qu'ils qualifient de management « à l'ancienne » qui est « froid » et « pas très humain ». Ils estiment que ce management banalise les relations humaines et créées des distances entre membres de la direction et salarié.

En adoptant ce style de management, cela risque d'engendrer une démobilisation et désengagement des soignants.

Nous avons pu constater que le métier de soignant était un métier qui était difficile physiquement et mentalement. Par ailleurs, la pandémie a accentué ces difficultés. Il est donc primordial d'instaurer des temps d'échange pour débriefer sur ce qu'ils ont vécu émotionnellement.

Au-delà de l'écoute, les soignants attendent de la réactivité lorsqu'ils exposent une difficulté ou un conflit.

Il est important de ne pas confondre le désaccord et le conflit. Le désaccord est une opportunité pour les organisations, car il est l'expression d'une créativité. En revanche le conflit, est un « désaccord avec des tensions visibles qui persistent dans le temps et s'aggravent ». Il existe 3 stades de développement du conflit ; la tension, la crise et l'enlisement.[9] Nous recommandons au directeur de repérer les signes précurseurs d'un conflit. Si les stades de la tension et la crise restent gérables, les chances de

[9] Berton Y. (2020), *La gestion de conflit*

résolution de l'enlisement sont très faibles. De surcroît, l'enlisement se traduit par une dégradation de l'ambiance, une baisse de performance et des conflits.

Afin d'éviter les conflits et de maintenir une bonne ambiance au sein de l'établissement, le directeur de mettre en place des événements de team building qui vont contribuer à favoriser la communication, désamorcer les conflits, développer l'intelligence collective… Un aide-soignant déclara que le partage d'événements entre collègues habillés « en civil » permet aux salariés de se « voir autrement » et de mieux se connaître. Pour certains cela a été une vraie « révélation ». Par ailleurs, il constate que depuis l'arrêt de ces évènements « l'ambiance se dégrade ». Parallèlement, les directeurs peuvent aussi en place des moyens individuelles favorisant le bien-être des salariés ; plateforme d'écoute, massage…

Dans cette partie, il ne sera pas question d'une liste de recommandation, mais de tendre vers un modèle d'innovation alliant autonomie du travail, flexibilité des horaires et coresponsabilité des salariés. Ce modèle est peut-être utopique, mais il est intéressant d'évoquer l'idée et peut-être l'expérimenter dans les années à venir.

2. L'AUTO-ORGANISATION : MODELE D'AVENIR ?

2.1. Buurtzorg : un modèle révolutionnaire

En 2006, Jos de Blok et une équipe de 4 infirmières révolutionnent le secteur du service à domicile aux Pays-Bas. Le Buurtzorg, qui signifie « soins de quartier » est une méthode innovante centrée sur les patients. [52] [53]

Ce concept permet de mettre en relation des infirmières qualifiées et des patients afin de concevoir des solutions proactives qui sont efficaces et pérennes.

En comité restreint, n'excédant pas 12 personnes, les infirmiers organisent leur travail de manière autonome. Au sein de l'équipe, il n'y a pas de chef, tout le monde a la même voix dans la prise de décision. Les membres de l'équipe se répartissent les tâches à réaliser comme la prospection, le recrutement, les finances... Ces équipes sont accompagnées par des coachs qui les accompagnent et les conseillent. [52] [53]

Ces petites équipes exercent leur travail dans secteur définit. Chaque membre est responsable de la patientèle d'une zone afin de réduire et de faciliter les déplacements.

Cette délimitation permet également aux infirmiers de connaître le client et de lui garantir une continuité et une qualité de service.

En favorisant l'approche relationnelle, le professionnel propose une solution adaptée qui permet de maintenir l'autonomie. Parallèlement, le professionnel s'appuie sur l'entourage du patient.

Cette stratégie permet d'être à la fois d'être médicalement plus performante et financièrement plus efficiente que c'est concurrent.

Le Buurtzorg apparaît comme une solution innovante et de qualité, mais est-il possible de le mettre en place en EHPAD ?

2.2. Autogouvernance : entre liberté et responsabilité

Si l'essence du secteur d'aide à domicile et l'EHPAD sont le même ; le salarié apporte un service de qualité à une tierce personne. L'EHPAD est un établissement collectif.
Ce système doit donc être adapté aux spécificités du secteur.
L'idée ici n'est pas de calquer et reproduire au centimètre près l'organisation du Buurtzorg. Mais de s'inspirer de l'idéologie de cette organisation.
Ce travail nous a permis de faire plusieurs constats.
D'une part, concernant les soignants :

- Les soignants apprécient réaliser leur travail en autonomie en revanche l'infantilisation créer de la frustration chez eux
- Les soignants ont des difficultés à concilier vie professionnelle et vie privée
- Les soignants sont des acteurs de terrain qui connaissent le mieux leurs métiers et les résidents

D'autre part, concernant les membres de la direction, mais plus particulièrement l'IDEC ; la gestion des plannings est un « casse-tête » quotidien, car il est instable.
De surcroît, le turnover banalise les relations humaines entre soignants et résidents. Il peut aussi se traduire par des refus de soins et un déclin de l'état de santé des résidents.

Alors, pourquoi ne pas tendre vers une organisation basée sur l'autonomie et la coresponsabilité des soignants qui mettrait le résident au cœur du système ?

L'idée serait d'offrir aux soignants un environnement libre et serein afin qu'ils puissent organiser leur travail en toute autonomie. Cette idée permettrait, d'une part, de rendre un service personnalisé et de qualité au résident. D'autre part, de mieux concilier vie personnelle et vie privée, car ils auraient la liberté de gérer la planification.

Nous pouvons donc imaginer une constitution d'une équipe autonome qui ne dépasserait pas 12 membres. Ce groupe est restreint afin de faciliter la communication entre les membres. La communication est un pilier indispensable dans ce système. Au sein de ce groupe, il n'y aurait pas de hiérarchie, chaque soignant aurait la même voix dans la prise de décision.

À l'instar du Buurtzorg une zone géographique serait définie. En EHPAD, les soignants ne doivent pas parcourir une longue distance entre deux résidents. Or, les EHPAD sont souvent divisés en secteur ou en étages en fonction des pathologies ou de l'autonomie afin que l'accompagnement collectif puisse avoir du sens au niveau des animations par exemple.
Le cadre géographie pourrait donc être un secteur. Chaque équipe autonome serait affectée à un secteur et organiserait leur travail comme elle le souhaite en fonction des besoins des résidents. Ce groupe de soignants assurerait une prise en charge continue.
Les résidents du secteur pourraient être assignés à des soignants. Les résidents seraient donc toujours en contact avec le même soignant ainsi toutes les conditions seraient réunies afin d'établir une relation de confiance. Cette approche offrirait donc un accompagnement personnalisé aux résidents.
Par ailleurs, le soignant pourrait être, par la même occasion, le référent du résident pour faire le lien avec les proches des résidents. Les familles auraient donc un repère au sein de la résidence.

En cas d'absence du soignant référent ou d'indisponibilité de celui-ci, le reste de l'équipe, affecté à ce secteur, prendrait le relais en cas de demande urgente du résident ou des questions des proches. Ici, nous retrouvons l'aspect coresponsabilité des soignants et des soutiens entre les membres de l'équipe.

Les résidents auront l'habitude de croiser ces soignants dans les couloirs ou dans les lieux de vie ; leurs visages leur seront donc familiers.
Les temps de réunions quotidiens permettront aux soignants de débriefer ainsi ils auront connaissances des pathologies, des habitudes, de l'état d'esprit du résident. Ces temps d'échanges permettront donc aux soignants de ne pas être en difficultés en cas de prise en charge du résident et d'assurer la transmission des informations en cas de questions des proches.
Le cadre légal doit également être respecté. Même si, les soignants ont des connaissances en droit social et qu'il arrive souvent qu'ils corrigent des dysfonctionnements au niveau de la planification de la direction concernant des contre-portes par exemple. La dispense de formation serait indispensable.

Nous pouvons relever plusieurs avantages à ce système.
Concernant l'équipe soignante, ce système permettrait de gérer leur travail et leurs temps en toute autonomie. De ce fait, ils pourront prodiguer les meilleurs soins aux résidents.

Les membres de l'équipe réaliseraient la planification sur un court ou moyen terme en respectant le cadre légal. La gestion autonome des plannings par les soignants permettrait de faciliter la conciliation entre vie professionnelle et privée comme les contraintes personnelles pour les enfants ou des rendez-vous médicaux par exemple. Mais cela permettrait aussi d'adapter les horaires pour les soignants qui parcourent de longues distances, ainsi que la favorisation du covoiturage. Les soignants éviteraient les demandes de changement d'horaire ou de récupération auprès de la direction. Ces demandes sont une perte de temps tant pour la direction que les soignants. Une attente trop longue ou un refus crée de la frustration chez le soignant.
Si un soignant n'est pas là, un membre de l'équipe le remplace. De la même manière, il pourra être amené à remplacer son collègue en cas d'absence prévue ou imprévue. Ce système se baserait sur la coresponsabilité.

Ce système pourrait être une charge mentale pour certains soignants. Mais le soutien entre membres ainsi que la formation permettraient de compenser cette charge.
De surcroît, cette approche multi-casquette permettrait aux soignants de donner du sens à leur métier et permettrait de valoriser leurs compétences pluridisciplinaires.

Par ailleurs, les équipes pourront bénéficier d'un accompagnement et d'un soutien de l'IDEC.
En effet, dans ce système les fonctions de l'IDEC évolueraient vers une dimension plus de « coach ». Ainsi, il accompagnerait et encouragerait les soignants, plutôt que d'imposer. En ne réalisant plus les plannings, l'IDEC aurait donc plus de temps. Il pourrait optimiser ce temps en mettant en place des projets qui regrouperaient des membres de secteurs différents afin de faire vivre l'EHPAD. Ainsi, une cohésion inter-équipe serait créée. Par ailleurs, avec ce gain de temps, la réalisation de débriefings régulièrement avec les équipes serait possible.

Il pourrait également vérifier le respect du droit social dans la planification. En cas de dysfonctionnement, mettre en place des temps de rappel de certaines règles de droit. De surcroît, il pourrait aussi accompagner dans le process de recrutement s'ils estiment que le taux d'encadrement n'est pas suffisant ; définition du profil, rédaction de l'annonce, tri des cv, entretien…

Il réaliserait toutes ses tâches en collaboration avec les équipes afin que la personne recrutée ne brise pas l'équilibre du groupe.
L'évolution du rôle de l'IDEC devra être accompagnée afin qu'il ne puisse pas penser qu'il n'est plus d'aucune utilité. Bien au contraire, sa fonction support permettrait de mettre dans les meilleures dispositions les soignants afin qu'ils puissent apporter la meilleure qualité de service aux résidents.

Concernant les résidents, ils bénéficieraient d'une prise en charge de qualité et personnalisée. Par ailleurs, ils auraient affaire toujours aux mêmes soignants et les approches relationnelles ne seraient plus banalisées. Par ailleurs, les familles auraient un repère au sein de la résidence, ce qui faciliterait la transmission et la transparence des informations. Ainsi, une relation de confiance s'installerait et les conflits démuraient.
Ce système concernerait plus les aides-soignants, car les infirmiers sont souvent seuls et donc ne peuvent être rattachés à un seul secteur. En revanche, la gestion autonome de plannings pourrait être appliquée aux infirmiers. Cette gestion autonome se pratique d'ailleurs déjà dans certains établissements. En effet, le comité restreint et la bonne entente favorisent ces pratiques.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'appréhender le phénomène complexe qu'est le turnover des soignants en EHPAD. Ici, nous nous sommes plus particulièrement intéressés au « départ volontaire dysfonctionnel ». En d'autres termes, au départ à l'initiative du soignant qui perturbe l'organisation et qui est nuisible à celle-ci. Dans ce cas de figure, l'employeur aurait souhaité retenir le salarié au sein de sa structure, car il conscient qu'il sera difficile de remplacer cet élément clé.

La partie théorique et la partie d'étude de terrain ont révélé qu'en plus d'être générateur de surcoûts, un fort turnover des soignants pouvait impacter la qualité et la continuité de service en entraînant notamment une dégradation de l'état de santé des résidents ainsi qu'une banalisation des relations soignants/résidents. Toutefois, les relations humaines sont aussi fragilisées par l'apparition des nouveaux profils de résidents, caractérisés par des niveaux de dépendance de plus en plus importants. Les résidents étant au cœur du métier, il est donc évident que cette transformation impacte directement les conditions d'exercice des soignants. En découlent, notamment, des prises en charge plus lourdes nécessitant davantage de soins de nursing au détriment de l'approche relationnelle et humaine, ainsi qu'une intensification des cadences et une surcharge de travail si le capital humain et technique n'est pas suffisant.

Par ailleurs, l'apparition de nouveaux résidents souffrant de pathologies démentielles accentue les difficultés d'exercice des soignants. Les pathologies démentielles favorisent le risque de chute, de fuite, ou encore de violence.

Tous ces éléments engendrent une fatigue physique, mentale et psychique chez les soignants. Ils peuvent engendrer une insatisfaction au travail et contribuer à une perte de sens. En effet, les soignants justifient l'orientation professionnelle par le choix et la vocation. La qualité de service rendu aux résidents est donc leur priorité. Nous avons pu d'ailleurs constater que les établissements à but non lucratif ont moins de difficultés à fidéliser les soignants, car ils « seraient plus focalisés sur leur mission à accomplir que les établissements à but lucratif ».[8] La « pression de la pendule » et le « travail empêché » qui est défini comme « un travail qui ne peut être mené à bien du fait des

contraintes de l'organisation » ne permet pas aux salariés d'être dans des conditions favorables pour prodiguer les meilleurs soins.

L'ambition de ce mémoire étant d'apporter des solutions concrètes à tous les établissements, peu importe le statut juridique, la localisation, l'appartenance ou non à un groupe. Nous avons pleinement conscience qu'un directeur d'établissement implanté dans une zone urbaine attractive et qui est desservi en transport aura plus de facilité à fidéliser son personnel qu'un directeur dont l'établissement est localisé dans la campagne. Nous avons aussi conscience qu'un établissement récent et bien entretenu est plus attractif qu'un établissement plus ancien.

Si les établissements privés pourraient en théorie augmenter les salaires, les réalités du terrain montrent que les directeurs ont très peu de gesticule en raison des normes. A travers ce devoir de recherche, nous avons pu constater que le directeur possède plusieurs leviers quant à la fidélisation du personnel. Le directeur doit proposer un environnement de travail serein et bienveillant, et ceci passe par beaucoup de déterminants.

Un taux d'encadrement élevé et qualifié est fortement recommandé afin d'éviter la surcharge de travail. Il est conseillé aux directeurs de mettre à la disposition des équipements afin de compenser la pénibilité du travail, mais surtout de promouvoir une démarche aux bonnes pratiques ergonomiques.

Les opportunités d'évolution de carrière favorisent la fidélisation du salarié. Nous avons pu constater que l'hôpital était apprécié pour les opportunités de carrière qu'il propose. En revanche, son image contraste avec l'image chaleureuse de l'EHPAD, car il est perçu comme « froid » et « inhumain ». De ce fait, cela permettrait aux EHPAD de rivaliser dans ce domaine.

Par ailleurs, la formation est un déterminant clé, celle-ci permet à la fois d'apporter tous les outils nécessaires aux soignants afin d'appréhender leurs missions dans les meilleures conditions, mais aussi de reconnaître et de valoriser le salarié.

La reconnaissance du salarié est nécessaire pour le fidéliser. Ici, c'est le rôle du directeur qui est mis en lumière. En effet, le style de management est l'un des déterminants, voire le déterminant, le plus important. Il est recommandé aux directeurs de tendre vers une dimension humaine et relationnelle. Le manager se doit de connaître et de s'intéresser à ses salariés. L'écoute est une qualité essentielle, elle permet de créer un lien de confiance et d'éviter des situations de burn-out par exemple. Aussi, les salariés attendent de la réactivité dans certaines situations. Par ailleurs, il se doit d'être disponible et transparent.

La dynamique de projet est un outil qui permet de donner du sens au salarié, de se projeter au sein de l'établissement, mais aussi de fédérer les membres de l'équipe. La mise en place d'événements réunissant les salariés de l'établissement est aussi fortement recommandée. Elle favorise la bonne ambiance au sein de l'établissement et permet une meilleure collaboration entre les acteurs.

Ces préconisations sont connues depuis la nuit des temps, mais ne sont pas toutes mises en place au quotidien, car les directeurs doivent gérer les imprévus quotidiens tels que la gestion des plannings. Et si les directeurs confiaient certaines missions aux soignants ? De ce fait, il pourrait avoir plus de temps pour mettre en place les préconisations citées ci-dessus.

Dans ce mémoire, nous avons souhaité aller plus loin dans les préconisations et proposer un modèle innovant reposant sur l'autonomie, la coresponsabilité, la confiance des équipes de terrain. Ce modèle permettrait d'allier à la fois la qualité de prise en charge du résident, ainsi que la qualité de vie du salarié.

En effet, les soignants sont très demandeurs d'autonomie dans leur travail et se plaignent des difficultés à concilier leur vie privée avec leur vie professionnelle contribuent à satisfaire le salarié. L'auto-organisation apparaît comme une solution au manque de flexibilité et de liberté dans le travail. L'idée est d'affecter une équipe de 12 salariés au maximum à un secteur, qui gérerait leur travail comme ils le souhaitent en respectant le cadre légal et le bien-être du résident. Les résidents verraient toujours les mêmes soignants, et de ce fait, le cadre serait propice aux relations humaines. En

étant formés, les soignants pourraient gérer les plannings et participer aux recrutements. Ainsi, les membres de l'équipe prendraient les décisions ensemble.

Le rôle de l'IDEC évoluerait vers une fonction support en accompagnant et conseillant les soignants. Ce modèle pourrait, par ailleurs, être la marque employeur des établissements. Ainsi, il permettra aux établissements de se démarquer et d'attirer les meilleurs talents en ces temps de pénurie ; et particulièrement les générations Y et Z qui sont sensibles à la flexibilité et à l'intelligence collective.

Néanmoins, il est important de souligner qu'un faible turnover peut aussi avoir des désavantages. En effet, l'organisation se confronte à une équipe vieillissante plus sujette à la fatigue, et ainsi à la résistance aux changements. Par conséquent, elle sera moins ouverte aux nouvelles pratiques et aux nouvelles façons de travailler. Mais toute la difficulté réside à trouver le bon taux.

A travers ce mémoire, nous avons pu relater les causes du turnover, les conséquences et les leviers d'actions des directeurs.
Toutefois, l'obligation vaccinale pourrait engendrer un turnover des soignants où le directeur serait totalement impuissant.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Organisation mondiale de la Santé (2018), *Vieillissement et santé,* Disponible sur : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

[2] INSEE Références (2020), *Population par âge*, Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#titre-bloc-3

[3] Miron A. et Roy D. (2020), *Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030*, *Études et Résultats*, *DREES*, *numéro 1172*, p. 1-5

[4] INSEE, (2019), *Tableaux de l'économie française*, Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937

[5] Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches (2021), *Comment le GIR est-il déterminé ?* Disponible sur : https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-le-gir-est-il-determine

[6] Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches (2021), *Les EHPAD,* Disponible sur : https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad

[7] Mahel Bazin et Marianne Muller (2018), Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad, *Études et Résultats*, *DREES*, *numéro 1067*, p. 1-6

[8] Martin C. et Ramos-Gorand M. (2017), *Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local et du salaire*, ECONOMICS AND STATISTICS, *numéro 493*, p.1-18

[9] Berlu S. (2019), *Dépendance : les deux tiers des Français ont une mauvaise image des EHPAD*, selon un sondage, *France Info*, Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/economie/emploi/carriere/vie-professionnelle/retraite/emb-5h-dependance-les-deux-tiers-des-francais-ont-une-mauvaise-image-des-ehpad-selon-un-sondage_3707413.html

[10] KELLY (2012), *32% des employés français pensent fréquemment à changer d'emploi***,** Résultats de l'enquête Kelly Global Workforce Index (KGWI). Disponible sur : http://jobsearch.kellyservices.fr/kelly/doc_gc/cp_kgwi_n1_avril_2012.pdf

[11] Giraud L., Roger A., Thomines S. (2012), *La fidélisation des Ressources Humaines en période de crise économique, numéro 84*, P. 44-60

[12] Jubin C (2020), *Les enjeux de la fidélisation des collaborateurs,* Disponible sur : https://www.mentor-rh.fr/enjeux-fidelisation-des-collaborateurs/

[13] Dion G., « Les mouvements du personnel dans l'entreprise – terminologie », Relations industrielles, *vol. 30*, n° 2, 1975, p. 253-261.

[14] Morin L. & Renaud S. (2009), *LA RÉTENTION DES EMPLOYÉS ET LES PRATIQUES DE FORMATION ET DE RÉMUNÉRATION : ÉTAT DES LIEUX DE LA LITTÉRATURE NORD-AMÉRICAINE EN GRH, PSYCHOLOGIE ET ÉCONOMIE DU TRAVAIL*, p. 1 à 18

[15] Thomas L. (2019), *La problématique de la rétention et du turnover dans le secteur de la consultance*, p. 1-99

[16] Shaw J. & Dess G. (2001), *Voluntary Turnover, Social Capital, and Organizational Performance, p 1-13*

[17] Petite entreprise*, Conséquences du turn-over*, Disponible sur : https://www.petite-entreprise.net/P-2170-81-G1-consequences-du-turn-over.html

[18] Péan, D. (2017), « Calculer et analyser son taux de turnover », site des experts RH, Disponible sur : https://www.gereso.com/actualites/2017/08/28/calcul-et-analyse-du-tauxde-turnover/ (consulté le 18/04/2018)

[19] INSEE (2020), *Personnels et équipements de santé*, Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277748?sommaire=4318291

[20] Observatoire des inégalités (2014), Une répartition déséquilibrée des professions entre les hommes et les femmes, Disponible sur : Une répartition déséquilibrée des professions entre les hommes et les femmes (inegalites.fr)

[21] Marquier R., Vroylandt T., Chenal M., Jolidon P., Laurent T., Peyrot C., Straub T., Toldre C. (2016), Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, DREES, *numéro 5*, p. 1-32

[22] Ministère des solidarités et de la santé (2019), *Infirmier*, Disponible sur :https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/infirmier

[23] B FABREGAS (2020), *Etre infirmière : mythe, réalité et perspectives...* (2020), Disponible sur : https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/profession-infirmiere-etre-infirmiere.html

[24] Muller M (2017*), L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre*, Drees*, numéro 20*, p1-23

[25] Michele (2018), *Le CPOM, un contrat qui remplace la convention tripartite*, Disponible sur :https://www.logement-seniors.com/articles-ls/cpom-contrat-remplace-convention-tripartite.html

[26] ANAP, *Le contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens, Disponible sur : https://ressources.anap.fr/medias/Objets/Immobilier_/impact-invest-prix-jour-ehpad/FT02_CPOM.pdf#:~:text=Le%20contrat%20pluriannuel%20d%E2%80%99objectifs%20et%20de%20moyens%20%28CPOM%29,aux%20II%20et%20III%20de%20l%27article%20L.%20314-7.*

[27] Levray N. (2011)*, 10 questions sur le financement des Ehpad,* Disponible sur : https://www.lagazettedescommunes.com/6028/10-questions-sur-le-financement-des-ehpad-2/

[28] Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2021)*, Réforme de la tarification en EHPAD*, Disponible sur : https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-de-la-tarification-en-ehpad

[29] ARS (2018), *Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens,* Disponible sur : https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1

[30] WEKA, Les différences de statuts entre secteur privé et secteur public, Action sociale, numéro 4141, Disponible sur : https://www.weka.fr/action-sociale/dossier-pratique/accueil-des-personnes-agees-en-etablissement-dt56/les-differences-de-statuts-entre-secteur-prive-et-secteur-public-4141

[31] République Française (2020), *Quelles sont les différentes catégories d'agents dans l'administration ?,* Vie Publique, Disponible sur : https://www.vie-publique.fr/fiches/20253-les-differentes-categories-dagents-dans-ladministration

[32] Ministère de la fonction publique (2016*), Être recruté dans la fonction publique, DGAFP,* p. 1-53

[33] Daniel B. (2020), *Quitter la fonction publique*, Ingelaere, Disponible sur : https://ing-avocat.legal/quitter-demissionner-de-la-fonction-publique.html

[34] Ministère des solidarités et de la santé (2020), *Ségur de la santé : le Gouvernement accélère la revalorisation de tous les personnels hospitaliers et des professionnels des EHPAD publics,* Disponible sur : https://solidarites-

sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/segur-de-la-sante-le-gouvernement-accelere-la-revalorisation-de-tous-les

[35] Ministère des solidarités et de la santé (2021), *Ségur de la santé : les conclusions,* Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions

[36] MACSF (2020) *Ségur de la santé : rémunération, carrière...que retenir?,* Disponible sur : https://www.macsf.fr/actualites/segur-de-la-sante-remuneration-que-retenir

[37] Makdessi Y. et Pradines N (2016), *En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*, DREES, *numéro 0989*, p.1 à 4

[38]Lambert F. (2017), *Ehpad : Des conditions de travail difficiles, des personnels très engagés*, Disponible sur : https://www.force-ouvriere.fr/ehpad-des-conditions-de-travail-difficiles-des-personnels-tres

[39] Trentesse A. (2016), *Soignants en Ehpad : le travail sous tension de personnels engagés*, Disponible sur : https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/soignants-ehpad-travail-sous-tension-personnels-engages.html

[40] Benjamin A, (2018) "Nous sommes à bout": la souffrance des soignants en Ehpad, L'express, Disponible sur : https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/nous-sommes-a-bout-la-souffrance-des-soignants-en-ehpad_1980168.html

[41] Human Recruitment, *Ehpad : malgre des conditions de travail difficiles, les soignants y restent tres engages*, Disponible sur : https://www.rc-humanrecruitment.com/ehpad-malgre-conditions-de-travail-difficiles-soignants-y-restent-tres-engages/

[42] Rubenstein A., Eberly M., Lee T. & Mitchell T. (2017) *Surveying the forest: A meta-analysis, moderator investigation, and future-oriented discussion of the antecedents of voluntary employee turnover*, p 1-44

[43] Brunelle Y. (2009), *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner,* Cairn*, Vol. 40,* p. 39-48

[44] Martin C. (2014), *Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France – analyses micro-économétriques*, Thèse pour le Doctorat en Sciences Économiques, Université Paris-Dauphine, p. 1-268

[45] Giasson G. (2010), *Environnements de travail sains et attrayants : les hôpitaux magnétiques,* FIQ, p. 1-16

[46] Chaminade B. (2004), Comprendre les coûts cachés du Turn-over, Disponible sur : https://pme-magazine.blog4ever.com/comprendre-les-couts-caches-du-turn-over

[47] J-B Brun, *Présentéisme*, Disponible sur : https://www.coupdepouce.com/vie-perso/travail/article/faites-vous-du-presenteisme

[48] Christ F. & Fonjallaz (2016), *La fidélisation des salariés : un bénéfice à long terme*, Disponible sur : https://www.curaviva.ch/files/NW74JL1/le_turn_over_a_un_cout__la_fidelisation_des_salaries__un_benefice_a_long_terme__curaviva_suisse__20.pdf

[49] Cohen-Mansfield J. (1997), Turnover among nursing home staff, *Nursing management (Springhouse), volume 28, numéro 5*, p. 59-64

[50] Lerner N., Johantgen M., Trinkoff A., Storr C. & Han K. (2014), Are nursing home survey deficiencies higher in facilities with greater staff turnover, *JAMDA, numéro 15*, p. 102-107

[51] Battandier A., 2009, Motivation – *la pyramide des besoins selon Maslow*, Disponible sur : http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article6

[52] Aladom, *Buurtzorg : un modèle d'organisation pour les services à la personne,* Disponible sur : https://www.aladom.fr/actualites/secteur-service/8769/buurtzorg-un-modele-dorganisation-pour-les-services-la-personne/

[53] Fortier M., *Buurtzorg, la révolution du soin à domicile et ses petits frères français,* Disponible sur : https://www.mazars.fr/Accueil/Insights/Publications-et-evenements/Newsletters/Newsletter-Transfo-Sante/News-Transfo-Sante-4-l-humain-en-transfo-sante/Buurtzorg-la-revolution-du-soin-a-domicile

GLOSSAIRE

- **ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- **ARS** : Agence Régionale de Santé
- **AS** : Aide-Soignant
- **CASF** : Code de l'Action Sociale et des Familles
- **CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- **CNSA** : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- **CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- **DARES** : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
- **DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **EHPA** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
- **EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- **ESMS** : Établissements et Services Médico-Sociaux
- **ETP** : Équivalent Temps Plein
- **FEHAP** : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratif
- **FHP** : Fédération de l'Hospitalisation Privée
- **GIR** : Groupe iso-ressources
- **IDE** : Infirmier Diplômé d'État
- **IDEC** : Infirmier coordinateur
- **INSEE** : Institut National des Statistiques et des Études Économiques
- **SNAPEI** : Syndicat National des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés
- **SYNERPA** : Syndicat National des Établissements et Résidences privées pour Personnes Âgées
- **VAE** : Validation des Acquis de l'Expérience

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS *4*
SOMMAIRE *4*
INTRODUCTION *1*
PARTIE 1 : TURNOVER DES SOIGNANTS EN EHPAD : CAUSES ET CONSEQUENCES. *3*
1. LE TURNOVER, DE QUOI S'AGIT-IL ? *3*
1.1. Définition **4**
1.2. Types de turnover **4**
1.3. Formule **6**
2. EHPAD, UN MONDE AUX MULTIPLES FACETTES *7*
2.1. Qu'est-ce qu'un EHPAD ? **7**
2.2. Les métiers soignants **8**
2.3. Les différents statuts juridiques en EHPAD et leurs écarts **9**
2.4. Soignants en EHPAD : entre engagement et épuisement **11**
3. TURNOVER DES SOIGNANTS EN EHPAD *14*
3.1. Causes du turnover des soignants en EHPAD **14**
3.1.1. Facteurs susceptibles de créer une insatisfaction au travail **16**
3.1.1.1. Caractéristiques individuelles **16**
3.1.1.2. Caractéristiques d'emploi et d'établissement **17**
3.1.2. Facteurs environnementaux **21**
3.2. Le turnover des soignants impact la qualité et générateur de surcouts **24**
3.2.1. Turnover générateur de surcoûts **24**
3.2.2. Turnover qui impact la qualité et la continuité de service **26**
PARTIE 2 : ETUDE DE TERRAIN *28*
1. METHODOLOGIE *28*
1.1. Contexte et objectif de l'étude **28**
1.2. Méthodologie et support **29**
1.3. Construction du guide d'entretien **29**
1.4. Acteurs **31**
1.5. Organisation et analyse des entretiens **32**
2. ANALYSE DES RESULTATS *32*
2.1. Soignants en EHPAD un métier peu valorisé et qui riment avec difficulté **32**

2.1.1. Épuisement physique et moral 32
2.1.2. Un secteur peu valorisé et qui manque d'attractivité ? 35
2.2. Un phénomène impactant tout un environnement 40
2.2.1. Équipe soignante 40
2.2.2. Résidents et proches 42
2.2.3. Équipe de direction 44
PARTIE 3 : PRECONISATIONS 46
1. UN ETABLISSEMENT QUI DONNE DU SENS 46
1.1. Approche projective 46
1.2. Management au quotidien 50
2. L'AUTO-ORGANISATION : MODELE D'AVENIR ? 54
2.1. Buurtzorg : un modèle révolutionnaire 54
2.2. Autogouvernance : entre liberté et responsabilité 55
CONCLUSION 59
GLOSSAIRE 68
TABLE DES ILLUSTRATIONS 71
TABLE DES ANNEXES 72

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les composantes du concept de roulement de la main-d'œuvre 5
Figure 2: Les déterminants du turnover du personnel soignant en EHPAD 15
Figure 3 : La pyramide des besoins de Maslow 49

Tableau 1: Les statuts et conventions en fonction du statut juridique de l'établissement 10
Tableau 2 : Régressions logistiques de l'état de santé des résidents et régression tobit du pourcentage de décès dans l'année suivant l'institutionnalisation des résidents sur les taux de turnover infirmier et aide-soignant 27
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des entretiens semi-directifs réalisés selon le type d'établissement 31

TABLE DES ANNEXES

Annexe I – Guide d'entretien à destination des membres de la direction

Annexe II – Guide d'entretien à destination des équipes de terrain

Annexe III – Synthèse entretien directeur EHPAD privé associatif

Annexe IV – Synthèse entretien DRH EHPAD privé associatif

Annexe V – Synthèse entretien directrice EHPAD public

Annexe VI – Synthèse entretien directeur EHPAD public

Annexe VII – Synthèse entretien directrice adjointe EHPAD privé lucratif

Annexe VIII – Synthèse entretien IDE EHPAD privé associatif

Annexe IX – Synthèse entretien AS EHPAD public

Annexe X – Synthèse entretien AS EHPAD privé lucratif

Annexe XI – Synthèse entretien AS EHPAD privé lucratif

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES MEMBRES DE LA DIRECTION

Bonjour, Lamya Ahssen je suis en master 2 management des établissements sociaux et médico-sociaux à Ilis. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse au turnover des soignants en EHPAD et plus précisément les enjeux et les leviers d'actions. Pour cela je mène des entretiens qui durent environ 45 minutes et qui sont anonymes.

Serait-il possible de vous enregistrer ?

Présentation

- Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (Âge, fonction, parcours professionnel)
- Dans quelle structure travaillez-vous ? (Ville et statut public, privé associatif, privé lucratif)
- Depuis quand exercez-vous cette fonction ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre structure ?

Causes/conséquences

- Pourriez-vous me définir le turnover ? (Donner la définition du TO, le turnover se définit comme un indicateur du renouvellement de l'effectif de l'entreprise sur une année, c'est aussi appelé « rotation du personnel » ou « renouvellement du personnel »)
- Est-ce que ça vous parle ?
- Quel est le taux de TO au sein de votre structure pour les AS et IDE ? (Taux de turnover = [(Nombre de départs sur l'Année N + Nombre d'arrivées sur l'Année N) / 2] / Effectif au 1er janvier de l'Année N x 100)]
- Est-ce une difficulté pour vous ?
- Comment pouvez l'expliquer ?
- Quelles sont les conséquences ?
- D'après vous, qu'est-ce qui donne envie à un salarié de rester au sein votre structure ?
- Qu'est-ce qui pourrait le conduire à la quitter ?
- En tant qu'employeur, quelles menaces identifiez-vous dans votre périmètre ? Et pourquoi ? (Hôpital, exercice libéral ? »)

Préconisations

- Quels moyens sont mis en place au sein de votre structure pour limiter/réduire le turn-over ?
- Considérez-vous ces mesures efficaces ? Pourquoi ? (Indicateurs ?)
- Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN PROFESSIONNEL DE TERRAIN : IDE/AS

Bonjour, Lamya Ahssen je suis en master 2 management des établissements sociaux et médico-sociaux à ILIS. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse au turnover des soignants en EHPAD et plus précisément les enjeux et les leviers d'actions. Pour cela je mène des entretiens qui durent environ 45 minutes et qui sont anonymes.

Serait-il possible de vous enregistrer ?

- Présentation

- Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (Âge, origine géographique…)
- Quelle est votre fonction ?
- Depuis quand exercez-vous cette fonction ?
- Quel était votre projet professionnel en fin de formation ?

- Choix de secteur d'activité

- Nom de la structure :
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre structure ?
- Qu'est-ce qui a motivé votre choix pour cet établissement ?
- Avez-vous des précédentes expériences professionnelles ? Si oui lesquelles ?
- Si oui, quelles ont été les raisons et les motifs de ces changements ? (Personnels ou liés à des choix de carrière ?)

- Causes/conséquences

- Définition du turnover (bien préciser que c'est différent de l'absentéisme (Le turnover caractérise la rotation, le renouvellement des employés dans une même entreprise, par démissions, licenciements ou ruptures à l'amiable.) Il est aussi appelé « taux de renouvellement du personnel » ou « taux de rotation du personnel ».)
- Y a-t-il un turnover important au sein de votre structure ?
- Comment pouvez l'expliquer ?
- Est-ce une difficulté pour vous ? (Conséquences sur votre travail/ résidents/organisation/direction)
- Selon vous, quelles sont les raisons/causes qui pousseraient les soignants à quitter leur EHPAD ?
- Qu'est-ce qui vous donne envie de rester dans votre structure ?
- Et au contraire, qu'est-ce qui pourrait vous conduire à la quitter ? Pour aller où et faire quoi ? Où vous imaginez-vous travailler dans les 2 ou 3 années qui viennent ?

- Préconisations

- La direction met-elle en place des actions pour fidéliser le personnel ? Si oui pensez-vous que cela est efficace et pourquoi ?
- D'après vous, qu'est-ce que la direction pourrait mettre en place pour fidéliser davantage son personnel ?
- Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?

ANNEXE III : Synthèse entretien directeur EHPAD privé associatif

Lamya : Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Directeur : J'ai 33 ans, titulaire d'un master 2 en droit de la santé et master en management des établissements de santé. J'ai commencé en tant que responsable de l'établissement au sein de la fondation partage et vie qui est équivalant de directeur en 2014, j'ai dirigé en même temps un établissement en région parisienne.

Lamya : Pouvez-vous définir le turnover ?

Directeur : Le nombre de salarié entrant et le nb de salarié sortant, ce n'est pas la différence c'est le pourcentage.

Le turnover peut être lié aux conditions de travail, aux conditions matérielles de travail, à l'ambiance de travail, au secteur d'activité où l'activité est trop précaire. Avant de calculer le turnover on calcule l'absentéisme c'est ce qui va me plomber. Le turnover, ça peut avoir un impact dans le temps.

Lamya : Il y a-t-il un turnover important au sein de votre structure ?

Directeur : Non

Lamya : Comment vous expliquez ça ?

Directeur : Approche historique du groupe. Parce qu'on propose quelque chose de différent dans un accompagnement différent dans un environnement avec des moyens différents. Et avec des moyens différents : on a un ratio de personnel qui est + important que la moyenne, on a le développement d'une approche médicamenteuse humaine qui est portée vers les personnes et c'est ce que cherche les soignants, car forcément, ils ont ce souci du bien-être …quand vous mettez tout ça ensemble c'est-à-dire : Un établissement qui est beau, bien entretenu régulièrement + des conditions de travail qui sont bonnes avec du matériel qui est bon + une approche médicamenteuse qui encourage la bienveillance envers les résidents, mais aussi entre professionnel, entre collègues, entre responsable et équipe. A la fin vous avez envie de rester parce que de toute façon vous savez que quand vous allez ailleurs le ratio de personnel sera différent, que vous allez devoir aller vite, se presser, que du coup les soins ne seront pas faits, pour avoir travaillé dans les autres établissements. Dans

les autres établissements ils sont un pour 15 ou 1 pour 17 bah c'est 1 pour 15 ou 1 pour 17. Là où on est 1 pour 6, 1 pour 7 parfois. Et parfois même moins. Et ça, ça fait la différence. Dans un EHPAD il faut être très clair, il repose à 80% sur son effectif. Les charges ; la masse salariale ce sont les RH → 80% des problématiques qu'on rencontre c'est Rh. Tout tourne autour du RH. En retour les familles les résidents et l'ensemble de nos partenaires le reconnaissant et du coup vous avez envie de travailler dans u établissement comme étant bon et qui offre les meilleures conditions de travail possible et donc vous ne changez pas.

Lamya : D'après vous, qu'est-ce qui donne envie à un salarié de rester au sein votre structure ?

Directeur : Les conditions de travail sont meilleures qu'ailleurs. La rémunération est un peu plus intéressante et les avantages plus intéressants. On a une prime de continuité de service, une valorisation orchidées, de la participation et bientôt de l'intéressement ce qu'on ne retrouve pas forcément dans d'autres structures. L'accompagnement, les objectifs ne sont pas sur des chiffres à outrance, mais ils sont bien sur la qualité des soins apportés aux résidents. Il est véhiculé par des approches non médicamenteuses à travers les démarches carpe diem humanitude naomie feil Montessori auxquelles on est très attaché. Par conditions de travail, j'entends un cadre de travail bienveillant ça veut tout et rien dire aujourd'hui, mais ça veut dire qu'on donne un cadre dans lequel ils ont une autonomie qui est celle d'organiser leur travail dans la matinée en fonction des besoins des résidents et pas en fonction de planification qui est fait. Parce qu'on prévoit/rachète des tenus, du matériel, parce qu'ils ont un environnement de travail et un outil de travail qui est propre qui est entretenu qui est beau qui est valorisant et qui est valorisé et du coup ça donne envie de venir travailler

Lamya : Et au contraire qu'est-ce qui pourrait inciter un salarié à quitter votre entreprise ?

Directeur : Un environnement économique plus intéressant, travaille en équipe ce n'est pas votre truc, hôpital pour les infirmiers pour un peu plus d'adrénaline, mauvaise ambiance

Lamya : Qu'est-ce que vous mettez en place au sein de la structure pour fidéliser le personnel ?

Directeur : des avantages économiques : la participation, la prime de continuité de service, la valorisation, la possibilité de participer à des formations sur les approches non médicamenteuses, la possibilité d'être valorisé à travers une autonomie de travail, de pouvoir prendre part à des projets, avoir des responsabilités sur certains sujets, quand on les valorise … finalement on les fidélise parce qu'ils se sentent bien, ils se sentent reconnus, ils ont envie de rester.

Lamya : Quels sont les avantages et inconvénients du turnover ?

Directeur : l'inconvénient du turnover qu'on voit tout de suite, il y a trop de personnes qui tournent du coup au niveau des équipes on n'arrive pas à construire une équipe soudée avec une bonne cohésion et qui permet de travailler correctement en équipe. Mais un faible turnover on a une équipe qui vieillit, l'équipe vieillissante elle est plus sujette à la fatigue, à la résistance aux changements et du coup moins ouverte aux nouvelles pratiques, aux nouvelles façons de travailler, aux nouvelles conditions qu'offre le marché du travail

ANNEXE IV : Synthèse entretien DRH EHPAD privé associatif

Lamya : Dans un premier, pouvez-vous vous présenter ?
DRH : Je suis le DRH du groupe XXX

Lamya : Parlez-moi de vos précédentes expériences, de votre parcours professionnel et universitaire si possible.
DRH : Diplômé d'une école d'ingénieur en informatique en 1992. Je me suis orienté vers les Ressources Humaines dès 1996.

Lamya : Vous travaillez dans quel type de structure ?
DRH : c'est un groupe associatif à but non lucratif

Lamya : Pourriez-cous me définir le turnover ? C'est quoi le turnover selon vous ?
DRH : la formule arithmétique est assez simple, ce sont les sorties versus les entrées. Le plus important ce sont les démissions qu'on subit. Ce qui me préoccupe plus c'est la difficulté à recruter dans notre activité et puis du coup les démissions.

Lamya : Avez-vous un taux de turnover ?
DRH : si je me concentre sur les démissions de CDI cela représente un petit peu moins de 7 % en 2019 et un peu plus de 10 % en 2018.

Lamya : Comment vous pouvez expliquer ces taux « élevés » ?
DRH : Plus de besoins que de ressources : c'est le prix de la loi de l'offre et la demande et y compris sur le marché du travail. Il n'y a pas suffisamment d'aides-soignants qui sont diplômés chaque année, il n'y a pas d'infirmiers qui sont diplômés chaque année et en tout cas il n'y en a pas suffisamment dans ce nombre qui sont diplômés qui veulent s'orienter vers nos établissements.
L'image qui est difficile et deuxièmement ce sont des métiers qui sont aussi peu valorisés en cas de rémunération. Un aide-soignant c'est quand même au niveau de rémunération qui est assez bas, un infirmier a aussi une rémunération qui n'est pas non plus extraordinaire. Sachant qu'en plus de ça tout est extrêmement normé par les conventions collectives. On a très peu de gesticule en tant qu'employeur. Ça rend

difficile l'attractivité de nos établissements et de nos métiers. Il faut vraiment avoir la vocation de vouloir s'occuper des personnes âgées.

Lamya : Attractivité, ça veut dire quoi pour vous ?
DRH : L'attractivité dans le secteur d'activité, elle est par rapport aux missions, elle est par rapport à l'environnement de travail, elle est aussi par rapport aux conditions de travail qui sont proposées aux salariés, les conditions en matière d'aménagement du temps de travail par exemple, l'accessibilité, les projets d'établissement. Ce sont des éléments qui sont souvent pris en compte puisque ceux sont des métiers difficiles à la fois sur la santé mentale et aussi pour la santé physique. Reconnaissance, c'est valorisé leur travail. Le projet d'établissement, le projet médical de l'établissement. Proximité avec les transports en commun. Stabilité des plannings. Proposer des heures supplémentaires pour augmenter pouvoir d'achat.

Lamya : Est-ce que le turnover au sein de votre structure c'est une difficulté pour vous ?
DRH : Oui, c'est une difficulté comme je vous le disais tout à l'heure, il y a plus d'offres que de ressources. On a des professionnels qui sont très attachés qui sont très fidèles à leur structure, il y a des collaborateurs qui sont là depuis 30 ans dans leur établissement et sont très heureux. Ils travaillaient et ont créé des liens avec des collègues qui sont là depuis longtemps parfois même avec des résidents qui sont aussi là depuis longtemps. Ils sont malheureusement en ce moment de moins en moins longtemps nos résidents. Il y en a effectivement qui n'ont pas cet attachement à cette structure, n'ont pas d'attachement à l'équipe, n'ont pas d'attachement forcément particulier aux valeurs d'un groupe associatif. Oui, oui c'est une vraie difficulté et c'est une lutte on est tout le temps en alerte, essayer de réfléchir à trouver des éléments qui vont nous permettre de différencier par rapport aux autres acteurs. Soit pour attirer des talents soit pour faire en sorte que nos talents restent et nos talents ne deviennent ceux des autres.

Lamya : Quelles sont les conséquences du turnover ?
DRH : Dégradation de la qualité du soin. Parce qu'à chaque fois que quelqu'un s'en va il faut le remplacer, celui qu'on remplace il faut le former sur notre projet médical, il faut le former sur nos façons de travailler, nos façons d'accompagner nos résidents, il

faut le former à notre structure et puis à la connaissance de nos résidents. Les résidents s'attachent aussi aux personnels soignants. Le personnel soignant c'est un repère pour les résidents. Ça créer du lien, en tout cas pas forcément affectif, mais la régularité et la présence ça créer du lien entre les résidents et les professionnels.
Le résident se perd quand il y a des départs forcément et c'est là où je dis il y a potentiellement une perte de qualité de soins à ce moment-là. Et puis le temps de reformer quelqu'un comme je vous le disais, il y a toujours un petit décalage.

Lamya : D'après vous, qu'est-ce qui donne envie à un salarié de rester au sein de vos EHPAD ?
DRH : Nous sommes un groupe associatif à but non lucratif. Ça veut dire qu'XXXX n'a pas d'actionnaire, ça veut dire qu'on ne reverse pas à peu près 30 % de nos bénéfices à nos actionnaires. L'argent que l'on gagne, il est réinjecté dans nos établissements aux bénéfices de nos résidents et aux bénéfices aussi des salariés. On cherche à gagner de l'argent non pas pour « enrichir » des investisseurs, des capitalistes ou des fonds de pension. On veut le réinvestir dans le but d'entretenir, d'avoir des projets dans nos établissements et également aux bénéfices de nos salariés. Les conditions de travail de collaborateurs sont très certainement plus favorables que dans d'autres établissements. Pourquoi ? Parce que chez nous tout n'est pas non plus normé, dans certains établissements, ce sont les professionnels qui le disent faire une toilette le matin c'est 15 minutes par toilette. Ce n'est pas 20 minutes, mais 15 minutes. Peu importe le niveau de dépendance du résident. Chez nous si cela doit être 20 minutes ça sera 20 minutes, si cela doit être 25 minutes ça sera 25 minutes, si cela doit être une demi-heure ça sera une demi-heure. Je travaille avec des partenaires sociaux à payer, d'améliorer aussi le cadre social de nos collaborateurs. On a mis en place des compléments de rémunération parce que ceux sont des métiers sur lesquels la concurrence est plus rude. On a travaillé à mettre en place effectivement des accords sur l'aménagement du temps de travail comme je vous disais tout à l'heure qui permettent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. On a mis des jours de congés pour ancienneté aussi. On essaye que si vous vous projetez avec nous durablement, vous avez aussi la possibilité d'avoir des choses en plus. Voilà sur quoi on travaille.

Lamya : D'après vous, au contraire qu'est-ce qui pourrait le conduire à quitter vos EHPAD ?

DRH : La politique que mène le gouvernement en privilégiant sans cesse la rémunération des acteurs de la fonction publique. Si vous êtes mieux payé dans le public, pourquoi rester dans le privé ? Prime décentralisée du secteur public, Éléments qui vont aussi compter : formation, développement de carrière et mobilité.

Lamya : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

DRH : Le manager a un rôle extrêmement important dans la fidélisation avec nos collaborateurs. Si vous savez associer vos collaborateurs, si vous savez communiquer avec vos collaborateurs, si vous savez les faire progresser, si vous savez leur dire quand ça va bien et pas uniquement quand ça va mal. Si vous voulez les associer au projet, si vous les respectez, si vous êtes équitable ça favorise la fidélisation.

Annexe V – Synthèse entretien directrice EHPAD public

Lamya : Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (Âge, fonction, parcours professionnel)

Directrice : J'ai 31 ans. Aujourd'hui je suis directrice d'un EHPAD et d'une résidence autonomie gérée par une commune c'est-à-dire par le CCAS. Ceux sont deux petites structures, l'EHPAD compte 42 lits et la résidence autonomie 18 lits. Ce sont des EHPAD « isolés » parce que la commune n'a que ces établissements-là comme établissement médico-social, ça a son importance quand même dans la gestion quotidienne. Sinon dans mon parcours, auparavant j'ai été 6 ans directrice adjointe d'un EHPAD associatif et pendant 4/5ans responsable de projet et de développement toujours dans une association dans le champ de la gérontologie.

Lamya : Dans quelle structure travaillez-vous ? (Ville et statut public, privé associatif, privé lucratif) Depuis quand exercez-vous cette fonction ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre structure ?

Directrice : Actuellement c'est une structure publique qui se situe à Haubourdin, depuis presque 6 mois.

Lamya : Pourriez-vous me définir le turnover ?

Directrice : Le flux des entrées et des sorties au niveau des professionnelles

Lamya : Quel est le taux de TO au sein de votre structure pour les AS et IDE ?

Directrice : Je ne le connais pas, turnover au niveau des AS il est faible, turnover au niveau des IDE il est important.

Lamya : Est-ce une difficulté pour vous ? Comment pouvez l'expliquer ?

Directrice : Au niveau des as on est sur équipe assez âgée qui est poste depuis longtemps et qui s'y sent bien en tout cas j'en ai l'impression donc finalement on a très peu de départs et les seules nouvelles têtes qu'on a au niveau de cette équipe-là ce sont les remplacements congés ou ce genre de chose, mais j'ai très peu eu même sur le côté as et en encore moins de démission, de départ ce genre de chose. Cependant sur le côté infirmier actuellement la tension sur ce métier-là est plus importante, l'attractivité du métier étant aussi plus importante ailleurs c'est des professions qu'on

a un peu plus de mal à fidéliser au sein de la résidence. J'ai une grosse partie de mon personnel qui est titulaire de la fonction publique avec la sécurité de l'emploi … mais j'ai une partie des professionnels qui n'est pas titulaire.

Lamya : Concernant les infirmiers vous me dites qu'il y a plus d'attractivité ailleurs, c'est à dire ?

Directrice : Déjà le salaire qui est proposé dans la fonction public il est bien moindre que celui qui est proposé dans les structures hospitalières ou même dans l'associatif aujourd'hui donc il y a quand même cette attractivité au niveau du salaire. Exacerbé par la crise covid qu'on vit maintenant depuis plus d'un an. J'ai l'impression que les infirmiers sont aussi beaucoup plus intéressés par un retour dans la fonction hospitalière parce que ça leur permet de voir davantage de choses, ils peuvent passer de service en service, ils peuvent faire évoluer leur pratique alors qu'en EHPAD c'est vrai que bon en EHPAD on ne peut pas passer d'un service à un autre, il y a peut-être un peu plus de routine qui s'installe. Hormis dans les très gros EHPAD souvent l'infirmière en EHPAD est seule sur son poste elle n'a pas de collègue infirmière sur son poste il n'y a pas forcement de médecin non plus sur place donc en termes de responsabilité il y a quand même des choses à porter qui sont un peu plus importantes qu'à l'hôpital en tout cas en ressenti.

Lamya : Qu'est-ce qui donne envie de rester au sein de votre structure ?

Directrice : L'organisation de travail, flexibilité des horaires, l'ambiance de travail, la dynamique d'établissement, la dynamique de projet tout ce qui peut faire vivre l'établissement et qui peut lui donner ce sentiment d'appartenance

Lamya : Au contraire à la quitter ?

Directrice : Problèmes d'organisation, l'absentéisme→ c'est un peu le serpent qui se mord la queue plus il y a d'absentéisme plus il y a des gens qui partent parce que forcément plus le travail il est « précaire », la non-flexibilité des horaires

Lamya : Quelles sont les conséquences ?

Directrice : Continuité des soins et qualité c'était assez chaotique. Conséquences sur l'équipe soignante : lassitude parce qu'elles sont inquiètes, elles sont lassées de devoir peut-être répéter plusieurs fois les mêmes choses parce que tous les jours c'est

une infirmière différente et de ce fait il n'y a pas de suivi et je pense une grosse frustration de se dire le poste d'infirmier il est important, nous on a beau faire notre taf en termes de nursing …derrière on n'a pas l'impression que le suivi infirmier, le suivi médical sera hyper bien géré une frustration.

Lamya : Et au niveau des résidents, vous pensez que ça à un impact ?
Directrice : Les visages qu'ils ont vu tourner pendant des mois surtout pour les personnes avec davantage de difficulté cognitive on s'est rendu compte qu'au bout semaines on avait encore plus de mal à leur faire prendre leur médicament, changer leur pansement, par exemple, parce qu'ils se laissaient plus faire, ils avaient perdu confiance à force de voir tant de visages. On sait que ça à un lien, parce que depuis qu'on a trouvé une stabilité dans notre équipe infirmière toutes ces difficultés-là elles ont disparu.

Lamya : Identifiez-vous des menaces en tant qu'employeur ?
Directrice : On est à deux kilomètres du centre hospitalier donc clairement c'est notre menace principale. Ils ont eu une force de recrutement qui est assez impressionnante d'autant plus en cette période de covid ils ont pu encore une fois augmentation les salaires. Concernant les remplacements proposent des contrats plus longs.

Lamya : Pour vous attrayant ça veut dire quoi ?
Directrice : Le mensonge de l'hôpital c'est cette super grosse machine on va être super bien encadré on va avoir plein de collègues si on ne se sent pas bien dans un service on va pouvoir demander à changer et va pouvoir changer de service. Ils vont pouvoir changer de public autant qu'ils le souhaitent alors que chez nous ce n'est pas pareil il y a une lassitude qui s'installe. Le covid a eu un fort impact il y a eu de plus en plus de gens qui remettent en question leur métier.

Lamya : Quels moyens et actions sont mis en place au sein de votre structure pour limiter réduire le turnover ?
Directrice : Pas grand-chose. Une écoute importante des professionnels et revalorisation des salaires

Lamya : Quelles sont les conséquences au niveau de l'équipe de direction ?

Directrice : Surtout à chaque fois c'est la nouvelle inquiétude de savoir, si on va savoir recruter, est-ce que la personne qu'on va recruter va donner satisfaction ? nouvelle remise en question de se dire ah bah mince est-ce que je ne suis pas passé à côté de quelque chose.

Annexe VI – Synthèse entretien directeur EHPAD public

Lamya : Pouvez-vous vous présenter ?
Directeur : directeur d'un EHPAD public pour le CCAS de la ville de Roubaix

Lamya : Est-ce que vous pouvez me définir le turnover ?
Directeur : Cela consiste à assurer les besoins du personnel dans la continuité et comment dire le turnover c'est pour moi donc de pallier les absences du personnel en poste. Le turnover c'est la fidélisation. En fait dans le turnover j'interroge la fidélisation et l'attractivité. La fidélisation du personnel et l'attractivité du secteur qui est un peu boudé en ce moment, pas qu'en ce moment, mais depuis quelque temps.

Lamya : Et par attractivité, vous entendez quoi ?
Directeur : Donc l'attractivité c'est qu'on a déjà beaucoup d'étudiant qui se forment l'accompagnement dans la formation en alternance pour moi essentiel. Ce sont les métiers où on ne peut pas voir que de la théorie. L'attractivité c'est, comment on peut attirer les générations qui arrivent dans ces métiers qui ne vont pas être simple.

Lamya : Vous pensez qu'on ne peut pas faire toute sa vie aide-soignant ou infirmier ?
Directeur : Il faut une formation continue, il faut que les personnes soient formées régulièrement. Des moments de débriefing, car on a des choses qu'on encaisse. Je pense que l'usure est liée au public qui évolue. Je ne conçois pas, en tout cas dans mes équipes, qu'ils ne partent pas en formation pour rester en veille, pour se former, travailler les postures.

Lamya : Connaissez-vous le turnover des AS et IDE ?
Directeur : On est en concurrence avec le privé et l'hospitalier. Nous avons des salaires qui sont beaucoup plus bas trouver ailleurs un autre boulot qui sera mieux payé.

Lamya : Est-ce une difficulté pour vous ?
Directeur : Ah oui, oui. Ce n'est pas moi qui gère le planning, mais je suis au courant de tout. S'il faut recruter, s'il faut mobiliser. Et dans le turnover il faut former, ce n'est pas le tout, mais une personne qui vient dans la structure pour prendre un poste, il faut

l'accueillir, il faut la former. Donc comme nous, on ne peut pas embaucher dans la fonction territoriale comme ça, enfin des contrats d'un mois c'est possible, mais pour la personne qui est en poste pour se projeter ce n'est pas évident. C'est un CDD d'un mois renouvelable. Donc en effet c'est pour palier, ce n'est pas simple, mais c'est du quotidien.

Lamya : Et du coup le turnover, ça a quoi comme conséquence ?
Directeur : Les conséquences sont pour les résidents, ils sont pris en charge donc ils sont rassurés, mais dans la relation avec les résidents ce n'est pas le plus simple et optimum. Il y a des relations qui se créent et des affinités qui se créent et à trop changer le personnel on banalise la relation avec le résident. Ça nuit aux relations, car il faut qu'à chaque fois, il faut qu'il se répète ou ce n'est pas pris en compte parce que la personne change donc c'est compliqué. La nouvelle recrue est formée pour son métier, mais pas à la structure. Donc c'est aux anciens d'accueillir le nouveau et dire comment ça fonctionne chez nous, de dire où sont les pièces, où sont les zones de stockage, où sont les protections, où est l'infirmerie. Il y a le tour de la structure à faire. Il y un accueil qui est essentiel à faire. Au niveau de la direction, ce sont des contrats qui faut gérer et planning bouge tout le temps. Le planning qui est déposé début mai, vers la fin du mois, il a connu une vingtaine, une trentaine de modification. Cela impact l'organisation, cela impact tout, cela impact au service de la qualité de vie, de la prise en charge, de l'accompagnement du résident.

Lamya : D'après vous, qu'est-ce qui donne envie à un salarié de rester au sein de votre structure ?
Directeur : Ce n'est pas le salaire, ça c'est sûr. Je pense que c'est l'ambiance de l'équipe, la collaboration de l'équipe, le soutien des collègues. Le métier n'est pas simple, mais il est valorisant. Le statut de fonctionnaire qui fidélise aussi. Ça c'est sûr que quand on est fonctionnaire on est assuré de l'emploi.

Lamya : Et du coup qu'est-ce qui pourrait conduire le salarié à quitter votre structure ?
Directeur : Le salaire pour les personnes qui ne sont pas titulaires. L'usure professionnelle, mutation.

Lamya : Et vous en tant qu'employeur quelles menaces identifiez-vous dans votre périmètre ?

Directeur : Les menaces sont au niveau salarial je vous ai dit on est en concurrence direct avec le milieu hospitalier et le privé.

Lamya : Et concrètement dans votre structure, il n'y a rien qui est mis en place pour « fidéliser » le personnel ?

Directeur : Sur la fidélisation il y a ce que l'on appelle des primes, les primes covids, les primes grand âge, les primes ségur, au niveau salarial j'ai essayé de faire monter le salaire d'une infirmière, mais c'était impossible. Donc l'infirmière va nous quitter, même si elle adore le public, elle adore la structure, elle est motivée et passionnée par sa profession, mais le salaire ne suit pas. L'ancienneté n'étant pas reprise, c'est une infirmière qui a une vingtaine d'années d'expérience, donc elle dit non je ne peux pas rester, repartir vingt ans après avec un salaire de débutant.

Lamya : Je n'ai plus de questions, je ne sais pas si vous voulez ajouter quelques choses par rapport au turnover ?

Directeur : Le climat social est important, mais la qualité de vie au travail qui est la responsabilité de l'employeur est essentiel aujourd'hui. Le bien-être au travail est essentiel. Voilà ce que je peux rajouter. J'espère avoir était clair et complet.

ANNEXE VII : Synthèse entretien directrice adjointe EHPAD privé lucratif

Lamya : Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (Âge, fonction, parcours professionnel)

Directrice : Adjointe de direction en EHPAD depuis d'un peu plus d'un an.

Lamya : Dans quelle structure travaillez-vous ? (Ville et statut public, privé associatif, privé lucratif)

Directrice : l'Oise C'est un établissement privé lucratif dans l'Oise

Lamya : Depuis quand exercez-vous cette fonction ?

Directrice : Depuis ma prise de poste en janvier 2020

Lamya : Pourriez-vous me définir le turnover ?

Directrice : pour moi c'est avoir soit des équipes fixent ou des équipes qui vont souvent bouger pour plusieurs raisons : **les salariés ne se sentent pas bien dans leur poste, ne sont pas bien dans l'établissemen**t, c'est vraiment le roulement des équipes si on a des équipes fixes, des équipes mobiles qui changent beaucoup

Équipe assez fixe au niveau des soignants, on a eu que deux départs sur l'année 2020 que nous avons remplacés ; un qui avait besoin de voir autre chose et le deuxième c'était un licenciement

Lamya : Comment l'expliquez-vous ?

Directrice : Au sein de l'établissement on a **une bonne ambiance de travail,** c'est vrai qu'on a **beaucoup d'aide technique,** on a une **direction qui est très à l'écoute** et on a des équipes qui sont là depuis mal de temps et qui sont donc accroché à la résidence. Et je trouve qu'on a des conditions de travail comparé à d'autres établissements qui sont un atout pour l'établissement et les salariés. Par aide technique j'entends tout ce qui est verticalisateurs, lève-malade…

Lamya : Qu'est-ce qui donne envie à un salarié de rester votre EHPAD ?

Directrice : conditions de travail ; le fait que ça soit bien équipé et par ailleurs on remplace à 100% c'est très rare qu'ils tournent à moins 1 ou 2 sur une journée. Ça aide aussi, ça maintient la bonne ambiance, ça limite la surcharge d'activité.

Lamya : Et au contraire, quitter la structure ?

Directrice : les salaires sont moins élevés que dans le public, les aides-soignants à l'hôpital sont mieux payés que chez nous. L'hôpital je ne pense pas que c'est une menace, car ce n'est pas le même métier qu'en EHPAD au niveau des AS, ce n'est pas non plus la même ambiance et ils savent très bien qu'à l'hôpital qu'au niveau des aides techniques et que les conditions de travail moins favorables que chez nous.

Lamya : Quelles sont vos actions pour fidéliser le personnel ?

Directrice : rien de particulier, car les équipes sont fixes donc pas d'actualité

Annexe VIII – Synthèse entretien IDE EHPAD privé associatif

Lamya : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE : infirmier aux XXX depuis juillet 2017

Lamya : Pourquoi avoir choisi ce métier ?

IDE : Le fait de prodiguer des soins, mais surtout une relation de confiance avec le résident. Ce métier il a l'aspect humain, relationnel, l'approche des soins. Si on est plus attiré vers une spécialité les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap … on peut se spécialiser.

Lamya : Pourquoi avoir choisi cette structure ?

IDE : c'est l'approche non médicamenteuse et les outils de communication (verbale & non verbale) qui a envers les résidents à travers une approche humanitude. Parfois le non verbal est plus important que le verbal. Humanitude c'est une approche humaine ou on apporte des soins à travers différent pallier tel que le regard le touché. On va mieux communiquer à travers un regard un geste. On peut comprendre et on peut se faire comprendre.

Lamya : Y a-t-il un turnover important ? Et comment pouvez-vous expliquer cela ?

IDE : Dans l'équipe IDE non. On est une équipe fixe, on est une petite équipe. On communique beaucoup quand quelque chose ne va pas, on communique et ça nous permet de mieux avancer. On est une équipe soudée et on se soutien. En revanche AS oui dû à l'aspect physique, épuisé malgré les différents matériaux tel que le lève malade les rails, si pas de bons transferts blessure et arrêt du travail. Ne se retrouve plus dans l'échange dans les soins ou l'organisation. Différentes raisons personnelles avec les enfants, ils changent de profession pour être auprès de leur famille.

Lamya : Quelles sont les conséquences ?

IDE : Les résidents sont vite perturbés ils ont établi une relation de confiance. Ils sont rassurés quand ils connaissent la personne qui va les prendre en charge et quand il y a un nouveau collaborateur ils doivent réexpliquer les choses et ils se sentent épuisés de tout reprendre à 0. Quand il y a un nouveau : toutes les transmissions ne sont pas données en temps et en heure, car n'a pas forcément pris leur marque.

Ils ne savent pas à qui s'adresser et ils s'adressent parfois à la mauvaise personne Cependant le turnover c'est aussi turnover ce sont aussi des nouvelles compétences.

Lamya : Ce qui vous donne envie de rester ?
IDE : Le lien privilégié avec les résidents, les familles et l'équipe. Quand on met des choses en place, on veut voir comment ça évolue (dynamique de projet). Le fait mettre en place des choses j'aime bien voir l'évolution sur les semaines et années à venir.

Lamya : Qu'est qui vous donnerais envie de partir ?
IDE : De voir si certaines valeurs ne sont plus respectées : l'entraide, le respect, la collaboration, l'échange, ces valeurs qui sont importantes pour moi et qui n'ont fait que je me suis senti bien. Je me dirais que j'ai apporté et reçu ce que je devais apporter et recevoir, il est temps de voir autre chose. Dans 3 ans je souhaiterai poursuivre en libéral.

Lamya : Est-ce que la direction met en place des actions pour fidéliser le personnel ?
IDE : Nous sommes toujours sollicités pour mettre des choses en place donc on se sent intégré et valorisé dans la structure. Ils mettent en place des réunions qui permettent d'échanger. Ils donnent des chèques vacances, chocolats. Ecouté quand on a une difficulté, mais surtout présent et on se sent entendu et soutenu. On a des primes : prime de participation, flexibilité des plannings, bon salaire.

Annexe IX – Synthèse entretien AS EHPAD public

Lamya : Pourrais-tu te présenter ?
AS : 24 ans, AS, j'exerce cette fonction depuis 2017.

Lamya : Quel est ton parcours professionnel ?
AS : Téléphonie, les usines, assistante de vie aux familles c'est 3 mois de formation ; c'est être à domicile faire le ménage un peu de soin, mais rien de bien important par rapport à aide-soignant, préparation au concours d'AS, j'ai fait 3 mois dans un EHPAD dans le privé. Aujourd'hui je suis AS dans le public.

Lamya : Pourquoi as-tu choisi le métier d'AS ?
AS : Parce que c'est un métier d'avenir, ma mère elle faisait ça j'aimais bien.

Lamya : Pourquoi as- tu as postulé dans cette structure ? Pourquoi cet établissement et pas un autre ?
AS : C'est un établissement propre et c'est carré, ce n'est pas EHPAD qui est délaissé ou quoi, ce n'est pas loin de chez moi. C'est un nouveau bâtiment, c'est propre. Il y a un bon suivi des résidents...Je fais de l'intérim en hôpital. Dans le privé il y a plus de moyens et il y a moins de résidents, mais financièrement ce n'est pas ça.

Lamya : Tu préfères l'hôpital ou l'EHPAD ?
AS : L'hôpital si tu veux t'enrichir si tu ne veux pas perdre tes connaissances c'est mieux l'hôpital. Mais l'EHPAD j'y suis habitué et c'est plus humain. A choisir, je préfère l'hôpital pour avoir plus de connaissance et la charge de travail ça n'a rien à voir. Points positifs hôpital : charge de travail moins lourde et tu vas travailler en binôme avec l'infirmière.

Lamya : Est-ce que tu sais ce qu'est le turnover ?
AS : Non je ne sais pas

Lamya : C'est la rotation du personnel, est-ce que dans ta structure il y a beaucoup de turnovers ?

AS : non parce qu'enfaîte, ce sont plus des fins de contrat quand ça ne va vraiment pas.

Lamya : Comment tu expliques cela ?
AS : paie bien, statut du fonctionnaire. Pas beaucoup de turnovers, mais y a beaucoup d'absentéisme, là où je suis le matin on peut tourner à 8 au lieu de 10/11. On a plus de patients à gérer. Il y a des étages où ça va être lourds physiquement il y a des étages où ça va être lourds mentalement ça va être + psychologique où des résidents ils vont crier ils vont se jeter par terre qui vont sonner tout le temps en mode on est des boniches. Pour nous faire venir quand il y a des moments maintenant la direction fait des heures supplémentaires.

Lamya : Ce qui te donne envie de rester dans ta structure ?
AS : j'ai l'habitude. Il y a un côté famille par rapport à l'hôpital, tu connais les habitudes de vie du résident c'est une routine. A l'hôpital tu ne connais pas les patients, tu as des machines que tu ne connais pas, tu as plein de protocoles. Sécurité du travail pour tes projets il faut avoir un cdi ou être titulaire c'est encore mieux.

Lamya : Qu'est-ce qui pourrait expliquer que les gens veulent partir ?
AS : Certains fonctionnaires n'en peuvent plus de la routine, de la charge de travail,

Lamya : Ou tu te vois dans deux ou trois années ?
AS : devenir infirmière ça sera dans un bon service à l'hôpital

Lamya : Quelles sont les actions que la structure met en place pour fidéliser le personnel ?
AS : heures supplémentaires, mais cela peut créer de la jalousie. L'ambiance du travail c'est important, quand il y a une mauvaise ambiance ça peut jouer sur toute ta journée.

Lamya : Et le COVID a-t-il changé vos habitudes ?
AS : Pendant le covid pas de famille dans les studios donc on était tranquille. Maintenant on ressent une certaine pression des familles, au niveau des tenues ; blouses, surblouses, masques ffp2, visière, gant, chaussons, lunettes, charlotte…

Tu perds 5 min à t'habiller comment il faut réfléchir à comment s'habiller, à as se faire contaminer, l'été c'était insupportable, tu dois te déshabiller comment il faut sans te contaminer, nettoyer les lunettes tu perds 10 min à t'habiller et à te déshabiller on devait faire ça quand un résident avait le covid ou qu'il y avait soupçon covid.

Lamya : Pour toi qu'est-ce que la direction pourrait mettre en place pour fidéliser le personnel ?

AS : Plus d'effectif, sinon on travaille à la chaîne et on a moins le temps de discuter avec le résident.

Annexe X – Synthèse entretien AS EHPAD privé lucratif

Lamya : Peux-tu te présenter ?

AS : 29 ans, AS depuis fin 2013 depuis bientôt 8 ans, j'ai signé mon CDI le 1er janvier 2014.

Lamya : Y a-t-il une forte rotation de l'emploi ?

AS : Quand la nouvelle direction est arrivée oui, car les anciennes n'étaient pas d'accord avec la nouvelle organisation. Compliqué d'avoir une équipe solidaire et stable à chaque fois qu'une nouvelle arrive elle part vue la charge de travail. Tu te retrouves seule à ton étage et tu es fatigué.

Lamya : Comment tu peux expliquer ce phénomène ?

AS : Marre de l'infantilisation, marre des réflexions, usée moralement mentalement, manque de reconnaissance, changement d'organisation épuisant surtout pour les mamans, amplitude horaire 10h, mais veut nous faire passer à 12h, covid ajout de missions ; animations. Sous-effectif : on est deux pour une vingtaine si tout va bien Taux d'absentéisme. Les résidents qui n'ont pas leur place dans les maisons de retraite, tant que le taux d'occupation est rempli c'est le principal. Ils prennent des personnes handicapées ou des personnes atteintes de trisomie on n'est pas qualifié pour ça.

Lamya : Qu'est-ce qui te donne envie de rester ?

AS : Avant c'était une ambiance famille, mais maintenant c'est la pression.

Lamya : Tu te vois toujours travailler en EHPAD ?

AS : L'hôpital ce n'est pas vivant comme un EHPAD, je m'attache très vite.

Lamya : La direction met-elle en place des actions pour fidéliser ?

AS : Augmentation de salaire pour les nouvelles arrivantes, mais pour nous rien.

Lamya : A la place de la direction, qu'aurais-tu mis en place ?

AS : Plus d'écoute, moins d'infantilisation, de la reconnaissance et de l'intérêt pour les salariés en saluant ou discutant, plus d'équipement et formation pour l'utiliser, plus de soignants motivés.

Annexe XI – Synthèse entretien AS EHPAD privé lucratif

Lamya : Est-ce que vous pouvez vous présenter ? (Âge, origine géographique…)
AS : Je m'appelle XXX, j'ai 31 ans.

Lamya : Quelle est votre fonction ?
AS : AS en EHPAD privé lucratif.

Lamya : Depuis quand exercez-vous cette fonction ?
AS : 5 ans.

Lamya : Quel était votre projet professionnel en fin de formation ?
AS : IDE.

Lamya : Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre structure ?
AS : 5 ans.

Lamya : Qu'est-ce qui a motivé votre choix pour cet établissement ?
AS : Ça s'est présenté comme ça. La transition s'est faite rapidement entre l'école et le travail.

Lamya : Avez-vous des précédentes expériences professionnelles ? Si oui lesquelles ?
AS : Bâtiment, mécanique, quick, AS en Belgique.

Lamya : Y a-t-il un turnover important au sein de votre structure ?
AS : De manière généra oui, fin y a des périodes, mais à différents niveaux, même niveau des cadres.

Lamya : Comment pouvez l'expliquer ?
AS : Un burnout dû à une surcharge de travail qui vient d'un manque de personnel et un manque d'équipement ou de mauvais équipement, aussi à la mauvaise organisation. Mauvais management qui laisse traîner le conflit, management froid des années 70. Une mauvaise ambiance : difficile de faire travailler plusieurs individualités. Aggravé à la suite de la privatisation. Manque de confiance de la part de la direction,

infantilisation, salaire bas, tache en plus : délégation des missions des IDE, formation des nouveaux. Pas valorisé.

Lamya : Est-ce une difficulté pour vous ? (Conséquences sur votre travail/ résidents/organisation/direction)
AS : Oui, car arrivée de personnes qui ne connaissent pas l'organisation ni les résidents donc la charge de travail est moins équilibrée, tu vas devoir la suivre un peu la guidé tu vas perdre du temps donc on finit plus, rend le travail plus difficile. Mais il y a aussi des points positifs, tu vois des nouvelles têtes, des nouvelles personnes, des nouveaux parcours.

Lamya : selon vous, quelles sont les raisons/causes qui pousseraient les soignants à quitter leur EHPAD ?
AS : Mauvaise ambiance, mauvais management ; très peu d'écoute ou de fausses promesses, scalaires.

Lamya : Qu'est-ce qui vous donne envie de rester dans votre structure ?
AS : Les amitiés que j'ai liées.

Lamya : Et au contraire, qu'est-ce qui pourrait vous conduire à la quitter ? Pour aller où et faire quoi ? Où vous imaginez-vous travailler dans les 2 ou 3 années qui viennent ?
AS : Hôpital ce n'est pas la même ambiance, ce ne sont pas les mêmes taches. Moi je sais que tu peux apprendre des gens de leurs vécus donc rester en EHPAD c'est bien.

Lamya : La direction met-elle en place des actions pour fidéliser le personnel ? Si oui pensez-vous que cela est efficace (à un impact ?) et pourquoi ?
AS : Mise en place d'événement cela créé du lien.

Lamya : D'après vous, qu'est-ce que la direction pourrait mettre en place pour fidéliser davantage son personnel ?
AS : Réactivité gestion de conflit, augmenter le salaire, plus de moyens humains ne pas être en sous-effectif, plus d'équipement on n'a pas de rail au plafond, mais ça va.

LE TURNOVER DES SOIGNANTS EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES

3 millions, c'est le nombre de personnes qui seraient en situation de **perte d'autonomie** en 2030. Si les politiques publiques favorisent le maintien à domicile, 108 000 seniors en plus seraient attendus en **EHPAD** en 2030. La médicalisation des établissements qui tend à croître, ces prochaines années, devrait donc engendrer une intensification du besoin en personnel soignant. Cependant, les membres de la direction d'EHPAD sont confrontés à une problématique liée à la **fidélisation des soignants**. Ces difficultés de fidélisation semblent être liées à un manque d'attractivité du secteur, mais aussi, à la mauvaise image dépeinte dans les médias associant les EHPAD à des scandales de maltraitance. En plus d'être générateur de surcoûts, un **turnover** important des soignants peut impacter la qualité et la continuité de service en entraînant notamment une dégradation de l'état de santé des résidents ainsi qu'une banalisation des relations soignants/résidents. En s'appuyant sur une partie théorique et une enquête de terrain, nous répondrons à la problématique suivante ; Turnover des soignants en EHPAD, quels enjeux et leviers d'action ? Ce travail nous a permis de confirmer que le directeur possède des **leviers d'action**, mais aussi de souligner l'importance de son rôle. Par ailleurs, il nous a également permis d'évoquer un modèle innovant basé sur l'autonomie des salariés.

Mots-clés : perte d'autonomie, EHPAD, fidélisation des soignants, turnover, leviers d'action

THE TURNOVER OF CAREGIVERS IN RESIDENTIAL CARE FACILITIES FOR DEPENDENT ELDERLY PEOPLE

3 million people will be **losing their autonomy** in 2030. If public policies favor **home care**, 108,000 more seniors are expected to be in EHPAD in 2030. The medicalization of establishments, which will tend to increase in the coming years, should therefore lead to an increase in the need for care personnel. However, management members are faced with a problem related to the **retention of caregivers**. These retention difficulties seem to be linked to a lack of attractiveness of the sector, but also to the bad image portrayed in the media associating EHPAD with abuse scandals. In addition to generating additional costs, a high **turnover** of caregivers can have an impact on the quality and continuity of service, leading to a deterioration in the state of health of residents and a trivialization of caregiver/resident relations. Based on a theoretical part and a field survey, we will answer the following question: Turnover of caregivers in EHPAD, what are the stakes and **levers of action**? This work allowed us to confirm that the director has levers for action, but also to underline the importance of his role. Furthermore, it also allowed us to evoke an innovative model based on the autonomy of employees.

Key words: losing their autonomy, home care, retention of caregivers, turnover, levers of action