

# La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées

## Occupational status of caregivers in institution for elderly or disabled

Madeleine ESTRYN-BEHAR, Roger SALBREUX, Marie-Christine PAOLI, Olivier LE NEZET

**L**es maisons de retraite sont une des réponses à un certain nombre de défis : vieillissement de la population, maîtrise des dépenses de santé, maintien de l'offre de soins dans certains secteurs géographiques, etc. La dernière étude exhaustive réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) sur les établissements médico-sociaux et sociaux d'hébergement de personnes âgées, et pouvant servir de base à la détermination de notre échantillon en 2002, a été réalisée en 1996. Elle fait état de 212 402 salariés. Parmi ceux-ci, 140 587 sont des soignants non médicaux, dont 35 485 salariés sont inclus dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Mais ce chiffre a vraisemblablement nettement augmenté depuis, devant les besoins croissants. Pourtant peu de travaux portent sur le travail et le rôle des soignants dans ces petites structures où il n'y a pas de médecins à demeure. L'exercice du métier y est-il différent, plus ou moins pénible, plus ou moins valorisant qu'ailleurs ? Un rôle propre soignant, voire aide-soignant, peut-il s'y développer, apportant ainsi des éléments plus généraux de réflexion sur la revalorisation de ces

métiers ? Le rôle professionnel des soignants en maisons de retraite pourrait être plus affirmé que dans des établissements plus importants, leur rôle social, peut également être l'objet d'une plus grande reconnaissance locale, favorisé par la proximité et l'inter connaissance.

A l'inverse de ces hypothèses optimistes, les maisons de retraite concentrent également nombre de difficultés : faible prestige, remise en cause, au nom de nouvelles normes de sécurité ou de qualité, des petits établissements, part plus importante qu'ailleurs des personnels faiblement qualifiés (aides-soignants et agents de service), etc. Le manque de moyens et de personnel, surtout dans les unités où sont hospitalisées des personnes âgées, souvent atteintes de troubles cognitifs, rend difficile la mise en œuvre d'un véritable rôle propre soignant, ce qui est d'autant plus mal vécu que le médical est peu développé et pourrait laisser la place à d'autres préoccupations. Les aides soignants peuvent se sentir cantonnés dans un travail routinier et fatigant physiquement, sans véritable reconnaissance. Les établissements pour personnes handicapées sont

en nombre très insuffisant par rapport aux besoins. L'étude du Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI), menée en 1994, aboutit à un chiffre voisin de 3,4 millions de personnes handicapées en France. L'enquête décennale Santé de l'Insee de 1991 donne, quant à elle, une estimation beaucoup plus large du handicap, puisque, selon elle, 5,5 millions de personnes déclarent un handicap ou une gêne dans la vie quotidienne<sup>(1)</sup>.

L'enquête PRESST (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail) est menée en France, à partir de l'automne 2002, dans 55 établissements appartenant à cinq régions françaises différentes. L'étude concerne l'ensemble des soignants au sens large (infirmières, aides-soignantes, aides médico-psychologiques, agents hospitaliers, et les divers personnels paramédicaux travaillant avec l'équipe soignante). Elle permet de mieux connaître les problèmes propres aux différentes catégories d'établissements ([www.presst-next.fr](http://www.presst-next.fr)).

## **MÉTHODES**

Pour déterminer l'échantillon étudié par PRESST, et pour des facilités organisationnelles, nous avons sélectionné, avec l'aide de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), cinq régions réparties sur le territoire français, considérées par la DHOS comme représentatives de la situation nationale. Les régions choisies sont, pour deux d'entre elles, en partie frontalières, connaissant des mouvements migratoires des soignants (vers la Suisse, pour la région Rhône-Alpes et à partir de l'Espagne pour la région Languedoc-Roussillon). Deux régions plus éloignées des frontières sont sélectionnées, la région Poitou-Charentes et celle de Haute-Normandie. La région Île-de-France est incluse, comme bassin de population et siège de nombreuses institutions de formation. C'est la région ayant le plus fort taux de départs annuels de soignants vers les autres régions.

Dans chaque région, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et les DRASS nous ont aidé à déterminer un panel d'établissements permettant de se conformer à la répartition nationale entre public et privé, secteur sanitaire et secteur social. Des établissements urbains de grandes villes (Centres hospitalo-universitaires - CHU), de villes moyennes (Centres hospitaliers généraux - CHG) et de zones rurales (hôpitaux locaux), ont été sélectionnés, ainsi que des établissements psychiatriques (CHS). Les établissements privés sont, propor-

tionnellement à leurs effectifs, des établissements à but non lucratif (Centres de lutte contre le cancer, centres de rééducation), des cliniques privées et des maisons de retraite.

Selon les statistiques nationales des effectifs, le niveau de formation des personnels, travaillant en établissement accueillant des personnes handicapées et dans des maisons de retraite, est moins élevé que dans les établissements sanitaires. On constate 61,1% de personnels sans formation diplômante (ASH) parmi les soignants des établissements médico-sociaux hors SAE contre 17% parmi les 655 312 soignants recensés dans la SAE. Les aides soignants diplômés (ASD) et les aides médico-psychologiques (AMP) représentent le tiers des salariés des deux grandes catégories d'établissements publics et privés sanitaires, et un peu moins pour les établissements médico-sociaux. Les conventions tripartites, signées dans le cadre de la médicalisation des maisons de retraite, ont, depuis 2002 nettement augmenté la proportion de personnels soignants diplômés dans ces établissements.

Nous avons adressés 13 000 questionnaires aux directions des établissements qui devaient les poster à leurs salariés. Nous avons reçu, de façon anonyme, dans une enveloppe T prépayée 5 376 questionnaires remplis, avec la précision du nom de l'établissement. Ce panel comprend les réponses de 115 soignants travaillant en établissement accueillant des personnes handicapées et 228 soignants employés dans des maisons de retraite. Sur de nombreux points, la situation est apparue plus difficile pour ces derniers groupes que dans le reste de l'échantillon.

Quatorze maisons de retraite ont participé à cette enquête. Leur taux de réponse moyen est de 38%. Trois établissements ont un taux de réponse entre 60% et 76%, quatre établissements entre 34% et 48% et quatre établissements entre 18% et 27%. Trois établissements pour personnes handicapées (EPH) ont participé à cette enquête. Leur taux de réponse moyen est de 50%. Deux établissements sont concernés par le handicap mental (taux de réponse 76,9% et 40% respectivement) et un par le handicap physique (taux de réponse 63,8%).

Il a été possible de comparer entre eux les différents types d'établissements et catégories de personnel qui ont répondu au questionnaire. Nous précisons la répartition des variables pour l'ensemble des 5376 soignants (1801 travaillant en CHU, 1461 en CHG, 384 en hôpital local, 378 en clinique privée, 502 en établissements privés non lucratifs, et 505 en Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, 115 soignants travaillant en établissement accueillant des personnes handicapées et 228 soignants employés dans des

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Sexe</b>	Femme	89,6%	94,2%	98,2%	95,6%	88,8%
	Homme	10,4%	5,8%	1,8%	4,4%	11,2%
<b>Nombre d'enfants</b>	Aucun enfant	23,5%	16,6%	44,2%	26,5%	26,8%
	1 enfant	24,6%	24,7%	17,7%	23,8%	22,5%
	2 enfants	37,2%	38,6%	28,3%	33,2%	34,9%
	3 enfants et +	14,7%	20,1%	9,7%	16,6%	15,8%
<b>Age : 3 classes</b>	< 30 ans	19,3%	15,7%	31,6%	21,4%	19,8%
	30-44 ans	49,8%	50,7%	35,1%	50,0%	47,6%
	45 ans et +	30,9%	33,6%	33,3%	28,6%	32,7%
<b>Fonction</b>	ASH	8,4%	19,6%	17,4%	37,4%	8,9%
	Aide soignant(e)	33,8%	46,7%	53,9%	38,3%	29,2%
	Infirmier(e)	43,6%	25,8%	12,2%	19,4%	44,5%
	IDE spécialisé(e)	5,0%	1,3%	1,7%	0,9%	5,4%
	Cadre	5,2%	4,2%	2,6%	2,2%	6,3%
	Autre	3,9%	2,3%	12,2%	1,8%	5,8%
	ASH	8,4%	19,6%	17,4%	37,4%	8,9%

**Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des soignants.**

*Table 1: Sociodemographic characters of caregivers.*

maisons de retraite). Nous donnerons le détail de la situation des soignants des établissements accueillant des personnes handicapées et des maisons de retraite, situation que nous comparerons avec celle des CHG et hôpitaux locaux.

Les réponses aux questions fermées (analyse quantitative de résultats statistiquement significatifs au seuil de  $p < 0,001$ ) et les réponses aux questions ouvertes (analyse qualitative) ont pu être analysées et confrontées. Cette analyse a ainsi permis de mieux comprendre en quoi les difficultés des accompagnants et soignants, des établissements accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, sont devenues un problème très préoccupant dans notre pays.

## RÉSULTATS

### Caractéristiques sociodémographiques des soignants des établissements médico-sociaux

On constate, par rapport aux autres établissements, une féminisation encore plus marquée dans les établissements accueillant des personnes handicapées et les maisons de retraite (tableau 1). En outre, le

personnel est nettement plus jeune dans le cadre des établissements pour personnes handicapées, ce qui explique sans doute un nombre d'enfants moindre dans son foyer.

En ce qui concerne la formation et la fonction on remarque, dans l'ensemble du secteur médico-social, une prédominance marquée pour les formations les moins qualifiantes (ASH, ASD et AMP). De plus, dans le cas des établissements pour personnes handicapées, plus de la moitié du personnel est représentée par des ASD et surtout des AMP. Cependant on note, dans ces structures, une plus forte proportion d'autres formations et fonctions (12,2%), essentiellement des éducateurs et des psychologues.

### Un travail soignant important mais peu valorisé

La faible présence des médecins et la nature des pathologies prises en charge (maladies chroniques, liées au vieillissement ou entraînant un handicap) font que le travail médical curatif est, dans les établissements accueillant des personnes handicapées et dans les maisons de retraite, moins présent que l'accompagnement et la prise en charge globale de la personne. Les accompagnants des maisons de retraite sont, par rapport aux hôpitaux locaux et aux CHG, plus nombreux

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Nécessité de prendre des initiatives dans le travail</b>	Très peu	2,4%	2,1%	5,3%	3,5%	2,0%
	Pas beaucoup	2,8%	3,4%	2,6%	5,8%	3,2%
	Un peu	8,7%	12,0%	14,0%	11,9%	9,3%
	Jusqu'à un certain point	51,4%	53,9%	54,4%	38,5%	48,1%
	Beaucoup	34,8%	28,5%	23,7%	40,3%	37,4%
<b>Possibilité d'apprendre de nouvelles choses par le travail</b>	Très peu	3,8%	9,4%	7,9%	6,6%	4,0%
	Pas beaucoup	7,3%	8,4%	10,5%	16,3%	7,3%
	Un peu	19,7%	32,2%	23,7%	26,0%	20,2%
	Jusqu'à un certain point	28,7%	24,9%	27,2%	21,1%	30,2%
	Beaucoup	40,5%	25,1%	30,7%	30,0%	38,2%
<b>Utiliser ses compétences et savoir faire dans le travail</b>	Très peu	2,2%	4,2%	6,1%	4,4%	2,2%
	Pas beaucoup	3,2%	6,0%	7,0%	6,6%	4,1%
	Un peu	11,4%	20,1%	14,9%	15,0%	11,9%
	Jusqu'à un certain point	43,5%	45,4%	36,8%	35,8%	43,6%
	Beaucoup	39,7%	24,3%	35,1%	38,1%	38,2%
<b>Nombre de jours de formation /12 derniers mois</b>	Aucun jour de formation dans les 12 mois	45,3%	51,1%	42,2%	62,3%	44,8%

Tableau 2 : Possibilités d'initiative et de progrès des soignants, selon leur établissement.

Table 2: Possibilities of initiative and progress according to their institution.

à déclarer devoir prendre "beaucoup" d'initiatives dans leur travail (40,3% contre 28,7% et 34,8% respectivement) (tableau 2). Par contre dans les établissements accueillant des personnes handicapées, les accompagnants sont nettement moins nombreux à avoir de l'autonomie professionnelle (23,7%). Les accompagnants des deux structures sont, comme leurs collègues des hôpitaux locaux, moins nombreux que dans les autres établissements à avoir la possibilité d'apprendre (beaucoup ou jusqu'à un certain point) de nouvelles choses dans leur travail (57,9% et 51,1% respectivement contre 68,4% pour l'ensemble des établissements). Ils sont plus nombreux qu'en hôpital local, selon leurs réponses, à avoir "beaucoup" la possibilité d'utiliser leurs compétences (35,1% et 38,1% respectivement contre 24,3% dans les hôpitaux locaux). Mais le personnel accompagnant des établissements accueillant des personnes handicapées est majoritairement constitué d'aides médico-psychologiques (AMP) qui reçoivent une formation en cours d'emploi, tandis que dans les maisons de retraite on note une majorité d'agents de services (ASH) qui sont nettement les moins qualifiés. En établissements pour handicapés, la proportion

d'AMP (considérés, ici, comme aides-soignants) est très importante (53,9% contre 46,7% en hôpital local et 29,2% dans l'ensemble des établissements). En maison de retraite la part d'agents de services (ASH) est importante (37,4%, contre 19,6% en hôpital local et 8,9% pour l'ensemble des établissements). Les Aides soignants (ASD) sont la majorité (38,3% contre 46,7% en hôpital local et 29,2% pour l'ensemble des établissements). Cependant la formation continue est moins possible pour les soignants des maisons de retraite (62,3% n'ont bénéficié d'aucune formation dans les 12 derniers mois contre 51,1% de ceux des hôpitaux locaux et 44,8% de l'ensemble). Le mode de formation continue (alternance théorie et pratique avec prise de poste effective) pour obtenir le diplôme d'AMP implique que plus de soignants travaillant en établissements pour personnes handicapés ont eu des formations dans l'année. De plus l'encadrement médical et psychologique y est plus présent, avec dans certains cas, organisation de formations en interne. Seuls 42,2% des soignants et accompagnants travaillant en établissements pour personnes handicapées ont déclaré n'avoir pas bénéficié de formation.

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Le travail a du sens</b>	Peu	5.2%	6.5%	8.8%	8.7%	4.1%
	Jusqu'à un certain point	22.8%	18.0%	21.1%	21.1%	23.7%
	Beaucoup	72.0%	75.5%	70.2%	70.0%	70.5%
<b>Avoir assez de temps pour parler aux patients</b>	Presque jamais	4.9%	10.7%	6.2%	6.7%	4.9%
	Rarement	25.0%	29.3%	27.4%	32.9%	23.4%
	Parfois	45.1%	38.7%	23.0%	36.0%	42.0%
	Souvent	20.0%	14.7%	27.4%	17.8%	22.5%
	Toujours	5.0%	6.7%	15.9%	6.7%	7.2%
<b>Manquer de temps pour réaliser toutes les tâches</b>	Presque jamais	2.8%	4.3%	6.2%	3.2%	3.2%
	Rarement	13.7%	7.8%	27.4%	15.9%	14.3%
	Parfois	44.2%	36.2%	23.0%	35.0%	43.0%
	Souvent	34.1%	42.6%	27.4%	39.1%	34.8%
	Toujours	5.2%	9.1%	15.9%	6.8%	4.6%
<b>Satisfaction de pouvoir donner les soins adéquats</b>	Très insatisfait(e)	9.1%	12.3%	7.3%	10.4%	8.9%
	Insatisfait(e)	42.4%	46.9%	40.0%	42.8%	40.6%
	Satisfait(e)	43.2%	36.5%	42.7%	39.2%	44.5%
	Très satisfait(e)	5.2%	4.4%	10.0%	7.7%	5.9%

Tableau 3 : Aspects relationnels émotionnels et organisationnels du travail.

Table 3: Relational emotional aspects and work organization.

Les accompagnants des établissements pour handicapés et des maisons de retraite sont un peu plus nombreux à trouver que leur travail n'a pas beaucoup de sens (8,8% et 8,7% respectivement contre 4,1% pour l'ensemble des établissements) (tableau 3).

Cependant, ils se disent aussi motivés que les autres (55% des soignants de toutes les structures se disent très motivés sans différence significative). Les soignants interrogés disent aimer leur métier mais souffrir de mal le faire :

*"Plus de réunions du personnel soignant pour discuter sur les différents cas traités dans notre établissement. Entretiens psychologiques pour aider certains patients. (Fin de vie, démences, ... sevrages). Je fais ce métier parce que je l'aime, je connaissais les contraintes de ce métier, mais aussi la reconnaissance des personnes soignées. Le plus pénible c'est de devoir faire mon travail toujours en courant et devoir toujours laisser d'autres tâches par manque de temps." (Aide-soignante, maison de retraite)*

*"Il faudrait des aides soignantes en plus, car pour les sorties, un fauteuil roulant monopolise une personne. Nous sommes 2 dont 1 animatrice et une AMP (pour un an).*

*Les sorties sont limitées à 6 personnes car, à 2, il est impossible d'en prendre plus." (Animatrice, maison de retraite).*

*"Le plus pénible : incontestablement le manque de temps qui aboutit à diverses contraintes quotidiennes "*

*"Je pense que le plus pénible à supporter dans notre travail, est le rapport difficile avec des personnes âgées atteintes de démence sénile, il faut être douce, patiente, vigilante, être toujours à l'écoute et ce n'est pas simple, lorsque nous même sommes fatigués et, moralement, pas en meilleure forme." (IDE)*

Le désir de faire un métier que l'on sent utile et riche en rapports humains se heurte aux contraintes liées à une charge de travail très élevée. Les soignants des maisons de retraite sont les plus nombreux à déclarer ne "presque jamais" ou "rarement" avoir le temps de parler aux patients (39,6% contre 40% en hôpital local et 28,3% pour l'ensemble de l'échantillon). Ils disent

“souvent” ou “toujours” manquer de temps pour réaliser toutes les tâches (45,9% contre 51,7% en hôpital local et 39,4% pour l'ensemble de l'échantillon). Ces constats apparaissent d'autant plus regrettables que beaucoup de patients de ces structures sont des personnes âgées dépendantes.

La réalisation de “soins en série”, de façon impersonnelle, est contestée par les soignants de tous les niveaux de compétence. 53,2% des répondants des maisons de retraite se disent insatisfaits ou très insatisfaits de ne pouvoir donner des soins adéquats, contre 59,2% en hôpital local et 49,5% dans l'ensemble de l'échantillon. Ce qui semble le plus pénible est :

*"Je suis frustrée de ne pas pouvoir faire mon travail correctement, pas assez de temps pour chaque pensionnaire, il faut toujours faire plus vite. Le confort des personnes s'en ressent. De ce fait ils reçoivent nos soins comme une agression, perte d'autonomie complète pour eux ! Le faire à leur place est un gagne temps. Faire de l'animation avec les pensionnaires donne une autre approche avec les soignants. Il est toujours demandé de privilégier le bien-être des pensionnaires avant tout. Je suis tout à fait d'accord, mais il faut nous donner les moyens de le faire, et pas seulement en façade!!!." (Aide-soignante)*

*"Les week-end seule où l'on doit gérer l'absentéisme des autres soignantes et auxiliaires de vie tout en aidant dans la réalisation des toilettes, et au moment des repas les aides soignantes présentes, en accomplissant notre propre travail d'infirmières, être présente pour les familles nombreuses et faire face aux urgences (chute, troubles du comportement des patients, fièvre etc.)" (Infirmière)*

Dans les structures de long séjour, le soignant se sent en lien avec les patients et en devoir de rendre ses soins plus personnalisés. Or, l'obligation d'effectuer les soins minimaux de base (lever des patients, toilettes, change des couches, aide à l'habillage au repas, etc.) à un grand nombre de résidents dans un temps réduit, donne à beaucoup l'impression de faire “un travail à la chaîne” qui déshumanise le malade. Aussi, les demandes en matière d'effectifs interviennent davantage pour permettre ces relations que pour réduire la pénibilité physique :

*"Le manque de personnel entraîne un travail rapide et pas forcément efficace. Un manque de communication entre les soignants et les patients. S'il y avait plus de personnel on n'aurait*

*pas besoin de courir dans les couloirs et il y aurait moins de stress." (AS)*

Le manque de temps conduit alors à écarter l'échange avec un patient demandeur, ce qui génère frustration et culpabilité. La part relationnelle des soins semble “sacrifiée” devant l'obligation des soins d'hygiène ou d'aide à l'alimentation. De plus, c'est avec les mots théorisant le “rôle propre infirmier” que l'impossibilité de mettre la théorie en pratique est exprimée : “relation d'aide” ; “relationnel” ; “projets personnalisés”, etc. Dans ce domaine, il est à craindre que les formations exacerbent le désir de bien faire mais aussi la souffrance de l'impuissance du soignant de retour dans son service. Ce sont des mots exprimant une forte culpabilité qui sont employés, tels que “sacrifié”, “volé” “au détriment”...

De tous les types d'établissement, les maisons de retraite sont ceux dans lesquels les soignants ont le moins le sentiment de pouvoir mettre en oeuvre leurs compétences dans le travail. Nous avons vu que, mis à part les établissements privés à but lucratif, les hôpitaux locaux et maisons de retraite sont aussi ceux où la part de personnel n'ayant reçu aucune journée de formation dans les 12 derniers mois est la plus élevée. Pourtant, parmi les infirmières, notamment, s'exprime le désir de professionnaliser la fonction de soignant afin qu'un vrai “rôle propre”, adapté à ce qui est perçu du besoin des patients dans ces structures, puisse être mis en oeuvre.

La comparaison avec les soins palliatifs est particulièrement révélatrice dans la mesure où les conditions de travail et l'organisation des soins dans les hôpitaux locaux apparaissent à bien des égards à l'opposé de ce qu'ont pu mettre en place les services de soins palliatifs : temps important pour parler au patient, organisation des soins adaptée au rythme et aux besoins de chaque malade, valorisation du soin et du relationnel, etc. (Castra, 2003). Dans les hôpitaux locaux, la gestion standardisée des besoins physiologiques de base occupe la plus grande partie du temps, qui manque, du coup, pour développer une autre approche. Certaines en font le reproche aux médecins. Mais, c'est l'absence de ces derniers qui est la plus déplorée. Dans les hôpitaux locaux, c'est plus le manque de temps et de moyens que le pouvoir médical qui explique les difficultés à mettre en place une prise en charge plus globale. Les cadres infirmiers se retrouvent obligés de gérer la répartition d'une charge de travail élevée et donnent ainsi aux soignantes, notamment aux aides-soignantes, le sentiment d'être maintenues dans un travail routinier :

"C'est l'approche des soins palliatifs : les 87 patients atteints de la maladie d'Alzheimer rentrent dans notre institution pour finir leur vie et souvent cette fin est très très dure. C'est le contact permanent avec les familles qui sont toujours très désemparées devant la maladie de leurs proches." (IDE femme).

"Il n'y a pas une seconde de repos avec les 35 heures, c'est de l'esclavage au niveau travail et ce même travail n'est pas récompensé. On travaille sans reconnaissance, beaucoup de CDD, après on vous met dehors, ils embauchent au jour le jour, cela ne nous gêne pas, nous aimons notre travail, on s'y fait, question d'habitude. Mais la Direction doit avoir un effectif sûr, pas changer tous les jours comme ils le font, cela perturbe les résidents y compris le personnel" (Auxiliaire de vie femme).

L'absence de médecin sur place, en dehors des visites, est plus une source de contrainte et de difficultés pour les soignants qu'une opportunité d'autonomie (tableau 4).

Dans les maisons de retraite, 30,5% des soignants se plaignent de l'absence fréquente, voire très fréquente, d'un médecin lors d'une urgence, contre 40% en hôpital local et 23,1% pour l'ensemble de l'échantillon. La confrontation aux problèmes sociaux difficiles est moins fréquente en maison de retraite qu'en hôpital local (27,3% contre 41,0% en hôpital local et 50,2% dans l'ensemble de l'échantillon).

La difficulté à bien faire son travail de soignant se manifeste par un certain nombre de dysfonctionnements, bien perçus par les soignants, mais face auxquels ils se sentent impuissants. C'est par exemple le constat d'un accueil souvent "raté" avec les problèmes qui en découlent par la suite. Il faudrait du temps pour les résidents et les familles pour accompagner l'entrée dans un service de soins de longue durée. Mais cela n'est pas possible et les premiers jours et semaines se passent souvent mal. Pour une aide-soignante, le plus pénible est "Le comportement de certaines familles qui, selon certaines expériences, par culpabilité de "laisser" leurs parents à l'hôpital se 'déchargent' sur nous, c'est-à-dire deviennent agressifs envers nous, et parfois n'ont pas de respect de notre travail." (Aide soignante)

"Je pense que tout soignant donne le maximum pour subvenir aux besoins des patients, mais en retour nous n'avons aucune considération. Nous vivons parfois des moments difficiles avec certains patients qui sont exigeants, racistes, et qui ont du mal à accepter leurs handicaps. Nous devons prendre sur nous pour être plus patients et à l'écoute, même si nous sommes saturés, fatigués moralement et physiquement. Nous sommes de plus en plus sollicités par des patients difficiles à prendre en charge et vient s'ajouter la famille qui a du mal à voir un parent se dégrader de jour en jour. Il faudrait une meilleure prise en charge des familles et

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Fréquence de l'absence de médecin lors d'une urgence</b>	Jamais	21,7%	11,7%	22,7%	24,4%	25,8%
	Parfois	42,7%	38,6%	39,1%	39,0%	42,7%
	Fréquemment	17,5%	20,3%	11,8%	16,4%	14,2%
	Très fréquemment	10,6%	19,7%	4,5%	14,1%	8,9%
	Non concerné(e)	7,4%	9,7%	21,8%	6,1%	8,4%
<b>Confrontation aux problèmes sociaux difficiles</b>	Jamais	2,6%	1,9%	3,5%	8,9%	3,2%
	Rarement	8,1%	13,8%	13,9%	22,8%	11,5%
	Parfois	35,2%	43,4%	38,3%	41,1%	35,2%
	Souvent	45,3%	32,0%	39,1%	21,0%	40,0%
	Toujours	8,8%	9,0%	5,2%	6,3%	10,2%

Tableau 4 : Responsabilité personnelle et sollicitations morales des soignants selon leur établissement.

Table 4: Personal responsibilities and ethical requests of caregivers according to their institution.

## La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées

soignants qui sont confrontés à la mort" (Aide soignante).

La difficulté du travail dans les maisons de retraite tient également à la nature des pathologies qui y sont traitées (tableau 5). Les résidents, souvent âgés, y présentent souvent des démences ou des poly-pathologies. Or les soignants se plaignent, et l'enquête quantitative le confirme, de ne pas avoir les moyens et les compétences des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. 86,8% des soignants des maisons de retraite se disent confrontés souvent ou toujours à la maladie ou la souffrance humaine, comme 81,5% de ceux des établissements pour personnes handicapées et 90% de ceux des hôpitaux locaux et contre 69% des soignants des cliniques.

Enfin, à peu près à égalité avec les soignants des hôpitaux psychiatriques ou ceux des établissements pour personnes handicapées, les soignants des maisons de retraite se disent souvent ou toujours confrontés à des malades pénibles (80,5 % en MR, 67,8% en EPH et 77,2% en CHS contre 60,5% dans l'ensemble de l'échantillon) ou agressifs (66,9% en MR, 53,5% en EPH et 65,5% en CHS contre 47,3% dans l'ensemble de l'échantillon). L'accompagnement de la fin de vie est lourd à porter lorsqu'on le réalise sans disponibilité de temps et sans soutien d'un collectif de travail surchargé (77,9% des soignants des maisons de retraite y sont confrontés souvent contre 69,9% de ceux des hôpitaux locaux et 42,3% de l'ensemble de l'échantillon). Ils ont donc du mal à affronter et à gérer certains problèmes :

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Confrontation à la maladie et la souffrance humaine</b>	Jamais	1,3%				1,3%
	Rarement	2,0%	1,8%	1,8%	2,2%	2,9%
	Parfois	9,5%	8,1%	16,7%	11,1%	10,2%
	Souvent	41,9%	45,8%	36,8%	46,2%	38,4%
	Toujours	45,3%	44,2%	44,7%	40,4%	47,2%
<b>Confrontation à des patients agressifs</b>	Jamais	1,3%	0,8%	3,5%	0,4%	2,4%
	Rarement	7,7%	5,0%	7,9%	3,5%	10,3%
	Parfois	39,1%	37,2%	35,1%	29,2%	40,0%
	Souvent	41,8%	42,9%	43,0%	43,4%	37,6%
	Toujours	10,1%	14,1%	10,5%	23,5%	9,7%
<b>Confrontation à des patients pénibles</b>	Jamais	1,0%			0,9%	1,7%
	Rarement	5,4%	3,4%	7,0%	0,9%	6,5%
	Parfois	29,4%	23,1%	25,2%	17,8%	31,3%
	Souvent	50,0%	55,6%	45,2%	50,7%	46,9%
	Toujours	14,1%	17,8%	22,6%	29,8%	13,6%
<b>Confrontation à la mort</b>	Jamais	6,3%	0,5%	4,4%	1,8%	8,0%
	Rarement	14,8%	7,3%	40,4%	4,0%	20,7%
	Parfois	27,0%	22,3%	47,4%	16,3%	29,0%
	Souvent	41,2%	56,5%	7,0%	59,0%	34,1%
	Toujours	10,8%	13,4%	0,9%	18,9%	8,2%
<b>Confrontation au handicap ou à la pathologie invalidante</b>	Jamais	3,9%	1,6%	0,9%	1,3%	5,5%
	Rarement	12,6%	5,8%		2,7%	15,4%
	Parfois	31,5%	19,5%	1,7%	19,6%	29,5%
	Souvent	38,9%	51,1%	21,7%	48,2%	34,4%
	Toujours	13,0%	22,1%	75,7%	28,1%	15,2%

**Tableau 5 : Difficultés émotionnelles des soignants selon leur établissement.**

*Table 5: Emotional difficulties of caregivers according to their institution.*

*"Pas de formations appropriées. Aucun soutien moral lors d'un décès d'un patient" (ASH)*

*Le plus pénible : "La dimension psychologique et la souffrance de la mort est une préoccupation constante de tous les soignants. Quelle est la réponse, loyale, simple etc. ?... Pas assez de temps suffisant pour la mort". (ASH)*

*"Ce qui me semble le plus pénible dans mon travail, ce sont notamment le manque de communication et l'agressivité gestuelle ainsi que la force monumentale de certains résidents atteints de la maladie dite de type Alzheimer. "Le manque" et le "pas de suivi" par un médecin ou un référent afin de "discuter" du travail et de la relation du personnel soignant avec la personne malade. La nuit : le manque de sécurité, nous sommes 4 personnes (parfois 3) réparties sur les 4 étages (rez-de-chaussée 15 patients, premier et deuxième étages : 24 patients, à travailler la nuit toutes seules. Les infirmières ne sont que d'astreintes et ne viennent que si on les appelle et si c'est urgent. Bref nous prenons beaucoup d'initiatives et de responsabilité surtout que certains résidents se "baladent". (ASD femme).*

*"Réorganisation des tâches avec un temps de chevauchement pour les transmissions. Actuellement, les transmissions se font sur notre temps personnel et grâce à notre conscience professionnelle, car les heures ne sont pas payées." (ASH).*

### **Le travail physique lourd et routinier des aides soignantes, ASH et AMP**

Dans les maisons de retraite de notre échantillon, les aides-soignantes et ASH représentent 75.7% des répondants et 71.3% dans les établissements pour personnes handicapées, contre 38,1% dans l'ensemble des établissements. Leurs plaintes les plus fréquentes concernent le travail physique. Manutentionner des malades dépendants, faire des changes ou des toilettes à la chaîne, favorise un vécu douloureux avec peu d'espoir d'améliorations. Dans de nombreux questionnaires d'aides-soignantes on ne trouve qu'une seule réponse à la question : "Qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail ?" Cette réponse, laconique, est "Soulever les malades". La proposition qui suit cette plainte concerne l'effectif spécifique de cette catégorie de personnel qui a intériorisé la considération moindre qu'elle reçoit : "être plus de petit personnel dans les services pour une meilleure qualité du travail" (ASH femme). Les réponses peuvent être plus précises dans la description de la pénibilité physique :

*"J'ai un travail très lourd, des résidents très difficiles à manipuler, et subir leur agressivité." (Aide-soignante)*

*"Travail fatiguant physiquement (piétinement toute la journée, couloirs, escaliers)" (Infirmière)*

*"Les chariots ne sont pas adaptés à la posture des personnels." (ASH)*

*"Le non respect de l'intimité du malade, soins, toilettes, douche. Il me semble qu'on passe souvent outre à un refus d'un patient qui ne veut pas prendre sa douche."(ASH)*

L'importance de la charge de travail se lit dans les chiffres : les soignants des maisons de retraite sont deux fois plus nombreux que la moyenne de l'échantillon à laver, habiller et nourrir les patients plus de dix fois par jour (tableau 6). Ils sont également 59,6% à prendre en charge plus de 15 patients contre 46,1% en moyenne. La crainte d'un retentissement grave sur la santé est souvent évoquée. Dans beaucoup de réponses, la fonction d'aide-soignante en hôpital local est décrite comme physiquement usante, pouvant déboucher sur un arrêt anticipé d'activité :

*"Je travaille à 75%, je pense demander un mi-temps ou une retraite anticipée pour me permettre de récupérer car je souffre sans arrêt de dorsalgies et d'arthrose cervicale. Faire les changes des personnes incontinentes le matin après une nuit de travail (10 heures)" (ASD femme)*

*"Complexité du dossier des soins. On perd beaucoup de temps à remplir des dossiers." (ASD)*

*"Être toute seule pour faire certaines tâches, ex: changer les draps quand on a dans le lit une personne qui ne peut pas bouger ou quand plusieurs personnes sonnent en même temps et qu'on court de tout côté pour voir ce qu'elles ont pour commencer par le plus urgent, de lever une personne âgée quand elle est tombée et d'être toute seule face à des personnes très agressives." (Garde-malade)*

*"Le plus pénible en maison de retraite c'est qu'on se retrouve seule pour manipuler des grabataires l'après-midi. On ne peut pas se servir du soulève malade car perte de temps et manque de place. Il y a une tension dans l'équipe car il manque de personnel. On a des responsabilités énormes car on est seule l'après midi, ou le week-end et responsable de 44 pensionnaires." (ASD)*

**La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées**

		<b>Centres hospitaliers généraux</b>	<b>Hôpitaux locaux</b>	<b>Établissements pour personnes handicapées</b>	<b>Maisons de retraite</b>	<b>Total des huit catégories d'établissements</b>
	<b>Effectifs</b>	1453	382	114	227	5350
<b>Transférer ou porter des patients</b>	0-1 fois/jour	28,5%	26,0%	20,2%	20,5%	34,5%
	2-5 fois/jour	38,9%	43,7%	34,2%	40,2%	37,5%
	6-10 fois/jour	15,4%	11,7%	23,7%	16,0%	13,9%
	>10 fois/jour	17,2%	18,6%	21,9%	23,3%	14,1%
<b>Soulever des patients au lit sans aide mécanique</b>	0-1 fois/jour	35,9%	31,7%	45,5%	25,0%	41,4%
	2-5 fois/jour	33,8%	37,4%	35,7%	38,9%	32,0%
	6-10 fois/jour	14,6%	15,0%	8,0%	16,7%	14,0%
	>10 fois/jour	15,7%	15,8%	10,7%	19,4%	12,6%
<b>Aider des patients à marcher</b>	0-1 fois/jour	40,3%	23,2%	62,3%	21,7%	48,3%
	2-5 fois/jour	39,6%	50,3%	28,9%	38,9%	34,5%
	6-10 fois/jour	13,0%	18,0%	5,3%	24,0%	11,1%
	>10 fois/jour	7,1%	8,5%	3,5%	15,4%	6,1%
<b>Laver et baigner des patients</b>	0-1 fois/jour	51,8%	37,5%	38,1%	40,7%	55,1%
	2-5 fois/jour	23,9%	23,1%	36,3%	21,8%	23,8%
	6-10 fois/jour	11,5%	18,2%	15,9%	13,4%	11,0%
	>10 fois/jour	12,8%	21,2%	9,7%	24,1%	10,2%
<b>Habiller des patients</b>	0-1 fois/jour	49,2%	33,9%	33,0%	38,4%	53,2%
	2-5 fois/jour	24,9%	24,9%	36,6%	21,8%	25,4%
	6-10 fois/jour	12,8%	19,7%	21,4%	15,7%	11,4%
	>10 fois/jour	13,1%	21,6%	8,9%	24,1%	9,9%
<b>Aider des patients à s'alimenter</b>	0-1 fois/jour	53,5%	34,9%	33,0%	25,6%	57,6%
	2-5 fois/jour	34,3%	38,7%	53,6%	46,6%	30,9%
	6-10 fois/jour	6,8%	15,0%	8,0%	14,3%	6,6%
	>10 fois/jour	5,4%	11,4%	5,4%	13,5%	4,9%
<b>Faire des lits</b>	0-1 fois/jour	37,5%	39,9%	53,2%	41,4%	41,5%
	2-5 fois/jour	28,7%	17,2%	21,6%	15,5%	27,5%
	6-10 fois/jour	10,7%	8,2%	17,1%	13,2%	11,3%
	>10 fois/jour	23,1%	34,7%	8,1%	30,0%	19,6%
<b>Maintenir une posture inconfortable</b>	0-1 fois/jour	28,0%	20,6%	38,2%	21,0%	30,6%
	2-5 fois/jour	34,4%	37,6%	39,1%	36,9%	34,5%
	6-10 fois/jour	18,9%	17,5%	11,8%	16,8%	17,5%
	>10 fois/jour	18,7%	24,2%	10,9%	25,2%	17,4%
<b>Durée de travail debout/jour</b>	< 2 heures	1,3%	2,1%	1,7%	0,4%	3,2%
	2-3 heures	4,5%	1,8%	12,2%	3,5%	6,2%
	4-5 heures	17,2%	12,8%	32,2%	14,1%	20,4%
	6 heures et plus	77,0%	83,2%	53,9%	81,9%	70,2%
<b>Déplacements à pieds longs et fréquents</b>	Non	38,0%	31,8%	39,1%	32,4%	43,2%
	Oui	62,0%	68,2%	60,9%	67,6%	56,8%

**Tableau 6 : Pénibilité physique du travail des soignants selon leur établissement.**

*Table 6: Physical stress of caregiver work according to their institution.*

*“Le plus pénible c'est les fortes chaleurs d'été.” (ASH)*

Espérer tenir et progresser est le principal moyen d'échapper à la routine usante, mais les possibilités de carrière et de formation apparaissent trop limitées par rapport à l'espoir d'une carrière par promotion interne pour les moins qualifiés à l'embauche. Mais les difficultés physiques et psychologiques de ce travail sont comprises dès le début de carrière.

L'une des rares demandes, dans ce contexte de manque d'espoir et de connaissance sur les possibilités d'aménagements ergonomiques, est de privilégier le recrutement d'hommes, ou le travail à deux, dans l'ignorance de toutes les législations.

*“Travailler à deux pour la manipulation des personnes âgées, handicapées et désorientées.”*

De même, des aménagements matériels sont parfois demandés :

*“Avoir du matériel approprié pour les transferts des patients (lève-malade, planche..) ; Chambres plus spacieuses, un ascenseur plus grand, avec lequel le transfert peut se faire (patient allongé).”*

*“Plus de moyens matériels pour les lever et le transfert des patients pour éviter les problèmes de dos.”*

Moins de la moitié des soignants de tous les types de services sont satisfaits ou très satisfaits des conditions physiques de travail (tableau 7). Il existe le plus souvent au moins un lève malade dans les établissements hébergeant des personnes à mobilité réduite. Mais ils ne sont pas systématiquement utilisés. En effet leur rareté et l'aménagement inadapté des chambres rendent souvent leur utilisation trop longue dans un contexte de charge de travail très importante.

Les contraintes physiques sont d'autant plus mal vécues que, globalement, les aides-soignantes ont le sentiment de ne pas être véritablement reconnues comme soignantes, sauf quand il manque de personnel plus qualifié. Dans une des rares recherches consacrées aux aides-soignantes, Arborio<sup>(2)</sup> avait remarqué que de nombreuses aides-soignantes pouvaient bénéficier du désintéret de certaines infirmières pour les tâches de nursing, facilement déléguées aux catégories subalternes. Celles-ci avaient alors la possibilité de récupérer ces occasions de contact intime avec les malades pour développer un travail relationnel plus valorisant que les soins d'hygiène ou le ménage. “Ces tâches assurent aux aides-soignantes la possibilité de mettre en avant leurs relations affectives privilégiées avec les malades, liées à leur proximité avec ceux-ci au cours de l'assistance qu'elles leurs procurent dans des gestes quotidiens et des conversations nombreuses, permises par une présence

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Satisfaction des conditions physiques de travail</b>	Très insatisfait(e)	10,9%	12,7%	12,4%	10,2%	10,6%
	Insatisfait(e)	41,2%	44,6%	46,9%	45,8%	41,4%
	Satisfait(e)	45,5%	40,1%	36,3%	40,9%	44,7%
	Très satisfait(e)	2,4%	2,7%	4,4%	3,1%	3,4%
<b>Aides mécaniques au transfert des patients</b>	Non	38,3%	16,9%	43,0%	19,4%	49,0%
	Oui	61,7%	83,1%	57,0%	80,6%	51,0%
<b>Si aides présentes Utilisation habituelle des aides mécaniques</b>	Oui	70,2%	65,1%	86,4%	59,2%	69,4%
	Non	29,8%	34,9%	13,6%	40,8%	30,6%
<b>Espace de travail adapté</b>	Non, trop exigü	12,2%	20,7%	28,7%	11,9%	15,2%
	Non, proximités mal réparties	28,9%	29,4%	18,3%	27,4%	25,5%
	Non, exigü et mal réparti	17,2%	20,2%	28,7%	16,0%	19,7%
	Oui	41,7%	29,7%	24,3%	44,7%	39,6%

**Tableau 7 : Facilitation du travail aspects physiques.**

*Table 7: Work facilitation; physical aspects.*

à leurs côtés plus continue que celle des autres intervenants” (2).

Mais, pour beaucoup d’aides-soignantes travaillant en maisons de retraite cette opportunité semble remise en cause par l’obligation de rendement et le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie soignante. Plusieurs aides-soignantes et ASH se sont plaintes d’être cantonnées par leurs cadres aux toilettes en série.

Les aides-soignantes, comme nous l’avons vu, doivent souvent assurer des responsabilités dans les soins au-delà de leur compétence théorique. Mais si cela est accepté voire demandé par la hiérarchie, cela ne s’accompagne pas de plus de considération de celle-ci. Une aide soignante, ayant décrit les actes d’IDE qu’elle pratique chaque soir, demande *“Qu’on arrête de nous prendre pour des riens du tout” et de ne pas nous gratifier de temps en temps du bon travail que l’on fournit, mais plutôt de nous lancer leur mécontentement à la figure. Je sais que c’est dur de faire tourner rond un service mais ce n’est pas une raison pour être aussi “bête”*. Ce qu’il faudrait:

*“être plus à l’écoute des soignants et ne pas monter sur ses grands chevaux quand il y a un problème. C’est comme si ces personnes-là avaient tous les problèmes du monde sur leurs épaules. Avec un peu plus de compassion et plus d’écoute, il y aurait un meilleur travail d’équipe”*. (ASH)

Dans ce contexte, les responsabilités au-delà de ses compétences font peur.

**Présence ou absence de soutien devant les difficultés**

Les relations entre les soignants et la surveillante sont moins souvent amicales et détendues dans les établissements pour personnes handicapées ou âgées que dans les établissements hospitaliers (tableau 8). La nécessité de demander une qualité de travail avec des effectifs très insuffisants rend les relations plus tendues. Ceci se ressent même dans les relations entre collègues (65.9% de relations amicales ou plutôt amicales en maisons de retraite et 69.9% en établissements pour personnes handicapées, contre 81.6% en CHG).

Par contre les relations sont moins souvent hostiles ou

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Relations entre les soignants et la surveillante</b>	1 Hostiles et tendues	5.5%	1.1%	17.2%	4.7%	5.6%
	2	10.8%	4.2%	14.1%	9.5%	12.4%
	3	25.7%	20.1%	40.4%	30.5%	27.5%
	4	35.5%	32.6%	23.2%	39.5%	33.8%
	5 Amicales et détendues	22.6%	34.4%	5.1%	15.8%	20.8%
<b>Relations entre les soignants et les collègues</b>	1 Hostiles et tendues	0.3%	0.5%	0.9%	2.7%	0.9%
	2	3.5%	4.2%	3.5%	7.7%	3.3%
	3	14.5%	20.1%	25.7%	23.6%	15.8%
	4	36.5%	40.2%	42.5%	38.2%	39.1%
	5 Amicales et détendues	45.1%	34.4%	27.4%	27.7%	40.9%
<b>Relations entre les soignants et l'administration</b>	1 Hostiles et tendues	13.4%	7.9%	8.8%	6.0%	10.4%
	2	30.4%	20.3%	15.0%	12.8%	26.3%
	3	40.3%	33.0%	41.6%	26.6%	41.0%
	4	12.6%	27.2%	24.8%	33.5%	17.2%
	5 Amicales et détendues	3.2%	11.6%	9.7%	21.1%	5.0%
<b>Satisfaction du soutien psychologique au travail</b>	Très insatisfait(e)	25.2%	25.5%	25.4%	23.7%	25.2%
	Insatisfait(e)	38.9%	42.6%	40.4%	37.4%	40.9%
	Satisfait(e)	32.5%	26.5%	30.7%	34.7%	29.9%
	Très satisfait(e)	3.4%	5.4%	3.5%	4.1%	4.0%

**Tableau 8 : Qualité des relations dans le travail.**

Table 8: Work's relationship quality.

tendues avec l'administration dans ces petites structures que sont les maisons de retraite.

*“L'énormité de la tâche par rapport au temps imparti pour réaliser d'où un stress permanent. Le mur d'indifférence des employeurs et cadres par rapport au besoin d'aide, d'amélioration en personnel et matériel, planning etc. Aucun soutien moral et psychologique pour le personnel soignant confronté tous les jours à la douleur extrême et à la mort.” (ASH)*

*“Le manque de reconnaissance de la part des familles et de nos supérieurs hiérarchiques. Les familles veulent toujours plus, ils ne sont jamais satisfaits, c'est de notre faute si leurs parents sont ce qu'ils sont, elles ne sont jamais contentes et au lieu de nous soutenir nos supérieurs prennent parti pour les familles, c'est de plus en plus pénible.” (Auxiliaire de vie)*

*“Qu'il y ait des réunions de groupe où nous pourrions discuter de notre ressenti et vécu personnel et professionnel.” (ASH)*

*“Pas de travail d'équipe. Le manque de temps pour accomplir correctement les tâches, c'est à dire accorder davantage d'écoute au patient, connaître plus précisément des données sociales et médicales sur la personne soignée ce qui nous permettrait de travailler plus efficacement et dans de meilleures conditions. Le manque de réunion entre personnel et direction au travers desquelles nous pourrions*

*débatte des divers problèmes rencontrés. Très peu de communication avec l'équipe médicale”. (IDE)*

*“Un soutien psychologique est important au sein du travail, ce qui manque au personnel, surtout en travaillant avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce n'est pas facile.” (ASH).*

Propositions : *“Formations pour promotions. Soutien psychologique du personnel.” (ASH)*

**Les difficultés pour l'équilibre vie de famille et en vie de travail**

Ce travail difficile physiquement et psychologiquement est d'autant plus mal vécu que le métier de soignant ne favorise pas un retrait vers la vie privée comme mode alternatif d'épanouissement de soi. L'équilibre entre la vie de famille et la vie de travail est souvent marqué par l'impact négatif du second sur le premier (tableau 9). Travailler dans une maison de retraite, c'est le plus souvent avoir peu de temps de trajet, et vivre dans un environnement rural où l'on espère un mode de vie avec du temps pour la famille et les enfants. Mais les nécessités de réaliser chaque jour les soins de base aux patients dépendants obligent à des modifications vécues comme incessantes :

*“Partir en vacances quand on veut c'est une autre histoire. C'est plutôt quand on peut. Travailler le week-end, dur pour la famille qui “grince des dents”, si ce n'est qu'un week-end sur trois.”*

Pour faire face à l'importante charge de travail et aux problèmes d'effectifs posés par le passage aux 35 heures, les maisons de retraite ont particulièrement eu recours au système des horaires coupés. Ils obligent les

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Horaires</b>	Journée régulière	12,4%	11,5%	21,1%	18,4%	20,4%
	Journée irrég.	5,4%	5,5%	7,0%	20,2%	9,6%
	Nuit	13,8%	8,7%	6,1%	11,4%	13,8%
	Alterné sans nuit	52,7%	60,4%	63,2%	39,0%	40,5%
	Alterné avec nuit	15,6%	13,9%	2,6%	11,0%	15,7%
<b>Horaires coupés si travail en équipe</b>	Jamais	68,4%	34,2%	35,7%	45,0%	76,9%
	1 à 2 fois/mois	10,9%	18,4%	28,6%	14,8%	7,8%
	3 à 5 fois/mois	9,6%	22,1%	27,6%	12,9%	6,8%
	6 à 10 fois/mois	7,5%	16,4%	3,1%	17,2%	5,1%
	Plus de 10 fois/mois	3,7%	8,9%	5,1%	10,0%	3,4%

**Tableau 9 : Horaires de travail.**

Table 9: Hours of work.

soignants à venir tôt le matin pour s'occuper du lever, des soins d'hygiène et du petit déjeuner des résidents. Puis, en milieu de journée, quand le travail est moins important, les soignants rentrent chez eux pour ne revenir que pour le repas du soir ou le coucher. Les journées ont alors une grande amplitude horaire entrecoupée d'un large temps libre souvent peu utilisable (les enfants sont à l'école, le conjoint ou les amis travaillent). Cette gestion du temps, en outre, renforce le sentiment des aides-soignantes et agents de service d'être cantonnés aux activités les plus mécaniques et répétitives, sans pouvoir profiter des moments de moindre activité pour se consacrer au travail relationnel ou d'animation. Les hôpitaux locaux, les maisons de retraite et les établissements pour personnes handicapées sont ceux où les soignants déclarent le plus avoir des horaires coupés : au moins trois fois par mois et 43,4%, 40,1% et 35,8% respectivement contre 15,3% pour l'ensemble de l'échantillon. Cette situation fait l'objet de nombreuses plaintes :

*“Des horaires continus. Le travail est plus facile à établir sur 8 heures d'affilée, que 8 heures en horaires coupés. Donc moins stressant pour les soignants et c'est mieux pour les pensionnaires.”*

*“Que nous ayons un temps de chevauchement pour effectuer nos relèves (transmissions orales). Que les horaires de travail soient les mêmes pour tout le personnel soignant et disparition des horaires coupés pour le reste du personnel” (ASH).*

*“Même quand on a un arrêt de travail, c'est toujours*

*délicat et impossible de s'arrêter sans causer une grande désorganisation des soins.”*

*“La non reconnaissance des sacrifices imposés (week-end, fériés, nuits), sur la vie privée, les loisirs, les salaires, les congés.”*

*“Amélioration : des plannings, (6 horaires différents), du matériel, lits électriques, chambres adaptées, fauteuils très lourds à pousser.”*

*“Je suis la seule infirmière de l'établissement à encadrer une équipe d'AS. Mon salaire actuel, minable par rapport à une infirmière hospitalière à la même ancienneté, est compensé actuellement par cet intérêt du travail, des horaires et du planning tout à fait compatible avec une vie familiale”.* (IDE femme)

### **Influence sur la santé et sur la carrière**

Le principal problème de santé qui différencie les soignants des maisons de retraites et d'établissements pour personnes âgées est la fréquence de l'épuisement professionnel ou burnout. Le score utilisé est le “Copenhaguen Burn out Inventory”<sup>(3)</sup> qui concerne à la fois l'épuisement émotionnel et physique ainsi que la fatigue générale. On constate que 23,7% des soignants d'établissements pour personnes handicapées ont un score élevé de burn out et 18,2% de ceux travaillant en maisons de retraite, voisins des 17,8% de ceux travaillant dans hôpitaux locaux. Par contre ce score élevé ne concerne que 15,5% des soignants des CHG et 15,9% de l'ensemble des soignants des huit catégories d'établissements (tableau 10).

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant de constater que les soignants des maisons de retraite ont plus l'intention de changer d'établissement (39% contre 33,1% de l'ensemble des soignants et 20% de ceux des établis-

		Centres hospitaliers généraux	Hôpitaux locaux	Établissements pour personnes handicapées	Maisons de retraite	Total des huit catégories d'établissements
<b>Effectifs</b>		1453	382	114	227	5350
<b>Burnout</b>	Faible	26,8%	23,4%	28,9%	22,2%	26,1%
	Moyen	57,7%	58,8%	47,4%	59,6%	58,0%
	Élevé	15,5%	17,8%	23,7%	18,2%	15,9%
<b>Intention de changer d'établissement</b>	Jamais rarement	67,8%	72,7%	80,0%	61,0%	66,9%
	Au moins mensuellement	32,2%	27,3%	20,0%	39,0%	33,1%
<b>Intention d'abandonner la profession soignante</b>	Jamais rarement	86,7%	86,9%	87,7%	82,3%	84,6%
	Au moins mensuellement	13,3%	13,1%	12,3%	17,7%	15,4%

**Tableau 10 : Influence sur la santé et la carrière.**

*Table 10: Impact on health and career.*

sements pour personnes handicapées) alors que ceux qui ont un meilleur statut ou de meilleures conditions de travail souhaitent significativement moins changer d'établissement.

De même les soignants des maisons de retraite ont plus l'intention d'abandonner définitivement la profession soignante (17,7% contre 15,4% de l'ensemble des soignants et 12,3% de ceux des établissements pour personnes handicapées).

## **DISCUSSION**

Les difficultés éprouvées par les soignants dans les maisons de retraite concernent la plupart des établissements hospitaliers et ne sont pas nouvelles. Elles ont d'ailleurs été mentionnées dans des enquêtes antérieures<sup>(4-6)</sup>. Mais elles apparaissent accentuées dans les petites structures. Si les maisons de retraite apparaissent proches, pour un certain nombre de problèmes, des établissements pour personnes handicapées et des hôpitaux locaux (forte charge de travail, nombre élevé de patients par soignants, glissement des tâches, forte contraintes de temps), la situation y est pourtant vécue plus difficilement. Par rapport aux hôpitaux locaux, les patients y sont souvent atteints de pathologies moins lourdes. Ils nécessitent cependant une prise en charge médicale et psychologique que les soignants n'ont pas toujours l'impression de pouvoir apporter.

Par ailleurs, si dans les établissements sanitaires domine également le sentiment de course à la productivité, l'obligation d'effectuer des tâches au dessus de ses qualifications, les plaintes sont plus nombreuses et plus amèrement exprimées dans les maisons de retraite pour au moins deux raisons. Tout d'abord, le travail semble y être globalement moins reconnu et valorisé symboliquement par la hiérarchie et les médecins et ensuite les attentes des soignants y sont sans doute plus importantes. Les soignants des maisons de retraite sont confrontés à des situations sociales et médicales parfois difficiles et se sentent moralement impliqués par la responsabilité de personnes dépendantes. Mais cette obligation morale de bien faire avec des moyens limités est alors épuisante.

Dans l'ensemble de l'échantillon PRESST-NEXT, les personnels à statut précaire (contrat à durée déterminée) et les moins qualifiés ont moins répondu. De ce fait les ASH représentent un pourcentage nettement moins élevé que celui attendu dans les établissements pour personnes âgées ou handicapées. Par contre les ASD,

IDE et cadres ont en général bien répondu. Les ASH sont en général confrontés à des tâches de nursing, qui peuvent être très pénibles dans un contexte de faible équipement de matériel d'aide à la manutention. De ce fait, la description des situations de travail, faite par les répondants à l'enquête, ne peut qu'avoir minoré les difficultés rencontrées, en sous estimant celles des ASH.

L'évolution des établissements vers une plus grande médicalisation rend particulièrement intéressantes les réponses de cet échantillon de soignants des maisons de retraite et des établissements pour handicapés où dominant les AS et AMP. En effet, plus de formation continue pour les ASD, plus de travail d'équipe pluridisciplinaire et de groupes de parole avec une personne compétente dans le domaine psychologique, pour construire des collectifs de travail solidaires et compétents, sont indispensables. La validation des acquis de l'expérience des ASH, pour leur permettre d'accéder au grade d'ASD, ne peut se concevoir sans un fort développement de la formation continue. Certains établissements ont régulièrement des réunions avec un infirmier expert, et un médecin référent, ainsi que, dans le meilleur des cas, avec un psychologue, un kinésithérapeute ou une diététicienne. Mais cela semble loin d'être le cas général, selon notre enquête, et doit absolument être financé.

L'architecture des nouveaux établissements intègre mieux les données ergonomiques de base<sup>(7-8)</sup>. On observe, dans certains sites, des sols antidérapants et absorbants phoniques, des lieux de vie traités avec plafonds absorbants phoniques, des sanitaires avec douche sans seuil et espace permettant la circulation d'un fauteuil roulant, un éclairage plus homogène et non éblouissant. Les modes de fermeture des portes, fenêtres et volets ou les rampes d'appui sont de plus en plus adaptés aux personnes déficientes. La régulation thermique générale des bâtiments, orientation générale, brise-soleil, et pièce climatisée se généralisent. On observe aussi la création d'unités aménagées spécifiquement pour les personnes atteintes de certaines pathologies.

Mais, les équipements tels que lève malades sur rails au plafond ou "verticalisateurs" au sol sont encore exceptionnels. De même les lieux adaptés pour la concertation du personnel font souvent défaut. Surtout, comment constituer des équipes soudées avec des personnels non fidélisés qui cherchent rapidement un autre emploi devant les difficultés à équilibrer vie de famille et vie de travail. En effet, les soignants des maisons de retraite sont les plus confrontés aux

horaires coupés, au recrutement à temps partiel non souhaité et aux changements d'horaires avec un délai de prévenance court.

Le vieillissement des Européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Dans la population, la part de personnes jeunes en âge de travailler ne cessera pas de décroître jusqu'en 2020. La part des personnes actives, mais âgées de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà. Cela signifie qu'il y aura de plus en plus de patients à soigner. On peut craindre de disposer de moins de soignants pour le faire<sup>(14)</sup>. En France le rapport de 2004 de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) intitulé "gestion des âges dans le secteur sanitaire et social" souligne la prise de conscience encore trop faible des enjeux liés à cette problématique. Ils soulignent qu'en 2002 les plus de 50 ans représentent 21% des infirmiers, alors qu'ils ne

représentaient que 8% en 1990. Ils proposent d'engager des actions dans le champ des conditions de travail de manière plus systématique en prenant en compte le facteur âge. Ils proposent aussi d'utiliser les travaux des ergonomes sur les effets du vieillissement pour adapter les différentes organisations. Ils insistent sur la nécessité d'explorer la piste du tutorat, utilisant l'expérience des plus âgés au bénéfice des plus jeunes<sup>(15)</sup>. D'autres pays, comme la Finlande ont considéré que "l'expérience est une richesse nationale"<sup>(16)</sup>.

Les difficultés expliquant l'inadéquation du travail soignant avec la situation des soignants plus âgés commencent à être étudiées<sup>(17)</sup>. Cette étude doit fournir des bases d'actions pour améliorer la santé au travail, et favoriser le maintien de la capacité professionnelle des soignants<sup>(17)</sup>. ■

## RÉFÉRENCES

1. **HANDIRECT magazine**. 2003. Comprendre le recensement des personnes handicapées <http://www.handirect.fr>
2. **Arborio A.M.**. 2001. Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital. Paris, Anthropos, col. "Sociologiques", 334 p.
3. **Kristensen TS & Borritz M** (2001) Copenhagen Burnout Inventory: Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and results from the PUMA study on Personal Burnout, Work Burnout, and Client Burnout. *National Institute of Occupational Health*, Copenhagen, Denmark.
4. **Estryn-Béhar M.**. 1997a. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Paris. *ESTEM*, 245 p.
5. **Loriol M.**. 2000. Le temps de la fatigue. La gestion du mal être au travail. Paris, Anthropos, col. "Sociologiques".
6. **Vega A.**. 2000. Une ethnologue à l'hôpital. *L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Ed. des archives contemporaines.
7. **ASSTSAS**, 1998. Association pour la santé et la sécurité du travail. secteur affaires sociales, 5100, rue Sherbrooke Est, bureau 950, Montréal (Québec) H1V 3R9. Dossier Programme PARC. *Bâtir pour mieux travailler*. Objectif prévention, 21.1, 1-30.
8. **Estryn-Béhar M.**. 1996. Ergonomie hospitalière théorie et pratique. Paris. *ESTEM*, 568 p.
9. **EUROSTAT**. Labour Force Survey. Results 1997. Theme 3. Population and Social Conditions. Series C. Accounts and Surveys. *Office for Official Publications of the European Communities*, Luxembourg 1998b.
10. **OCDE - OECD** : Work-force ageing in OECD countries. *Employment outlook*, Chapter 4, June 1998. 123-151.
11. **Delahaye-Guillocheau V, Flamant P, Jeandet-Mengual E, Audige P**. Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. *Rapport de l'IGAS n° 2004057*, mai 2004. 122 pages
12. **Ilmarinen J.**. Ageing workers in the European Union - Status and promotion of work ability, employability and employment. *Finnish Institute of Occupational Health*, Helsinki, 1999.
13. **Estryn-Béhar M**. Ergonomics and health care. (1997b). Encyclopaedia of occupational health and safety, fourth edition, International Labour Office, Geneva. Ergonomics of the physical work environment 97.29-97.33; Work Schedules and Night work in health care 97.22-97.26; Strain in health care work 97.17-97.22; *Hospital ergonomics : a review* 97.13-97.17.
14. **Estryn-Béhar M, Le Nézet O, Benmessaoud H, Bonnet N, Cuénot E, Desmoulins S, Darcques P, Heurteux P, Paoli MC, Duville N, Fayet C, Gouaillard G, Valentin R, Gadier G, Perrin N, Fages A, Legal R, Sanna-Bouthier E, Ben-Brik E, Caillard JF** et le comité de suivi de l'étude PRESST-NEXT (2004) Infirmières : êtes-vous satisfaites de vos conditions de travail ? *La revue de l'infirmière* numéro spécial juin.
15. **Castra M.**. 2003. Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs. Paris. PUF, col. "Le lien social", 365 p.
16. **Salbreux R, Gascon H, Ionescu S, Gabbai Ph.** (2003) Déficience intellectuelle et épuisement professionnel. *Actes du VIII<sup>e</sup> Congrès de l'AIReHM à l'UNESCO en 2002*. ISBN 2-9520634-0-0, 357 pages.
17. **Estryn-Béhar M, Le Nézet O**. "Insuffisance du travail d'équipe et burnout prédicteurs majeurs de l'intention de quitter la profession infirmière dans les différents groupes d'ancienneté professionnelle : Analyse de l'étude PRESST-NEXT pour la France : Soins cadres HS n°2 octobre 2006, 12 p.