

## Rapport scientifique final

### Prérequis :

Il est demandé au coordonnateur scientifique du projet, en cumulant les éléments des éventuelles équipes partenaires, d'établir un rapport sur le modèle ci-dessous et de le communiquer à l'IReSP à la date indiquée sur la convention.

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identification du projet	
Titre du projet	COLLSOL-EHPAD (Collaborations professionnelles et solidarités au travail dans les EHPAD – une interrogation au prisme de la crise sanitaire).
Coordinateur scientifique du projet (société/organisme - laboratoire ou entité de rattachement)	Solène Billaud (Université Grenoble-Alpes / UMR PACTE). Jingyue Xing-Bongioanni (Université de Lille / UMR CLERSE).
Référence de l'appel à projets (nom + année)	« AAP 2020-Autonomie personnes âgées et personnes en situation de handicap - Établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale - Session 2 ».  N° de référence du projet : 21II009-00.
Citez les équipes partenaires (organismes, structures ou laboratoire de rattachement)	Néant.
Durée <b>initiale</b> du projet	24 mois.
Période du projet (date début – date fin)	01/06/2021-31/10/2023 (31/07/2023 initialement)
Avez-vous bénéficié d'une prolongation ? Si oui, de quelle durée ?	Oui, une période de 3 mois.
<u>Le cas échéant</u> , expliquez succinctement les raisons de cette prolongation.	Ralentissement de l'enquête de terrain dû à l'affaire Orpéa et aux congés d'été des travailleurs d'EHPAD
Identification du rédacteur	
Nom du rédacteur du rapport	Marion Plault, Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni



Fonction au sein du projet ( <i>si différent du Coordinateur scientifique du projet</i> )	Marion Plault : chercheuse postdoctorale recrutée dans le cadre du projet Lisa Triplet : stagiaire Jingyue Xing-Bongioanni : co-responsable scientifique du projet
Téléphone	06 33 15 11 83 (Jingyue Xing-Bongioanni)
Adresse électronique	jingyue.xing@univ-lille.fr
Date de rédaction du rapport	Du 1 août 2023 au 30 oct 2023

Indiquer la liste du personnel recruté dans le cadre du projet (*si pertinent*)

Nom	Prénom	Qualifications	Date de recrutement	Durée du contrat (en mois)	Type de contrat (CDD, vacation ...)
Plault	Marion	Chercheuse postdoctorale	01/04/22	12	CDD
Triplet	Lisa	Stagiaire Master	26/04/22	5	CDD
		Stagiaire Master	12/12/22	5,5	CDD

Donner la liste des autres personnes impliquées dans le projet.

Nom	Prénom	Qualifications	% de son temps consacré au projet
Xing-Bongioanni	Jingyue	MCF sociologie, Univ. Lille/CLERSE	50 % (100 % du temps de recherche)
Billaud	Solène	MCF sociologie, Univ. Grenoble/PACTE	15 % (30 % du temps de recherche)

## SYNTHÈSES ET RAPPORT SCIENTIFIQUE

### Synthèse courte

Voir la pièce jointe n° 1.

### Synthèse longue

Voir la pièce jointe n° 2.

## Rapport scientifique

Voir la pièce jointe n° 3.

## DIFFUSION/COMMUNICATION

### I. Livrables externes réalisés

Les travaux scientifiques déjà publiés ou acceptés et les autres livrables mentionnés ci-dessous (questionnaires, etc.) peuvent faire l'objet de communications externes par l'IReSP. Ces éléments ont été rassemblés dans la pièce jointe n° 4.

Les autres travaux scientifiques en cours de publication font l'objet d'un embargo, ne sont donc pas transmis à l'IReSP.

### Publications scientifiques et vulgarisations

1. Jingyue Xing-Bongioanni, 2022, « Gouverner par les prix. Réflexions sociologiques sur la tarification publique des services », *Action publique : recherche et pratiques*, n° 14, p. 26 - 34 [Revue avec comité de lecture].
2. Marion Plault et Jingyue Xing-Bongioanni, 2022, « Regard critique sur la réforme de la formation des aides-soignantes : le cas des EHPAD », *Soins Cadres*, vol. 31, n° 140, p. 14-16. [Revue sans comité de lecture].
3. Jingyue Xing-Bongioanni, 2022, Compte-rendu de l'ouvrage de Damien Collard, *Gériatrie : carrefour des souffrances. Une approche par la psychodynamique du travail*, L'Harmattan, Paris, 2021, 136 p., *Sociologie du travail*, vol. 64, n° 4.
4. (Accepté, à paraître) Marion Plault, Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni, « Travailler dans un EHPAD pendant la pandémie de Covid-19 : quels déterminants de la charge émotionnelle des professionnels du secteur ? », *Socio-économie du travail* [Revue avec comité de lecture].
5. (Accepté, à paraître) Nicolas Belorgey, Jingyue Xing-Bongioanni, Jun Chu et Lisa Triplet, « Les effets socialement différenciés du vieillissement sur l'accès au logement et à la santé en Chine, en France et au Royaume-Uni », in G. Fauré, S. Sédillot (dir.), *Vieillir chez soi de l'Antiquité au XXI<sup>e</sup> siècle*, Ceprisca.
6. (Sous évaluation, en attente de révision) Jingyue Xing-Bongioanni, Marion Plault et Lisa Triplet, « Determinants of the emotional burden of French nursing home workers during the Covid-19 pandemic: a quantitative survey », *Journal of Long term care* [Revue avec comité de lecture]. Date de soumission : le 28 août 2023.
7. (Accepté, à paraître) Marion Plault et Jingyue Xing-Bongioanni, coordination d'un numéro thématique, revue *Vie Sociale* : « Les conditions de travail dans le secteur social et médico-social ». Date de publication prévue : mars 2024.
8. (En cours de soumission) Marion Plault, Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni, *Travailler dans un EHPAD pendant la crise sanitaire : conditions de travail, d'emploi et expériences vécues des professionnels*, Presses Universitaires du Septentrion, coll. « Regards sociologiques ».

### Autres livrables issus du projet

1. Questionnaires portant sur l'organisation et les conditions de travail en EHPAD, dont l'un adressé aux encadrants d'EHPAD et l'autre aux travailleurs de première et de seconde lignes<sup>1</sup>
2. Marion Plault et Jingyue Xing-Bongioanni, « Organisation et conditions de travail en EHPAD : présentation du projet CollSol-EHPAD », *Comité de pilotage « Personnes âgées » du groupe Aésio Santé*, 23 février 2023.

### II. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou organisé durant la période (et des missions à l'étranger)

1. Jingyue Xing-Bongioanni, « Organisation du travail et conditions de travail dans les EHPAD : une interrogation au prisme de la crise sanitaire », Séminaire de recherche de l'Axe 2 du Laboratoire Clersé (UMR 8019, CNRS/Université de Lille), 15 novembre 2021 (30 participants).
2. Jingyue Xing-Bongioanni, « Travailler en EHPAD : une interrogation au prisme de la crise sanitaire », Séminaire de recherche TRANSFO (Research Center for Social Change) de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), le 9 décembre 2021 (40 participants).
3. Jingyue Xing-Bongioanni, « Les relations entre les ARS et les directions d'EHPAD - Différenciation du traitement des établissements et de leurs marges stratégiques en fonction de leur évaluation budgétaire et de leur taille », Journée d'étude sur « les directeurs et cadres d'établissements sociaux et médico-sociaux face aux régulations publiques », organisée par le laboratoire LABERS (EA 3149, Université de Brest Occidentale), le 2 mars 2022 (40 participants).
4. Jingyue Xing-Bongioanni, « Les EHPAD face à la pandémie, interrogations quant aux limites du "quoi qu'il en coûte" », Journée d'étude sur « les directeurs et cadres d'établissements sociaux et médico-sociaux face aux régulations publiques », organisée par le laboratoire LABERS (EA 3149, Université de Brest Occidentale), le 2 mars 2022 (40 participants)
5. Jingyue Xing-Bongioanni, « La gestion de la main d'œuvre dans les EHPAD face à la pandémie », Séminaire Sète, Laboratoire Clersé, le 26 avril 2022 (20 participants).
6. Nicolas Belorgey, Jun Chu et Jingyue Xing-Bongioanni, « Les effets socialement différenciés du vieillissement sur l'accès au logement et à la santé en Chine, en France et au Royaume-Uni », Colloque interdisciplinaire « Vieillir chez soi de l'Antiquité au XXIe siècle », organisé par le Centre de droit privé et de sciences criminelles d'Amiens (CEPRISCA, UR UPJV 3911), les 9-10 juin 2022 (50 participants).
7. Jingyue Xing-Bongioanni et Lisa Triplet, « Pourquoi restent-elles (ils) ? Les facteurs explicatifs de la non-mobilité des travailleuses et travailleurs des EHPAD suite à la crise de Covid-19 », Réseau thématique 1 « Savoirs, travail, professions », Congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS), Lyon, le 4 juillet 2023.
8. Jingyue Xing-Bongioanni et Lisa Triplet, « Pourquoi restent-elles (ils) ? Les facteurs explicatifs de la non-mobilité des travailleuses et travailleurs des EHPAD suite à la crise de Covid-19 »,

---

<sup>1</sup> Fournis en pièces jointes à ce rapport (documents 2 et 3).

Réseau thématique 25 « Travail, organisations, emploi », Congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS), Lyon, le 6 juillet 2023.

9. Jingyue Xing-Bongioanni, 7e rencontre de la CNSA « Recherche & Innovation », « Les professionnels de l'autonomie au travail : Par-delà les enjeux, quelles perspectives ? », le 16 novembre 2023.

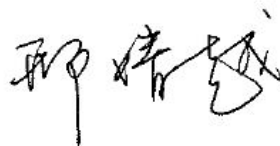
### III. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

Jingyue Xing-Bongioanni, « Travailler en EHPAD : une interrogation au prisme de la crise sanitaire », Séminaire de recherche TRANSFO (Research Center for Social Change) de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), le 9 décembre 2021 (40 participants).

### IV. Liste des communications au grand public

1. Jingyue Xing-Bongioanni, interview par le magazine *Capital*, « Affaire Orpéa : ce qui explique les dérives dans les Ehpad privés à but lucratif », mise en ligne le 28 janvier 2022. Lien : <https://www.capital.fr/votre-retraite/ehpad-ce-qui-explique-les-derives-dans-les-etablissements-prives-a-but-lucratif-1426845>
2. Jingyue Xing-Bongioanni, interview par le magazine *La Vie*, « Scandale Orpéa : comment le modèle des Ehpad à but lucratif s'impose en France », mise en ligne le 3 février 2022. Lien : <https://www.lavie.fr/actualite/societe/scandale-orpea-comment-le-modele-des-ehpad-a-but-lucratif-simpose-en-france-80527.php>
3. Jingyue Xing-Bongioanni, interview par le journal *Charente Libre*, « Qu'est-ce qui a changé un an après la sortie des "Fossoyeurs" ? », mise en ligne le 13 mars 2023. Lien : <https://www.charentelibre.fr/societe/famille/qu-est-ce-qui-a-change-un-an-apres-la-sortie-des-fossoyeurs-14067771.php>
4. Jingyue Xing-Bongioanni, interview par le magazine *La Vie*, « "Ce modèle économique est périmé : pourquoi le secteur des Ehpad est au bord de la faillite" », mise en ligne le 19 septembre 2023. Lien : <https://www.lavie.fr/actualite/societe/ce-modele-economique-est-perime-pourquoi-le-secteur-des-ehpad-est-au-bord-de-la-faillite-90415.php>
5. Jingyue Xing-Bongioanni, interview par le journal *Ouest France*, « Aides-soignants en EHPAD : "Il faut rendre publiques leurs conditions de travail" », mise en ligne le 22 septembre 2023. Lien : <https://www.ouest-france.fr/societe/seniors/aides-soignants-en-ehpad-il-faut-rendre-publiques-leurs-conditions-de-travail-29596a06-4005-11ee-8c10-72326cfdb8c5>

Signature du rédacteur et/ou du coordinateur scientifique de projet (si différents) :



**Ce document est à renvoyer aux adresses suivantes :**

[suiviprojets.iresp@inserm.fr](mailto:suiviprojets.iresp@inserm.fr)



**« AAP 2020-Autonomie personnes âgées et personnes en situation de handicap -  
Établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale - Session 2. »**

Synthèse courte (4 pages)  
Projet CollSol-EHPAD (21I009-00)

Faire face ensemble à la crise. Les effets de l'épidémie de  
Covid-19 sur le travail et l'emploi en EHPAD

**Rédactrices :**

Marion Plault, chercheuse postdoctorale, Université de Grenoble Alpes, Pacte (CNRS, UMR 5194),  
[marion.plault@univ-lille.fr](mailto:marion.plault@univ-lille.fr)

Lisa Triplet, doctorante en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019),  
[lisa.triplet@univ-lille.fr](mailto:lisa.triplet@univ-lille.fr)

Jingyue Xing-Bongioanni, Maîtresse de Conférences en sociologie, Université de Lille, Clersé  
(CNRS, UMR 8019) ; Chercheuse affiliée au Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET), CNAM,  
[jingyue.xing@univ-lille.fr](mailto:jingyue.xing@univ-lille.fr)

**Responsables scientifiques :**

Solène Billaud, MCF en sociologie, Université de Grenoble Alpes, Pacte (CNRS, UMR 5194),  
[solene.billaud@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:solene.billaud@univ-grenoble-alpes.fr)

Jingyue Xing-Bongioanni, MCF en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019) ;  
Chercheuse affiliée au CEET, CNAM, [jingyue.xing@univ-lille.fr](mailto:jingyue.xing@univ-lille.fr)

## Contexte et objectifs du projet

En 2020, l'épidémie de Covid-19 s'est propagée sur l'ensemble des territoires français. Au cours de la première année, 75 % des EHPAD ont déclaré au moins un résident contaminé et 29 300 résidents sont décédés des suites du Covid-19 (Drees, 2021). En première ligne face à la crise sanitaire, les travailleurs des EHPAD ont été mis à rude épreuve face à ces décès massifs et aux mesures de restrictions spécifiques. Dans le contexte particulier de cette situation hors-norme, **quelles ont été les conséquences de la crise sanitaire sur les conditions de travail de ces professionnels ? Et comment cette crise a-t-elle impacté la gestion de la main-d'œuvre dans ce secteur préalablement sous tension ?** C'est à ces deux interrogations que tente de répondre cette recherche. Elle a également pour ambition de répondre à des enjeux politiques majeurs : en documentant et en analysant les conditions de travail et la gestion de la main-d'œuvre actuelles et pendant la crise sanitaire, nous espérons que nos résultats puissent servir de support à l'élaboration de politiques publiques en direction des EHPAD dans les années à venir.

## Méthodologie

Cette recherche s'appuie sur un dispositif d'enquête d'ampleur articulant différentes méthodes : une dizaine de journées d'observations participantes ; 130 entretiens semi-directifs réalisés auprès des travailleurs des EHPAD (encadrants ou non) dans 5 départements métropolitains, des cadres des autorités publiques et des représentants des fédérations ou associations professionnelles ; l'analyse des données issues d'un questionnaire diffusé à la fois en ligne et en version papier (n = 919).

## Résultats scientifiques

Basée sur un dispositif d'enquête articulant des méthodes qualitatives et quantitatives, notre recherche confirme certains constats mis en avant par des rapports publics et des travaux scientifiques (Cour des comptes, 2022 ; Iborra et Fiat, 2018 ; Marquier *et al.*, 2016) : la dégradation des conditions de travail des soignants et le renforcement éphémère de la collaboration professionnelle. Mais notre étude propose aussi **5 résultats originaux** : premièrement, elle produit des données quantitatives inédites sur l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 en matière de conditions de travail et de gestion de la main-d'œuvre dans les EHPAD en France. A notre connaissance, elle constitue la seule source de données quantitatives mobilisables sur ce sujet. Deuxièmement, elle articule des analyses des conditions de travail, des conditions d'emploi et de la gestion de la main-d'œuvre. Troisièmement, elle adopte une approche comparative par métier qui prend en compte l'ensemble des travailleurs des EHPAD, alors que la littérature s'intéresse surtout aux soignants. Quatrièmement, elle sociologise l'analyse organisationnelle des EHPAD, en les considérant comme des structures imbriquées dans leur contexte social et géographique. Cinquièmement, elle adopte une approche quantitative pour étudier la dimension émotionnelle du travail.



## 1. La crise sanitaire, un facteur aggravant des conditions de travail déjà difficiles

Le constat principal de notre recherche est que l'épidémie de Covid-19 a souvent constitué un facteur aggravant les conditions de travail en EHPAD, déjà difficiles physiquement et psychologiquement pour les travailleurs en première ligne mais aussi pour les travailleurs souvent « invisibilisés » dans la littérature (personnel administratif ou de seconde ligne notamment). Au plus fort de la crise, leur charge de travail s'est souvent accrue en raison de nombreuses absences de collègues et de l'introduction de nouvelles tâches. Or, les effets de la crise se font toujours ressentir au moment de l'enquête en 2022. La solidarité des professionnels a permis de faire face à cette situation inédite, mais ces derniers sont souvent sortis de cette épreuve affaiblis. L'enjeu est de briser un cercle vicieux de processus qui s'autoalimentent car les conditions de travail difficiles expliquent et s'expliquent par une gestion de la main-d'œuvre contrainte par un manque récurrent de personnel.

## 2. Les relations sociales au travail : tenir ensemble face à la crise

Les travaux sociologiques existants sur les mécanismes d'entraide au sein des EHPAD (Aubry, 2010 ; Billaud et Xing, 2016, Xing, 2018) laissent supposer une solidarité obligée minimale entre soignants dans le contexte de restriction budgétaire et de réduction des effectifs. Les résultats de notre enquête sont mitigés : les professionnels ont surmonté cette situation inédite en adoptant de nombreuses pratiques de solidarité, mais celles-ci n'ont pas perduré sur le long terme, ce qui interroge la capacité des collectifs de travail à faire face à d'éventuelles nouvelles crises. De même, l'épidémie de Covid-19 a eu un léger impact positif - bien qu'éphémère - sur les rapports hiérarchiques. Toutefois, les travailleurs des EHPAD ont parfois dû faire face à des critiques venant d'une partie des familles des résidents qui ont engendré un sentiment de culpabilité chez certains professionnels.

## 3. Les relations institutionnelles : entre contrôles et soutiens

La crise sanitaire constitue une situation de test de la résilience de nos systèmes sanitaire et médico-social qui ont des relations d'interdépendance. Les EHPAD s'appuient sur de nombreux acteurs de l'organisation de santé extérieurs pour assurer les soins des résidents (médecins libéraux, hôpitaux, etc.). La crise sanitaire a mis en exergue les difficultés de coordination entre EHPAD et système sanitaire, dont témoignent de nombreux refus de prise en charge (par les hôpitaux ou les médecins libéraux) qui ont eu d'importantes répercussions sur l'accès et la continuité des soins des résidents. Sous l'autorité conjointe de l'ARS et du Conseil Départemental, les EHPAD doivent régulièrement leur fournir des remontées administratives. Le contrôle et le suivi par les autorités sanitaires, variables selon le territoire, ont été vivement critiqués par les directeurs des EHPAD qui regrettent leur approche administrative jugée peu pertinente au regard de la réalité du terrain.

## 4. Pour une prise en compte de la charge émotionnelle au travail

La crise sanitaire a constitué une épreuve psychologique pour de nombreux professionnels des EHPAD qui ont ressenti un fort sentiment d'incertitude et d'abandon au plus fort de l'épidémie, auquel s'est substitué un sentiment d'injustice face au manque de reconnaissance monétaire et sociale. Souhaitant contribuer à la littérature internationale sur l'*Emotional labour* (Hochschild, 2012 ; Theodosius, 2008), nous avons abordé quantitativement la question de la charge émotionnelle. Les résultats montrent que l'intensité de cette charge varie, à la fois selon des facteurs déjà identifiés

par la littérature (caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques de l'établissement, organisation du travail, etc.), mais également selon trois facteurs originaux, mis en lumière par notre analyse : l'ampleur de l'épidémie dans l'établissement (la proportion des résidents contaminés), sa gestion interne (notamment les politiques et les pratiques de remplacement) et l'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires (le refus ou non de prise en charge par les hôpitaux, la continuité de soin assuré ou non par les médecins traitants des résidents, etc.).

## 5. Une approche comparative des différents métiers des EHPAD

La prise en compte de l'ensemble des métiers exercés en EHPAD dans le cadre d'une approche comparative permet d'avoir une vision plus globale du secteur. Nos résultats montrent que le métier est un facteur structurant, notamment en termes de conditions de travail et d'emploi. Le vécu subjectif des travailleurs des EHPAD varie selon leur métier, les directeurs et assimilés étant moins exposés aux risques psycho-sociaux que les autres catégories socioprofessionnelles. L'*espace des possibles professionnels* (les opportunités d'emploi et leur perception), dépendent également du métier de ces derniers. L'analyse portant sur l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD révèle que les travailleurs ne sont pas motivés par les mêmes logiques, et le métier est, encore une fois, l'une des principales variables explicatives.

## 6. Appréhender la pénurie de main-d'œuvre avec la notion d'espace des possibles

Depuis de nombreuses années, les EHPAD sont confrontés à une pénurie structurelle en matière de recrutements. Notre recherche montre que l'épidémie de Covid-19 n'a pas eu un effet propre d'ampleur sur les difficultés de recrutement mais a mis en exergue des problématiques plus profondes dans le secteur (conditions de travail difficiles, manque de reconnaissance salariale et mauvaise image). Si ces dernières sont bien à l'origine du manque d'attractivité du secteur en général, elles ne sont en revanche pas en mesure d'expliquer la variabilité des difficultés de recrutement selon le métier, plus importantes à mesure que le métier tend vers le soin. La notion d'*espace des possibles* empruntée à Bourdieu (1992) permet de comprendre que les opportunités d'emploi et leur perception, propres à chaque métier et territoire, conditionnent l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD par les candidats potentiels. D'après notre enquête, l'emploi en EHPAD est souvent considéré comme un *good job* par les agents de service mais comme un *bad job* pour les infirmiers, la perception des aides-soignants se trouvant à un niveau intermédiaire. L'emploi en EHPAD serait en outre plus désirable en milieu rural.

## 7. Pourquoi continuer à travailler en EHPAD ? Des logiques différenciées selon les métiers

Les salariés des EHPAD sont soumis à des conditions de travail souvent difficiles et à un manque de reconnaissance salariale et sociale, alors pourquoi souhaitent-ils continuer à travailler dans ce secteur ?

En examinant les motivations, et plus largement les rapports au travail, nous avons identifié quatre logiques idéales-typiques propres à chaque métier : une logique de « gagne-pain » chez les agents de service (« *Je travaille en EHPAD pour payer mes factures* »), une logique relationnelle pour les

aides-soignants (« *Je fais ce métier pour aider les autres* »), une logique de reconnaissance typique des « faisant-fonction » (« *Pourtant, on fait le même travail !* ») et une logique de liberté chez les infirmiers (« *La direction est arrangeante* »). La prise en compte de ces logiques permet d'identifier des facteurs de (dé)motivation au travail et, de ce fait, de fournir aux directeurs d'EHPAD et aux pouvoirs publics des leviers d'action adaptés à chaque métier.

## Perspectives pour la décision publique

### Des leviers pour briser le « cercle vicieux » dans le secteur

Notre recherche met en lumière des processus s'auto-alimentant dans un cercle vicieux : des conditions de travail difficiles contribuent largement au manque d'attractivité du secteur ; en retour, la pénurie de main-d'œuvre a des conséquences concrètes sur les travailleurs en place en participant à l'intensification et à la désorganisation de leur travail.

Plusieurs leviers d'action mériteraient d'être activés conjointement afin de briser ce cercle vicieux. Deux d'entre eux sont coûteux mais nécessaires : améliorer la reconnaissance monétaire du travail en EHPAD en augmentant les rémunérations et renforcer le taux d'encadrement *via* la création de postes de soignants.

Les résultats de notre recherche nous conduisent à proposer d'autres leviers d'action : 1) développer l'accompagnement des carrières professionnelles des travailleurs, en améliorant en particulier la qualité du suivi du parcours de formation des agents de service et en mettant en place des dispositifs facilitant la circulation et la reconversion des travailleurs ; 2) assouplir, dans la mesure du possible, la gestion des emplois du temps pour mieux concilier les contraintes professionnelles et familiales des salariés ; 3) mettre en place des dispositifs de mutualisation des embauches pour proposer des contrats à temps complet aux salariés qui en sont demandeurs ; 4) améliorer la reconnaissance sociale du travail des EHPAD en attribuant des budgets dédiés à des actions favorisant l'ouverture des EHPAD sur leur territoire ; 5) mieux préparer les futurs travailleurs en créant de nouvelles structures d'accompagnement des demandeurs d'emploi spécialisées pour le secteur médico-social.

### Des pistes pour améliorer la prise en charge des soins en EHPAD

Notre enquête souligne enfin des problématiques autour de la prise en charge des soins en EHPAD. Les résultats nous conduisent à proposer deux pistes d'amélioration : 1) renforcer et généraliser le dispositif de médecins prescripteurs et augmenter le temps de travail des médecins coordonnateurs ; 2) améliorer la coordination du réseau territorial de soins et mieux intégrer les EHPAD dans ce réseau pour sortir de la logique du « chacun pour soi » souvent à l'œuvre pendant la crise sanitaire.

## Références bibliographiques

Aubry F., 2010, « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*.

Billaud S., Xing J., 2016, « “On n'est pas si mauvaises !” Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS*.

Bourdieu P., 1992, *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Editions du Seuil.

Cour des comptes, 2022, *Rapport public annuel*, février.

Défenseur des droits, 2023, *Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*.

Défenseur des droits, 2021, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*.

Drees, 2021, « En 2020, trois Ehpads sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19 », *Etudes et résultats*, n°1196.

Hochschild A., 2012 [1983], *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press, Berkeley.

Iborra M., Fiat C., 2018, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD*, n°769.

Marquier R., Vroylandt T., Chenal M., et al., 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la DREES*, vol. 5, p. 31.

Theodosius C., 2008, *Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing*. Routledge.

Weber M., Vérollet Y., 2011, « La dépendance des personnes âgées, Conseil économique, social et environnemental », *Les avis du Conseil Economique, Social et Environnemental*, juin.

Xing J., 2018, *Dynamiques des groupes professionnels et new public management : l'introduction des instruments d'action publique dans la tarification des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, thèse de sociologie, Paris Sciences et Lettres (ComUE).



Centre d'études de l'emploi et du travail

**« AAP 2020-Autonomie personnes âgées et personnes en situation de handicap - Établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale - Session 2. »**

## Synthèse longue

### Projet CollSol-EHPAD (21II009-00)

# Faire face ensemble à la crise. Les effets de l'épidémie de Covid-19 sur le travail et l'emploi en EHPAD

#### Rédactrices :

Marion Plault, chercheuse postdoctorale, Université de Grenoble Alpes, Pacte (CNRS, UMR 5194), [marion.plault@univ-lille.fr](mailto:marion.plault@univ-lille.fr)

Lisa Triplet, doctorante en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019), [lisa.triplet@univ-lille.fr](mailto:lisa.triplet@univ-lille.fr)

Jingyue Xing-Bongioanni, Maîtresse de Conférences en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019) ; Chercheuse affiliée au Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET), CNAM, [jingyue.xing@univ-lille.fr](mailto:jingyue.xing@univ-lille.fr)

#### Responsables scientifiques :

Solène Billaud, MCF en sociologie, Université de Grenoble Alpes, Pacte (CNRS, UMR 5194), [solene.billaud@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:solene.billaud@univ-grenoble-alpes.fr)

Jingyue Xing-Bongioanni, MCF en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019) ; Chercheuse affiliée au CEET, CNAM, [jingyue.xing@univ-lille.fr](mailto:jingyue.xing@univ-lille.fr)

## Contexte et objectifs du projet

En 2020, l'épidémie de Covid-19 s'est propagée sur l'ensemble des territoires français. Cette situation de crise sanitaire est inédite à la fois par son ampleur et par sa temporalité. La population des résidents en EHPAD, en raison de son avancée en âge et de la vie en communauté, est particulièrement vulnérable aux épidémies : au cours de la première année, 75 % de ces établissements ont déclaré au moins un résident contaminé et 29 300 résidents sont décédés des suites du Covid-19<sup>1</sup>. En première ligne face à la crise sanitaire, les travailleurs des EHPAD ont été mis à rude épreuve face à ces décès massifs et aux mesures de restrictions spécifiques mises en place pour contenir l'épidémie (interdiction des visites, limitation des déplacements, mise en place de protocoles d'hygiène, etc.). Dans le contexte particulier de cette crise hors-norme, il convient de s'interroger sur les impacts de l'épidémie de Covid-19 à la fois sur les conditions matérielles de travail, sur les collaborations professionnelles et les relations institutionnelles ainsi que sur le vécu des travailleurs des EHPAD. **Quelles ont été les conséquences de la crise sanitaire sur les conditions de travail de ces professionnels ? Et comment cette crise a-t-elle impacté la gestion de la main-d'œuvre dans ce secteur préalablement sous tension ?** C'est à ces deux interrogations que tente de répondre cette recherche.

Notre projet initial visait à interroger l'impact de la crise sanitaire sur l'organisation et les conditions de travail, ainsi que sur la solidarité au travail en EHPAD, en analysant les situations avant, pendant et après la pandémie de Covid-19. Il cherchait à comprendre l'expérience vécue des professionnels des EHPAD ainsi qu'à produire des données statistiques sur le travail en EHPAD (organisation, conditions de travail concrètes, satisfaction au travail, gestion de la main-d'œuvre, etc.). Suite aux premières remontées de terrain, la question des collaborations professionnelles et solidarités au travail dans les EHPAD a bien été explorée dans la recherche, mais elle n'en constitue plus le cœur. Nous avons fait le choix de l'intégrer à une compréhension plus large des conséquences de l'épidémie de Covid-19 sur les conditions de travail d'une part et la gestion de la main-d'œuvre d'autre part, ces deux dimensions s'avérant être profondément articulées.

Les enjeux scientifiques sont de trois ordres. Nous souhaitons d'abord produire des connaissances quantifiées sur un sujet inédit. A ce jour, aucune base de données ne renseigne sur l'impact de la crise

---

<sup>1</sup> Drees, 2021, « En 2020, trois Ehpads sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19 », *Etudes et résultats*, n°1196.

sanitaire sur le travail en EHPAD. Notre enquête par questionnaire, bien que portant sur un échantillon limité (n = 919), nous a donné les moyens de procéder à un premier état des lieux chiffré. Les entretiens et les observations menés parallèlement nous ont permis de contextualiser et d'approfondir nos analyses statistiques. Ces résultats sont examinés et interprétés au regard de la littérature et d'autres données quantitatives. Nous souhaitons également aller au-delà d'une approche centrée sur un seul métier et mener une recherche comparative en prenant en compte l'ensemble des professionnels des EHPAD afin de montrer les spécificités de certains groupes « invisibilisés » dans la littérature, comme le personnel administratif et les agents de première ligne hors soins. Enfin, cette recherche vise à contribuer à la littérature en sociologie de l'emploi en ouvrant des réflexions sur l'attractivité des emplois dans ce secteur en tension.

Notre recherche a également pour objectif de répondre à des enjeux politiques majeurs. Le secteur des EHPAD sera amené à se développer dans les prochaines années et décennies pour répondre au vieillissement de la population française. Or la situation actuelle des EHPAD, caractérisée par des conditions de travail difficiles et une pénurie de main-d'œuvre, interroge sur les perspectives d'avenir du secteur. En documentant et en analysant les conditions de travail et la gestion de la main-d'œuvre actuelles et pendant la crise sanitaire, nous espérons que cette recherche puisse servir de support à l'élaboration de politiques publiques en direction des EHPAD dans les années à venir.

## Méthodologie

La recherche s'appuie sur un dispositif d'enquête d'ampleur articulant différentes méthodes de recherche : une dizaine de journées d'observations participantes, 130 entretiens semi-directifs et l'analyse des données issues de 919 questionnaires. Elle résulte d'un travail d'équipe mobilisant 4 chercheuses en sociologie mais se démarque par une ouverture sur les travaux en économie et en psychologie du travail.

### Une enquête quantitative par questionnaire sur un sujet inédit

La recherche s'appuie sur une enquête par questionnaire qui a pour objectif de quantifier l'impact de la crise sanitaire sur les conditions de travail et les expériences vécues des travailleurs des EHPAD. Ce questionnaire auto-administré a été diffusé entre mai et septembre 2022. Afin de maximiser le taux

de réponse, la passation a été effectuée à la fois en ligne et sous format papier, avec l'appui de plusieurs acteurs du secteur (fédérations et associations professionnelles, syndicats et anciens enquêtés). Le champ de l'enquête couvre l'ensemble des professionnels travaillant dans les EHPAD publics (hospitaliers ou non) ou privés à but non lucratif en France métropolitaine au moment de l'enquête. Au total, 919 questionnaires ont été recueillis, dont 482 en papier et 437 en ligne. Bien qu'elles ne soient pas complètement représentatives de l'ensemble des travailleurs en EHPAD en France, les données produites par notre recherche permettent d'avoir une bonne objectivation sur le travail en EHPAD. Cette enquête par questionnaire constitue, à notre connaissance, la seule source de données mobilisables sur ce sujet<sup>2</sup>. Le questionnaire étant basé en partie sur celui de l'enquête *Conditions de Travail*, notre recherche est en mesure de fournir, par la suite, des points de comparaison avec la prochaine édition de cette enquête.

### Une enquête qualitative d'ampleur dans 5 départements métropolitains et à l'échelle nationale

Afin de mieux comprendre la gestion de la crise sanitaire en EHPAD et son impact sur les expériences vécues des travailleurs, 130 entretiens semi-directifs ont été réalisés entre juin 2021 et juin 2022 en face-à-face par les membres de l'équipe dans 44 EHPAD de 5 départements français (Ardèche, Isère, Nord, Val-de-Marne et Vienne) ainsi qu'auprès des fédérations et des syndicats à l'échelle nationale. 72 entretiens ont été conduits auprès d'encadrants (équipes de direction du siège social, directeurs d'établissement, médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs, psychologues) et 50 auprès des travailleurs de première et de seconde lignes (agents de service, aides-soignants, infirmiers, cuisiniers, techniciens, etc.). 8 représentants de fédérations nationales (fédération des EHPAD hospitaliers ; fédération des EHPAD privés ; fédération des infirmiers coordonnateurs, etc.) ont également été interviewés. La durée des entretiens varie de 1 à 7 heures avec une moyenne de 1h40.

#### **Encadré. Analyse réflexive sur la méthodologie adoptée**

Si la complémentarité des approches qualitative et quantitative est mise en valeur dans les manuels de sociologie, la faible proportion d'enquêtes adoptant un tel dispositif interroge sur les difficultés

---

<sup>2</sup> En effet, les enquêtes *Emploi en continu*, *Conditions de travail* et *Tracov* ne portent pas sur le champ spécifique des travailleurs d'EHPAD. Les deux premières n'interrogent pas spécifiquement le vécu de la crise sanitaire ; la dernière ne permet pas de repérer les travailleurs d'EHPAD au sein du secteur « Hébergement Médico-social et social et action sociale sans hébergement ».



de sa mise en œuvre. Afin de répondre à nos questions de recherche de la manière la plus complète possible, nous avons fait le choix de concevoir une enquête s'appuyant à la fois sur des observations, des entretiens, et un questionnaire : les observations et les entretiens ont nourri la conception du questionnaire ; l'analyse des données quantitatives s'est vue profondément enrichie grâce à cet accès à l'expérience vécue des individus qui permet de contextualiser, d'illustrer ou de préciser les résultats statistiques. En retour, les données quantitatives ont fourni une objectivation des faits observés grâce à une mesure chiffrée et ont pu confirmer des hypothèses ouvertes par l'enquête de terrain. La mise en œuvre d'un tel dispositif s'avère toutefois difficile, en particulier pour une petite équipe (4 membres, dont une seule à plein-temps). Le calendrier a été très chargé et l'exploitation des données quantitatives n'a au final débuté que début septembre 2022. Cette charge de travail considérable s'est révélée à la limite de ce que pouvait réaliser notre équipe. En conséquence, si nous sommes convaincues de l'intérêt de notre dispositif d'enquête, nous alertons toutefois sur les modalités pratiques de sa mise en œuvre pour une équipe restreinte.

Le secteur des EHPAD impose des contraintes particulières à la réalisation d'une enquête sociologique par questionnaire : les travailleurs manquent souvent de temps pour répondre à un long questionnaire et une partie d'entre eux, notamment les agents de service, n'est pas familière des outils numériques et peut même avoir des difficultés à l'écrit. De plus, l'enquête qualitative suggère qu'une partie des professionnels du secteur éprouvent un sentiment de méfiance ou de perte d'espoir, ce qui les conduit à douter de l'utilité d'une telle recherche et participe à la non-réponse. Ceci constitue également un biais non contrôlable dans cette recherche. Afin de nous adapter aux contraintes du terrain, et pour maximiser le taux de réponse, nous avons opté pour une double passation du questionnaire, à la fois en version papier (parfois remplie lors de séance de passation collective) et en ligne. Si des traitements exploratoires n'ont pas permis d'identifier des effets majeurs de ces passations différenciées sur les réponses des professionnels des EHPAD, nous reconnaissons la nécessité de mener une réflexion plus approfondie sur les biais potentiels engendrés par ce dispositif.

L'analyse des données issues d'un petit échantillon pose par ailleurs des questions de représentativité : dans quelles mesures pouvons-nous faire confiance aux données issues de 919 questionnaires auto-administrés ? Pour éviter de raisonner sur une population biaisée, nous avons contrôlé la représentativité de notre échantillon en le comparant à l'enquête EHPA, seule base de données disponible sur cette population : ces populations sont similaires en matière d'âge, de sexe, de statut juridique et de capacité de l'EHPAD employeur ; notre échantillon comporte en revanche une surreprésentation de soignants, de personnel en CDI et de travailleurs d'EHPAD hors Ile-de-

France. Par ailleurs, nous avons restreint nos commentaires de tris croisés aux seules relations statistiquement significatives attestées par une *p-value* inférieure ou égale à 0,05.

Pour finir, nous n'avons pas réussi à ouvrir de terrain d'enquête dans des EHPAD à but privé lucratif. Le questionnaire n'a également pas permis de saisir la population des travailleurs de ces EHPAD : seuls 19 personnes employées dans des EHPAD privés à but lucratif ont répondu au questionnaire, ce qui ne permet pas d'exploitation statistique fiable. Nous avons donc fait le choix de ne pas intégrer ces réponses à notre base de données. En conséquence, c'est seulement par défaut que nos résultats portent uniquement sur les EHPAD publics et privés à but non lucratif.

## Résultats

Basée sur un dispositif d'enquête articulant des méthodes qualitatives et quantitatives, notre recherche a permis de constituer des données inédites sur les conditions de travail, le vécu subjectif des professionnels, et la gestion de la main-d'œuvre dans les EHPAD pendant la crise sanitaire. Elle confirme certains constats mis en avant par des rapports publics et des travaux scientifiques<sup>3</sup>, notamment à propos de la dégradation des conditions de travail des soignants (résultat n° 1), du renforcement de la collaboration professionnelle (résultat n° 2) et des relations avec les autorités publiques (résultat n° 3). Elle propose aussi des résultats originaux, sur la charge émotionnelle des professionnels des EHPAD (résultat n° 4), la différenciation des conditions de travail et d'emploi selon le métier (résultat n° 5), les causes de la pénurie de main-d'œuvre (résultat n° 6) et enfin les raisons de rester dans les EHPAD (résultat n° 7).

Cette partie commencera par une synthèse des 5 originalités de notre recherche, à la fois d'un point de vue méthodologique et analytique, suivie d'une présentation des 7 résultats majeurs détaillés dans le rapport.

---

<sup>3</sup> Cour des comptes, 2022, *Rapport public annuel*, février ; Iborra M., Fiat C., 2018, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD*, n°769 ; Marquier R., Vroylandt T., Chenal M., et al., 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la DREES*, vol. 5, p. 31.

## Les 5 originalités de notre recherche

La première originalité du projet Collsol-EHPAD consiste en une **production des données quantitatives inédites** sur l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 en matière de conditions de travail et de gestion de la main-d'œuvre dans les EHPAD en France. Articulant différentes méthodes de recherche, notre recherche complète l'analyse qualitative de l'expérience vécue des travailleurs des EHPAD pendant la crise sanitaire, qui commence à être de plus en plus documentée en sociologie, par une mesure chiffrée et objectivée des faits observés : elle permet donc de produire des résultats à la fois généralisables et contextualisés. Nous espérons à ce titre, contribuer à la littérature française et internationale sur le Covid-19 dans le secteur du *care*.

La seconde originalité de cette recherche est qu'elle **articule l'analyse des conditions de travail, des conditions d'emploi et de la gestion de la main-d'œuvre**. En sociologie, ces thèmes sont généralement traités dans des sous-champs qui dialoguent peu entre eux. Or, d'après notre recherche, la dégradation des conditions de travail et de la qualité d'emploi, les difficultés de recrutement et la pénurie de main-d'œuvre s'entraînent en formant un cercle vicieux. Cette approche globale ouvre des pistes d'interprétation alternatives sur les difficultés auxquelles est confronté le secteur des EHPAD, notamment en matière de gestion du personnel.

La troisième originalité de cette recherche tient à l'adoption d'une **approche comparative par métier** qui prend en compte l'ensemble des travailleurs des EHPAD (résultat n° 5), alors que la littérature s'intéresse surtout aux infirmiers et aux aides-soignants<sup>4</sup>. Nos résultats montrent que le métier est un facteur structurant du secteur des EHPAD, notamment en termes de conditions de travail et d'emploi : le vécu subjectif des travailleurs des EHPAD varie selon leur métier (résultat n° 4) ; *l'espace des possibles professionnels*, les opportunités d'emploi et leur perception par les travailleurs dépendent du métier de ces derniers (résultat n° 6). L'analyse portant sur l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD révèle que les travailleurs ne sont pas motivés par les mêmes logiques, et le métier est, encore une fois, l'une des principales variables explicatives de cette acceptabilité (résultat n° 7). L'approche comparative par métier nous a permis d'avoir une vision plus globale sur le travail et l'emploi en EHPAD, et de mieux appréhender les caractéristiques et les spécificités de différents groupes professionnels, dont certains sont « invisibilisés » dans la littérature.

---

<sup>4</sup> Brady C., Fenton C., Loughran O. *et al.*, 2021, « Nursing home staff mental health during the Covid-19 pandemic in the Republic of Ireland », *International journal of geriatric psychiatry*, vol. 37, n°1. ; Martínez-López J.Á., Lázaro-Pérez C., Gómez-Galán J., 2021, « Burnout among direct-Care Workers in Nursing Homes during the COVID-19 pandemic in Spain: A preventive and educational focus for sustainable workplaces », *Sustainability*, vol. 13, n°5, p. 2782.

La quatrième originalité de notre recherche est qu'elle **sociologise l'analyse organisationnelle des EHPAD**, en les considérant comme des structures imbriquées dans leur contexte social et géographique (résultats n° 3, 4 et 6). Notre analyse dépasse la seule prise en compte des facteurs internes à l'établissement (l'organisation du travail, la gestion de la pandémie, etc.) et replace les EHPAD dans leur contexte social plus large en étudiant leurs relations d'interdépendance avec d'autres offreurs de soins et d'accompagnements locaux, et plus généralement avec l'organisation territoriale de santé et du *care*.

La cinquième et dernière originalité de cette recherche est qu'elle **adopte une approche quantitative pour étudier la dimension émotionnelle du travail** (résultat n° 4). Il s'agit d'un objet encore peu exploré en sociologie : si les articles et dossiers thématiques à ce sujet se sont multipliés au cours des dernières années à l'échelle internationale, il s'agit majoritairement des travaux qualitatifs et ne portent que très rarement sur le cas français.

### Résultat n°1. La crise sanitaire, un facteur aggravant des conditions de travail déjà difficiles

Le constat principal de notre recherche est que l'épidémie de Covid-19 a souvent constitué un facteur aggravant les conditions de travail en EHPAD : que ce soit avant, pendant ou après la crise sanitaire, le travail en EHPAD est difficile, physiquement et psychologiquement pour les travailleurs en première ligne mais aussi pour les travailleurs souvent « invisibilisés » dans la littérature (personnel administratif ou de seconde ligne notamment). A plus fort de la crise, leur charge de travail s'est souvent accrue en raison de nombreuses absences de collègues et de l'introduction de nouvelles tâches. Or, les effets de la crise se font toujours ressentir au moment de l'enquête en 2022. La solidarité des professionnels a permis de faire face à cette situation inédite : les travailleurs des EHPAD (et en particulier ceux ayant un contrat stable) se sont organisés pour répondre à l'urgence mais ils sont souvent sortis de cette épreuve affaiblis et de plus en plus sceptiques vis-à-vis de la capacité du champ politique à proposer une réponse à la hauteur de leurs problématiques. L'enjeu est de briser un cercle vicieux de processus qui s'autoalimentent : en effet les conditions de travail difficiles expliquent et s'expliquent par une gestion de la main-d'œuvre contrainte par un manque récurrent de personnel.

### Résultat n°2. Les relations sociales au travail : tenir ensemble face à la crise

En raison du nombre très important de résidents décédés pendant l'épidémie de Covid-19, les EHPAD ont été au centre de l'attention des médias. Différents reportages ont révélé le manque de personnel,

de matériel et de moyens dont ils souffrent, tout en mettant en avant l'enjeu de la mobilisation du personnel et de la solidarité au travail dans la lutte contre la pandémie. Le risque est grand cependant d'essentialiser cette mobilisation, en attribuant son mérite uniquement aux circonstances exceptionnelles de l'épidémie, ou à des qualités morales intangibles et à la vocation des professionnels, voire à des prédispositions féminines au soin et au souci des autres, supposées naturelles.

Les travaux sociologiques existants sur les mécanismes d'entraide au sein des EHPAD<sup>5</sup> laissent supposer une solidarité obligée minimale entre soignants dans le contexte de restriction budgétaire et de réduction des effectifs. Les résultats de notre enquête de terrain sont mitigés : les professionnels ont surmonté cette situation inédite en adoptant de nombreuses mais éphémères pratiques de solidarité qui ont parfois contribué à remettre en question des rapports hiérarchiques, mais cette solidarité intense n'a pas perduré sur le long terme, ce qui interroge la capacité des collectifs de travail à faire face à d'éventuels nouveaux événements perturbateurs. De même, la crise sanitaire a eu un léger impact positif mais éphémère sur les rapports hiérarchiques. Toutefois, les travailleurs des EHPAD ont parfois dû faire face à des vagues de méfiance et à des critiques venant d'une partie des familles des résidents qui ont engendré un sentiment de culpabilité chez certains professionnels.

### Résultat n°3. Les relations institutionnelles : entre contrôles et soutiens

La crise sanitaire constitue une situation de test de la résilience de nos systèmes sanitaire et médico-social. Notre recherche invite à dépasser la seule prise en compte des facteurs internes à l'établissement (l'organisation du travail, la gestion de la pandémie, etc.) et à étudier les relations d'interdépendance entre les EHPAD et d'autres offreurs de soins et d'accompagnements locaux, et plus généralement l'organisation territoriale de santé et du *care*, que ce soit en situation de crise sanitaire ou non.

Nous proposons ainsi d'appréhender la question de l'impact de la crise sanitaire au regard des régulations des pouvoirs publics et des contraintes locales spécifiques. En effet, malgré la dégradation

---

<sup>5</sup> Aubry F., 2010, « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*. DOI : 10.4000/sociologies.3291 ; Billaud S., Xing J., 2016, « "On n'est pas si mauvaises !" Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS* ; Xing J., 2018, *Dynamiques des groupes professionnels et new public management: l'introduction des instruments d'action publique dans la tarification des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, thèse de sociologie, Paris Sciences et Lettres (ComUE).

de l'état de santé des résidents à leur entrée en établissement<sup>6</sup>, l'EHPAD n'est pas considéré comme un lieu de soins et ses ressources médicales sont limitées. Les EHPAD s'appuient donc sur de nombreux acteurs de l'organisation de santé extérieurs pour assurer les soins des résidents : des médecins libéraux et du personnel paramédical (ergothérapeutes, psychologues, etc.) ou encore des hôpitaux. En dépit de fréquentes situations d'aide et de soutien au plus fort de la crise, la crise sanitaire met en exergue les difficultés de coordination entre les EHPAD et le système sanitaire, qui ont d'importantes répercussions sur l'accès et la continuité des soins des résidents. Les EHPAD sont en outre sous l'autorité conjointe de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental et doivent régulièrement leur fournir des remontées administratives. Le contrôle et le suivi par les autorités sanitaires, variables selon le territoire, ont été vivement critiqués par les directeurs des EHPAD qui regrettent leur approche administrative jugée peu pertinente au regard de la réalité du terrain.

#### Résultat n°4. Pour une prise en compte de la charge émotionnelle au travail : une contribution à la littérature sur l'*Emotional labour*

Cette recherche contribue à la réflexion sur la dimension émotionnelle du travail qui est sous-développée dans la sociologie du travail. La crise sanitaire a constitué une épreuve psychologique pour de nombreux professionnels des EHPAD qui ont ressenti un fort sentiment d'incertitude et d'abandon au plus fort de l'épidémie, auquel s'est substitué un sentiment d'injustice face au manque de reconnaissance monétaire et sociale. Alors que les rares travaux sociologiques sur ce sujet adoptent une approche qualitative<sup>7</sup>, nous avons pris le parti d'aborder la question de la charge émotionnelle en adoptant une approche quantitative qui permet d'en identifier les facteurs explicatifs.

Les résultats montrent qu'une majorité de travailleurs a éprouvé une forte charge émotionnelle. L'intensité de cette charge varie, à la fois selon des facteurs déjà identifiés par la littérature (caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques de l'établissement, organisation du travail, etc.), mais également selon trois facteurs originaux, mis en lumière par notre analyse : l'ampleur de l'épidémie dans l'établissement (la proportion des résidents contaminés), sa gestion interne

---

<sup>6</sup> Balavoine A., 2022, « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Études et résultats*, n° 1237, juillet ; Quémener G., De Bosscher S., Afonso-Pires C., et Remy L., 2023, « L'effet du sens du travail sur l'intention de quitter des personnels soignants en EHPAD. Quel impact de la satisfaction au travail et de la charge de travail ? », *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 29, n°1, p. 1-13.

<sup>7</sup> Hochschild A., 2012 [1983], *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press, Berkeley ; Lopez S.H., 2006, « Emotional labor and organized emotional care: Conceptualizing nursing home care work », *Work et Occupations*, vol. 33, n°2, p.133-160 ; Rodriguez J., 2014, *Labors of Love: Nursing Homes et the Structures of Care Work*, New York University Press, New York ; Theodosius C., 2008, *Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing*. Routledge.

(notamment les politiques et les pratiques de remplacement) et l'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires (le refus ou non de prise en charge par les hôpitaux, la continuité de soin assuré ou non par les médecins traitants des résidents, etc.).

### Résultat n°5. Une approche comparative des différents métiers des EHPAD

Prenant en compte l'ensemble des métiers exercés en EHPAD à la fois dans le questionnaire et dans les entretiens, notre recherche permet de croiser les regards des encadrants et des non-cadres et de mettre en lumière les caractéristiques et les spécificités de certains groupes « invisibilisés », comme le personnel administratif et les agents de première ligne hors soins.

A titre d'exemple, les études centrées sur la charge émotionnelle des encadrants d'EHPAD insistent sur leur fort risque de *burnout*<sup>8</sup>. Or une perspective comparative plus large montre que les cadres sont moins exposés aux risques psycho-sociaux que les autres catégories socioprofessionnelles<sup>9</sup>. Nos résultats invitent à porter plus grande attention au personnel administratif, souvent ignoré dans la littérature sur les EHPAD, et dont la charge émotionnelle est pourtant comparable à celle des soignants. En effet, le personnel administratif est fréquemment et directement en contact avec les familles des résidents. Cette dimension relationnelle a été accentuée pendant la crise sanitaire : le maintien des liens sociaux entre les résidents et leurs familles a été en grande partie assuré par ce groupe de travailleurs (notamment *via* des contacts quotidiens par téléphone et des visioconférences).

### Résultat n°6. Appréhender la pénurie de main-d'œuvre avec la notion d'espace des possibles

Depuis de nombreuses années les EHPAD sont confrontés à une pénurie structurelle en matière de recrutements. Cette pénurie, qui s'est aggravée depuis la crise sanitaire, constitue une préoccupation politique majeure qui risque d'être accentuée à moyen terme sous l'effet du vieillissement de la population française. Notre recherche montre que l'épidémie de Covid-19 n'a pas eu un effet propre d'ampleur sur les difficultés de recrutement mais a mis en exergue des problématiques plus profondes et structurelles dans le secteur (conditions de travail difficiles, manque de reconnaissance salariale et mauvaise image). Si ces dernières sont bien à l'origine du manque d'attractivité du secteur en général,

---

<sup>8</sup> Iaconi A., Duan Y., Tate K. et al., 2022, « Nursing Home Managers High Risk of Burnout », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 23, n°1, p.173-175 ; Membrive-Jiménez M.J., Pradas-Hernández L., Suleiman-Martos N. et al., 2020, « Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review et Meta-Analysis of Related Factors, Levels et Prevalence », *International journal of environmental research et public health*, vol. 17, n°11, p. 3983.

<sup>9</sup> Dares, 2021, « Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail », *Synthèse-Stat'*, n°37.

elles ne sont en revanche pas en mesure d'expliquer la variabilité des difficultés de recrutement selon le métier, plus importantes à mesure que le métier tend vers le soin. Au-delà des raisons imputables à la démographie médicale, la notion d'*espace des possibles* empruntée à Pierre Bourdieu permet de comprendre que les opportunités d'emploi et la perception de ces opportunités, propres à chaque métier et territoire, conditionnent l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD par les candidats potentiels. C'est en fonction de l'*espace des possibles professionnels* propre à chacun qu'un emploi sera considéré comme un *good* ou un *bad job*. Nos résultats montrent que l'emploi en EHPAD est souvent considéré comme un *good job* par les agents de service mais comme un *bad job* pour les infirmiers, la perception des aides-soignants se trouvant à un niveau intermédiaire. L'*espace des possibles professionnels* étant également structuré par le marché de l'emploi local, il apparaît que l'emploi en EHPAD serait plus désirable en milieu rural.

### Résultat n°7. Pourquoi continuer à travailler en EHPAD ? Des logiques différenciées selon les métiers<sup>10</sup>

Des conditions de travail souvent difficiles et un défaut de reconnaissance salariale et sociale contribuent largement au manque d'attractivité du secteur des EHPAD. Il apparaît donc nécessaire de s'interroger sur les facteurs explicatifs de l'acceptabilité de ces emplois par les professionnels déjà en poste : pourquoi souhaitent-ils continuer à travailler dans ce secteur ?

En examinant les motivations, et plus largement les rapports au travail, nous avons identifié quatre logiques idéales-typiques propres à chaque métier : une logique de « gagne-pain » chez les agents de service (« *Je travaille en EHPAD pour payer mes factures* »), une logique relationnelle pour les aides-soignants (« *Je fais ce métier pour aider les autres* »), une logique de reconnaissance typique des « faisant-fonction » (« *Pourtant, on fait le même travail !* ») et une logique de liberté chez les infirmiers (« *La direction est arrangeante* »).<sup>11</sup> La prise en compte de ces logiques permet d'identifier des facteurs de (dé)motivation au travail et, de ce fait, de fournir aux directeurs d'EHPAD et aux pouvoirs publics des leviers d'action adaptés à chaque métier.

---

<sup>10</sup> Cette problématique fera l'objet d'un article actuellement en cours de rédaction.

<sup>11</sup> Ces différentes logiques ne sont pas exclusives à chaque métier (la logique relationnelle est présente chez de nombreux travailleurs des EHPAD, quel que soit leur métier), mais elles peuvent en être considérées comme caractéristiques.



## Résultat n°8. Des pistes d'approfondissement pour un nouveau projet sur l'attractivité des emplois en EHPAD.

Dans la continuité du projet CollSol-EHPAD, nous souhaitons approfondir nos réflexions sur l'attractivité des emplois dans ce secteur en tension en proposant un nouveau projet de recherche au printemps 2024. Ce projet s'appuiera sur les entretiens biographiques auprès de salariés d'EHPAD et de personnes ayant quitté le secteur. Il aura pour objectif de comprendre les motifs de choix des travailleurs à deux moments clés : l'entrée et la sortie du secteur. L'un des points innovants de ce nouveau projet sera la prise en compte d'une population rarement étudiée par les chercheurs : les travailleurs ayant quitté le secteur des EHPAD. La comparaison entre les travailleurs en poste et ceux ayant quitté le secteur permettra de mieux saisir les facteurs explicatifs de la perception de l'emploi en EHPAD et de son acceptabilité par les (potentiels) travailleurs, et, *in fine*, de proposer les actions appropriées pour atténuer le phénomène de pénurie de main-d'œuvre.

## Impacts potentiels de ces résultats et perspectives pour la décision publique

Bien que les rapports sur la situation des EHPAD se soient succédé<sup>12</sup>, force est de constater que la situation du travail dans le secteur - et, *in fine*, la prise en charge des résidents - ne s'est pas améliorée. Dans le contexte de vieillissement de la population française, il s'agit d'un sujet politique majeur. Notre recherche montre une aggravation des constats déjà établis par la littérature préalablement à la crise sanitaire : les conditions de travail des professionnels des EHPAD se sont encore dégradées et la pénurie récurrente de main-d'œuvre dans le secteur s'est accentuée. Ces processus s'autoalimentent dans un cercle vicieux : les conditions de travail difficiles expliquent et s'expliquent par une gestion de la main d'œuvre contrainte par un manque récurrent de personnel. Il convient dès lors d'identifier des leviers d'action susceptibles de briser ce cercle vicieux et des pistes d'amélioration de la prise en charge des soins en EHPAD.

---

<sup>12</sup> Weber M., Vérollet Y., 2011, « *La dépendance des personnes âgées*, Conseil économique, social et environnemental », *Les avis du Conseil Economique, Social et Environnemental*, juin ; Défenseur des droits, 2023, *Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD* ; Défenseur des droits, 2021, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)* ; Iborra M., Fiat C., 2018, *op. cit.*

## Des leviers pour briser le cercle vicieux entre conditions de travail dégradées et manque d'attractivité du secteur

Les processus de dégradation des conditions de travail et d'aggravation de la pénurie de main-d'œuvre constatés dans notre recherche sur les EHPAD s'autoalimentent dans un cercle vicieux : des conditions de travail difficiles contribuent largement au manque d'attractivité du secteur ; en retour, la pénurie de main-d'œuvre a des conséquences concrètes sur les travailleurs en place en participant à l'intensification et à la désorganisation de leur travail.

Afin de répondre à ce problème majeur, les pouvoirs publics, les partenaires sociaux, les acteurs de terrain et les chercheurs doivent réfléchir ensemble aux moyens de casser ce cercle vicieux. Plusieurs leviers d'action mériteraient d'être activés conjointement. Deux d'entre eux sont coûteux mais nécessaires : améliorer la reconnaissance monétaire du travail en EHPAD en augmentant les rémunérations des travailleurs du secteur et augmenter le taux d'encadrement *via* la création de postes de soignants<sup>13</sup>. Ces deux recommandations ayant déjà été soulignées par de nombreux rapports<sup>14</sup>, nous ne développons que les leviers directement issus de notre travail de recherche et visant à favoriser d'une part la rétention de la main-d'œuvre et d'autre part l'attractivité du secteur. Nous proposons à ce titre de :

- développer l'accompagnement des carrières professionnelles des travailleurs du secteur, en améliorant en particulier la qualité du suivi du parcours de formation des agents de service en formation d'aide-soignant et en mettant en place des dispositifs facilitant la circulation et la reconversion des travailleurs ;
- assouplir, dans la mesure du possible, la gestion des emplois du temps pour mieux répondre aux contraintes familiales des salariés et de s'appuyer sur des expérimentations visant à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle ;
- mettre en place des dispositifs de mutualisation des embauches pour proposer des contrats à temps complet aux salariés qui en sont demandeurs ;
- améliorer la reconnaissance sociale du travail des EHPAD en attribuant des budgets dédiés à des actions favorisant l'ouverture des EHPAD sur leur territoire ;
- mieux préparer les futurs travailleurs du secteur en créant de nouvelles structures d'accompagnement des demandeurs d'emploi, spécialisées pour le secteur médico-social.

---

<sup>13</sup> Les revalorisations des rémunérations qui font suite au Ségur de la Santé et la création de 3 000 postes d'infirmiers et d'aides-soignants dans les EHPAD prévue par le projet de loi de finances de la Sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2023 vont dans ce sens mais mériteraient d'être amplifiées.

<sup>14</sup> Défenseur des droits, 2023, *op. cit.* ; Défenseur des droits, 2021, *op. cit.* ; Iborra M., Fiat C., 2018, *op. cit.*

## Des pistes pour améliorer la prise en charge des soins en EHPAD

Notre enquête met également en lumière des problématiques autour de la prise en charge des soins en EHPAD : la pénurie de médecins coordonnateurs et les difficultés d'accès aux soins courants et aux soins hospitaliers, particulièrement pendant la crise sanitaire. Les résultats de notre recherche nous conduisent à proposer deux pistes d'amélioration :

- renforcer et généraliser le dispositif de médecins prescripteurs en EHPAD en s'appuyant sur l'expérimentation actuellement testée en Ile-de-France et augmenter le temps de travail des médecins coordonnateurs ;
- améliorer la coordination du réseau territorial de soins et mieux intégrer les EHPAD dans ce réseau pour sortir de la logique du « chacun pour soi » souvent à l'œuvre pendant la crise sanitaire.

## Démarche de diffusion et de communication autour des résultats

### Valorisation scientifique

Trois articles en lien avec la problématique de cette recherche ont été soumis à des revues scientifiques : « Travailler dans un EHPAD pendant la pandémie de Covid-19 : quels déterminants de la charge émotionnelle des professionnels du secteur ? » a été accepté et paraîtra dans la revue avec comité de lecture *Socio-économie du travail* ; « Determinants of the emotional burden of French nursing home workers during the Covid-19 pandemic: a quantitative survey » a été soumis à la revue avec comité de lecture *Journal of Long term care* le 28 août 2023 ; « Les conditions de travail en EHPAD pendant la pandémie de Covid-19 : quelle analyse sociologique ? » a été accepté et paraîtra dans la revue *Vie Sociale* fin mars 2024. Un quatrième article portant sur l'intention des professionnels de quitter ou de rester dans le secteur est en cours d'écriture. Les éléments récoltés dans le cadre du projet CollSol-EHPAD ont également raisonné avec d'autres projets, qui ont été valorisés sous forme de 5 articles.

Nos résultats seront exposés dans un numéro thématique de la revue *Vie Sociale* « Les conditions de travail dans le secteur social et médico-social ». Ce numéro sera coordonné par Marion Plault, Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni et devra paraître en mars 2024. Un projet d'ouvrage issu de ce

rapport scientifique est en cours de remaniement et sera soumis à l'éditeur Presses Universitaires du Septentrion (PUS) fin 2023.

Les résultats de cette recherche ont par ailleurs été présentés lors de séminaires (séminaire de recherche de l'axe 2 du Laboratoire Clersé de l'Université de Lille en novembre 2021, séminaire de recherche TRANSFO de l'Université Libre de Bruxelles en décembre 2021, séminaire Sète du Laboratoire Clersé en avril 2022), d'une journée d'études (2 présentations à la journée d'étude sur « les directeurs et cadres d'établissements sociaux et médico-sociaux face aux régulations publiques », organisée par le laboratoire LABERS de Université de Brest Occidentale en mars 2022) et de congrès (2 présentations au Congrès de l'Association Française de Sociologie en juillet 2023, 7<sup>e</sup> rencontre de la CNSA « Recherche et Innovation » en novembre 2023).

### Diffusion des résultats auprès des professionnels du secteur

Une présentation des premiers résultats de notre recherche auprès des professionnels du secteur a déjà été organisée en février 2023 auprès du Comité de pilotage « Personnes âgées » d'un groupe gestionnaire d'EHPAD privés à but non lucratif. Nous y avons présenté les principaux résultats de notre article sur les déterminants de la charge émotionnelle. Cet article a par ailleurs été envoyé à deux directeurs d'EHPAD en ayant fait la demande.

Afin de favoriser la diffusion des résultats auprès des professionnels du secteur, nous avons prévu d'envoyer un exemplaire du rapport scientifique et des synthèses à chaque enquêté ayant accepté de réaliser un ou plusieurs entretiens. Nous contacterons également les différents acteurs qui ont relayé le questionnaire en ligne pour les informer de la publication de nos résultats (fédérations professionnelles, observatoires de santé, URIOPSS, fédérations syndicales, etc.).

Une journée de restitution sera par ailleurs organisée en ligne : nous y inviterons les directeurs des établissements enquêtés mais aussi les ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et Hauts-de-France. Nous envisageons également une action de communication des principaux résultats sur le réseau LinkedIn, avec un lien vers les synthèses et le rapport. Nous nous interrogeons encore sur les moyens de présenter nos résultats aux travailleurs non encadrants.

**« AAP 2020-Autonomie personnes âgées et personnes en situation de handicap -  
Établissements, services et transformation de l'offre médico-sociale - Session 2. »**

**Rapport scientifique du projet CollSol-EHPAD (21II009-00)**

**Faire face ensemble à la crise. Les effets de l'épidémie de  
Covid-19 sur le travail et l'emploi en EHPAD**

**Veuillez ne pas diffuser ce rapport (embargo de 24 mois) qui est en cours de  
soumission à une maison d'édition en vue de publication**

**Rédactrices :**

Marion Plault, chercheuse postdoctorale, Université de Grenoble Alpes, Pacte (CNRS, UMR 5194), [marion.plault@univ-lille.fr](mailto:marion.plault@univ-lille.fr)

Lisa Triplet, doctorante en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019), [lisa.triplet@univ-lille.fr](mailto:lisa.triplet@univ-lille.fr)

Jingyue Xing-Bongioanni, Maîtresse de Conférences en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019) ; Chercheuse affiliée au Centre d'études de l'emploi et du travail (CEET), CNAM, [jingyue.xing@univ-lille.fr](mailto:jingyue.xing@univ-lille.fr)

**Responsables scientifiques :**

Solène Billaud, MCF en sociologie, Université de Grenoble Alpes, Pacte (CNRS, UMR 5194), [solene.billaud@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:solene.billaud@univ-grenoble-alpes.fr)

Jingyue Xing-Bongioanni, MCF en sociologie, Université de Lille, Clersé (CNRS, UMR 8019) ; Chercheuse affiliée au CEET, CNAM, [jingyue.xing@univ-lille.fr](mailto:jingyue.xing@univ-lille.fr)

## Remerciements

*Nous souhaitons remercier chaleureusement l'ensemble des participants à cette enquête. Nous avons été particulièrement bien accueillies par des professionnels engagés qui, en dépit de leurs emplois du temps contraints, ont accepté de répondre à notre questionnaire, voire de réaliser des entretiens sociologiques de longue durée. Les directeurs des EHPAD et les responsables hospitaliers enquêtés nous ont ouvert les portes de leur établissement et nous ont laissé toute liberté pour discuter de façon plus ou moins formelle avec les salariés présents. Nous avons pu constater à quel point l'ensemble des acteurs des EHPAD s'investissent dans leur travail auprès des résidents, et ce, malgré des conditions de travail souvent difficiles. Bien loin de l'image négative des EHPAD souvent diffusée par les médias, nous avons pu partager de beaux moments dans ces lieux de vie et de travail collectifs.*

## Table des matières

<b>Partie 1. Eléments introductifs .....</b>	<b>6</b>
1.1 Contexte et objectifs.....	7
1.2 Etat de l'art.....	8
1.3 Méthodologie.....	10
1.3.1 Phase 1 : une enquête qualitative d'ampleur dans 5 départements métropolitains et à l'échelle nationale (juin 2021 - septembre 2022) .....	10
1.3.2 Phase 2 : une enquête quantitative par questionnaire (mars 2022 - février 2023).....	13
1.4 Présentation de la population enquêtée .....	18
1.4.1 Une population aux caractéristiques proches de celles d'EHPA .....	19
1.4.2 Deux populations d'enquêtés .....	21
1.4.3 Des taux de contamination au Covid-19 variables selon les établissements .....	22
 <b>Partie 2. L'impact de la crise sanitaire sur les conditions de travail et le vécu des travailleurs des EHPAD .....</b>	 <b>24</b>
2.1 Une dégradation des conditions matérielles de travail dans un secteur déjà sous tension .....	26
2.1.1 De nouvelles tâches et une charge de travail accrue pendant la phase aigüe de la crise.....	27
2.1.2 « On doit faire avec » : les travailleurs face à la dégradation des conditions matérielles de travail .....	30
2.1.3 Des effets durables sur la charge de travail .....	34
2.2 Les relations sociales au travail : tenir ensemble face à la crise .....	37
2.2.1 Une solidarité entre collègues importante pendant la crise, mais éphémère .....	37
2.2.2 Une modification temporaire des rapports hiérarchiques.....	42
2.2.3 Les relations avec les familles des résidents : des situations contrastées .....	45
2.3 Les relations institutionnelles : entre contrôles et soutiens .....	48
2.3.1 Des soutiens externes variables selon les établissements .....	48
2.3.2 L'accès aux soins : difficultés et impacts à moyen terme.....	52

2.3.3 La gestion de la crise sanitaire par les autorités publiques questionnée par les directeurs d'EHPAD.....	56
2.4 Focus sur le vécu psychologique des travailleurs des EHPAD pendant la crise sanitaire .....	63
2.4.1 Une crise sanitaire mal vécue psychologiquement par les travailleurs enquêtés .....	63
2.4.2. Les déterminants de la charge émotionnelle des travailleurs en EHPAD en 2020.....	72
Conclusion de la partie 2.....	82

## Partie 3. L'emploi dans les EHPAD : état des lieux et impact de la crise sanitaire .....

84

3.1 Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur des EHPAD.....	85
3.1.1 Le profil des travailleurs en EHPAD .....	86
3.1.2 Les caractéristiques des emplois.....	90
3.1.3 Entre fort <i>turnover</i> et postes non pourvus : un secteur marqué par une pénurie de main-d'œuvre.....	101
3.1.4 Des stratégies de recrutement et de fidélisation diverses.....	107
3.2 Des difficultés de recrutement récurrentes .....	112
3.2.1 La crise sanitaire, un facteur d'aggravation des problématiques de gestion de main-d'œuvre .....	112
3.2.2 Zoom sur la pénurie de médecins coordonnateurs .....	119
3.3 Les causes du manque de main-d'œuvre : une analyse sociologique.....	124
3.3.1 Des causes intrinsèques au secteur, amplifiées par la crise sanitaire.....	125
3.3.2 Un changement générationnel de rapports au travail ? .....	128
3.3.3 Un espace des possibles variable selon le métier et le territoire.....	134
3.3.4 Les déterminants de l'envie de rester dans le secteur des EHPAD .....	139
Conclusion de la partie 3.....	155

## Partie 4. Déroulement de la recherche.....

158

4.1. Les difficultés rencontrées et les solutions mises en œuvre .....	159
4.1.1 L'accès au terrain .....	159
4.1.2 La gestion du rythme d'enquête .....	161



4.1.3 Les modalités de passation du questionnaire .....	162
4.2. Les interactions entre les équipes, les efforts en matière d'interdisciplinarité .....	163
4.3. Justification des écarts par rapport aux prévisions initiales.....	163
4.3.1 Un élargissement du champ de la recherche .....	164
4.3.2 Un champ d'enquête restreint aux EHPAD à but non lucratif.....	164
4.3.3 Une enquête ralentie par l' « affaire Orpée » .....	165

## Partie 5. Apports et stratégie de valorisation et de diffusion des résultats .. 166

5.1. Apports scientifiques .....	167
5.1.1 Les 5 originalités de notre recherche .....	167
5.1.2 Résultat n°1. La crise sanitaire, un facteur aggravant des conditions de travail déjà difficiles.....	170
5.1.3 Résultat n°2. Les relations sociales au travail : tenir ensemble face à la crise .....	170
5.1.4 Résultat n°3. Les relations institutionnelles : entre contrôles et soutiens.....	171
5.1.5 Résultat n°4. Pour une prise en compte de la charge émotionnelle au travail : une contribution à la littérature sur l' <i>Emotional labour</i> .....	172
5.1.6 Résultat n°5. Une approche comparative des différents métiers des EHPAD .....	173
5.1.7 Résultat n°6. Appréhender la pénurie de main-d'œuvre avec la notion d' <i>espace des possibles</i> .....	173
5.1.8 Résultat n°7. Pourquoi continuer à travailler en EHPAD ? Des logiques différenciées selon les métiers.....	174
5.1.9 Résultat n°8. Des pistes d'approfondissement pour un nouveau projet sur l'attractivité des emplois en EHPAD .....	175
5.2. Perspectives en termes d'aide à la décision pour l'action publique .....	175
5.2.1 Des leviers pour briser le cercle vicieux entre conditions de travail dégradées et manque d'attractivité du secteur.....	176
5.2.2 Des pistes pour améliorer la prise en charge des soins en EHPAD .....	180
5.3 Stratégie de valorisation scientifique et de diffusion des résultats .....	182
5.3.1. Valorisation scientifique.....	182
5.3.2 Diffusion des résultats auprès des professionnels du secteur .....	182
Glossaire .....	184
Bibliographie .....	185

## Partie 1. Éléments introductifs

## 1.1 Contexte et objectifs

En 2020, l'épidémie de Covid-19 s'est propagée sur l'ensemble des territoires français. Cette situation de crise sanitaire est inédite à la fois par son ampleur et par sa temporalité. En France, les premiers foyers de contagion ont été observés dans certaines régions dès le mois de février 2020. Un confinement national a été imposé par le gouvernement pour contenir l'épidémie, d'abord entre le 17 mars et le 11 mai 2020, puis entre le 30 octobre et le 15 décembre 2020. La population des résidents en EHPAD étant particulièrement vulnérable aux épidémies, en raison de son avancée en âge et de la vie en communauté, ces établissements ont fait l'objet de mesures de restrictions spécifiques. Dès le 11 mars 2020, le ministre de la Santé a annoncé l'interdiction des visites et des sorties. Jusqu'au 14 juin et par la suite à chaque nouveau cas de contamination, les repas de chambre ont été instaurés et les animations ont été suspendues. Une partie des EHPAD a mis en place des zones d'isolement des résidents contaminés. Le port du masque s'est généralisé. En dépit de ces mesures restrictives, les Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ont été durement touchés : au cours de la première année, 75 % de ces établissements ont déclaré au moins un résident contaminé et 29 300 résidents sont décédés des suites du Covid-19 (Drees, 2021a). Le déploiement de la campagne de vaccination dans les EHPAD a pris de l'ampleur au cours du mois de janvier 2021 (Drees, Miron de l'Espinay et Pinel, 2021) ; les contaminations et surtout les décès ont ensuite diminué très significativement.

Le projet initial de notre recherche consistait à interroger l'impact de la crise sanitaire sur l'organisation et les conditions de travail, ainsi que la solidarité en EHPAD, en analysant les situations avant, pendant et après la pandémie de Covid-19. Les premières constatations de terrain nous ont conduites à élargir le sujet à la question de la gestion de la main-d'œuvre, ces deux dimensions s'avérant intimement liées. À ce jour, aucune donnée quantitative n'est disponible concernant les conditions de travail et la solidarité au travail en EHPAD. Cependant, la médiatisation autour des différentes affaires de maltraitance envers des résidents diffuse une image biaisée et peu valorisante de la vie et du travail en établissement. Il nous semblait donc important de réaliser une étude neutre, qui puisse mettre à distance

les préjugés tout en saisissant les différents aspects du travail des salariés au plus près de la réalité. S'appuyant sur un dispositif d'enquête d'ampleur, combinant des observations, la réalisation de 130 entretiens et l'analyse des données issues de 919 questionnaires, notre recherche vise à la fois à comprendre l'expérience vécue des professionnels des EHPAD, et à produire des données statistiques sur le travail en EHPAD (organisation, conditions de travail concrètes, satisfaction au travail, gestion de la main-d'œuvre, etc.). Faute d'avoir pu accéder aux EHPAD privés à but lucratif, le champ de recherche est restreint aux EHPAD publics (hospitaliers et non hospitaliers) et privés à but non lucratif.

## 1.2 Etat de l'art

En sociologie, la littérature sur l'organisation et les conditions de travail des soignants est abondante. La plupart de ces travaux se focalisent sur le secteur hospitalier et portent une sensibilité majeure à l'impact des évolutions organisationnelles connues par le secteur, ainsi qu'aux enjeux du métier et de la profession. A partir de l'exploitation des enquêtes Conditions de Travail, Samia Benallah et Jean-Paul Domin questionnent les conséquences des changements organisationnels sur le travail et la santé des personnels du secteur hospitalier depuis les années 1990. Ils constatent une augmentation des contraintes de rythme pour les professionnels du secteur entre 1998 et 2013 mais aussi une diminution de leur exposition à certaines contraintes physiques avec de fortes disparités selon le métier exercé (Benallah et Domin, 2017a). Certaines recherches, de nature plus qualitative, portent sur l'organisation du travail en lien avec les enjeux des métiers. Les tâches et les pratiques professionnelles des aides-soignants ont par exemple été largement décrites et analysées par Anne-Marie Arborio, notamment dans leurs relations avec le travail infirmier et autour de la discussion sur la délégation du « sale boulot » (Arborio, 2001). Julie Micheau et Eric Molière se sont quant à eux intéressés aux questions d'intensité et d'organisation des rythmes de travail chez les infirmières. L'approche qualitative mise en œuvre dans leur recherche restitue le point de vue subjectif des travailleuses et permet de rendre compte des pratiques de négociations en matière d'ajustements de temps de travail ou de contenu

de tâches (Micheau et Molière, 2014). Frédéric Mougeot interroge plus précisément le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique en le resituant dans le contexte de suppression de lits et de gestion des flux (Mougeot, 2019). Enfin, de rares travaux sociologiques s'intéressent à la gestion des mains d'œuvre et à la qualité de l'emploi dans le secteur hospitalier. C'est le cas de Sophie Divay qui a étudié le recours aux emplois précaires et ses effets sur l'organisation et les conditions de travail à l'hôpital (Divay, 2010).

Dans le champ de la sociologie du vieillissement, la majorité des travaux se centre sur l'organisation de la prise en charge de la vieillesse à domicile (Caradec, 2012 ; Trabut, Weber, Billaud, 2014 ; Giraud, Outin et Rist, 2019). Les travaux sur les EHPAD se sont avant tout penchés sur les conditions de vie des résidents et les expériences vécues des soignants (Mallon, 2004 ; Loffeier, 2015 ; Trépied, 2016). En comparaison avec la littérature sur le travail des soignants hospitaliers, peu de travaux scientifiques se sont intéressés au travail en EHPAD en France. Or, ces établissements présentent plusieurs particularités par rapport au secteur hospitalier : de taille beaucoup plus modeste que les hôpitaux, ils développent moins de division du travail horizontale et verticale, et fonctionnent grâce à des collectifs de travail plus restreints. Bien que certaines études aient analysé les conditions de travail dans ces établissements, elles adoptent pour la plupart une approche ethnographique se concentrant sur un ou deux établissements (Guérin, 2016), ou une approche par « métier » focalisée soit sur certains personnels soignants (Robelet, 2007 ; Aubry, 2010 ; Marquier *et al.*, 2016 ; Billaud et Xing, 2016), soit sur les directeurs (Sibille et Joël, 2016). On dispose de peu de savoirs cumulés à l'échelle « méso », d'une part sur les conditions de travail des différents groupes professionnels en interaction dans l'établissement (aides-soignants, médecins coordonnateurs, directeurs ou assimilés, personnel administratif, etc.), et d'autre part, sur les questions de gestion de la main-d'œuvre. Notre recherche contribue à renforcer ces connaissances mais aussi à interroger les conséquences à court et moyen de la crise sanitaire de Covid-19 sur ces deux dimensions.

### 1.3 Méthodologie

Articulant différentes méthodes d'enquête, le projet est composé de deux phases. La première correspond à une enquête qualitative (par observations et entretiens) entre juin 2021 et septembre 2022. La seconde s'appuie sur une enquête quantitative réalisée autour d'un questionnaire diffusé entre mai et septembre 2022.

#### 1.3.1 Phase 1 : une enquête qualitative d'ampleur dans 5 départements métropolitains et à l'échelle nationale (juin 2021 - septembre 2022)

Afin de mieux comprendre la gestion de la crise sanitaire en EHPAD et son impact sur les expériences vécues des travailleurs, 130 entretiens semi-directifs ont été réalisés en face-à-face par les membres de l'équipe dans 44 EHPAD de 5 départements français entre juin 2021 et juin 2022. 72 entretiens ont été conduits auprès d'encadrants (équipes de direction de sièges sociaux, directeurs d'établissement, médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs, psychologues) et 50 auprès des travailleurs de première et de seconde lignes (agents de service, aides-soignants, infirmiers, cuisiniers, techniciens, etc.). 8 représentants de fédérations nationales (fédération des EHPAD hospitaliers ; fédération des EHPAD privés ; fédération des infirmiers coordonnateurs, etc.) ont également été interviewés. La durée des entretiens varie de 1 à 7 heures avec une moyenne de 1h40.

L'enquête qualitative a d'abord été menée au sein d'un groupe mutualiste gérant 7 EHPAD en Ardèche pendant l'été 2021 auprès d'encadrants et de travailleurs en EHPAD. Elle s'est ensuite poursuivie entre février 2022 et août 2022 dans les départements du Nord, de Val-de-Marne, de la Vienne et de l'Isère, ainsi qu'auprès des fédérations et des syndicats à l'échelle nationale.

### *En Ardèche*

Tous les membres de l'équipe ont été mobilisés sur le terrain ardéchois. Le siège social d'un groupe mutualiste gérant sept EHPAD en Ardèche a été contacté en octobre 2020. L'accès aux terrains s'est effectué en juillet 2021. Plus de 50 entretiens ont été réalisés auprès d'encadrants (équipe de direction au siège, directeurs d'établissements, médecins coordonnateurs, infirmiers coordonnateurs, psychologues) et de travailleurs de première et de seconde ligne (agents de service, cuisiniers, aides-soignants, infirmiers) des sept EHPAD entre juillet et août 2021. Ce travail de terrain a permis de recueillir les discours des travailleurs sur leur expérience vécue pendant la crise sanitaire et sur leurs rapports au travail et de réaliser des observations directes du travail des aides-soignantes. Les éléments récoltés lors de cette phase d'enquête ont servi de base à l'élaboration des deux questionnaires cités plus haut.

### *Dans le Nord*

Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni ont enquêté dans le département du Nord. L'enquête de terrain a démarré début février 2022 et s'est achevée fin août 2022. Une demande d'entretien a d'abord été envoyée par mail à une cinquantaine de directeurs d'EHPAD ainsi qu'aux services concernés de l'ARS et du conseil départemental. L'appel a été relayé par la Fédération Hospitalière de France Hauts-de-France qui nous a ouvert plusieurs terrains dans des centres hospitaliers.

Sur l'ensemble de la période, plus de 60 entretiens ont été menés avec les encadrants et travailleurs de 22 EHPAD et associations gestionnaires (4 centres hospitaliers, 6 associations gérant de plus de 3 EHPAD, 5 EHPAD publics ou associatifs autonomes). Des interviews ont également été réalisées auprès de présidents de groupements d'établissements du département et de directeurs d'associations professionnelles ainsi qu'auprès de trois cadres du siège de l'ARS Hauts-de-France gérant le secteur médico-social.

### *Dans la Vienne*

Marion Plault et Jingyue Xing-Bongioanni ont enquêté dans la Vienne. L'enquête de terrain s'est déroulée entre avril et septembre 2022. Une demande d'entretien a été envoyée par mail à une soixantaine de directeurs d'EHPAD. Malgré les trois campagnes de relance ainsi que de nombreux appels téléphoniques, seuls 5 EHPAD, dont quatre publics et un associatif, ont répondu positivement. Une dizaine d'entretiens ont été réalisés auprès des encadrants (directeurs, infirmières coordinatrices, psychologues) et des travailleurs (infirmières, aides-soignantes).

### *En Val-de-Marne*

L'enquête dans le Val-de-Marne a été assurée par Jingyue Xing-Bongioanni. L'enquête qualitative a démarré mi-avril 2022 et s'est achevée fin août 2022. La demande d'entretien a été envoyée par mail à 20 EHPAD, associations gestionnaires et groupements d'EHPAD. Malgré une longue négociation avec les responsables d'une association gestionnaire et d'un groupement d'EHPAD publics, il n'a pas été possible de circuler sur le terrain au sein de ces deux groupes. Au final, l'enquête de terrain a été menée dans 8 EHPAD (dont 3 publics, 3 associatifs et 2 privés à but lucratif) avec la réalisation d'une quinzaine d'entretiens auprès des encadrants et des travailleurs. Grâce à l'appui de notre réseau personnel et l'aide d'une organisation syndicale, des entretiens ont également été menés auprès de travailleurs de deux EHPAD, sans passer par la direction.

### *En Isère*

Solène Billaud a réalisé l'enquête de terrain en Isère entre avril et septembre 2022. Une demande d'entretiens a été envoyée aux services concernés de l'ARS et du conseil départemental, ainsi qu'à des gestionnaires de plusieurs établissements et aux coordonnateurs de la Cellule de Crise Covid - Personnes Âgées, pilotée depuis la pandémie par le CHU Grenoble-Alpes et toujours active sous une autre forme. Les nombreux échanges de mail n'ont permis d'aboutir qu'à un nombre relativement limité d'interviews : 6 entretiens ont été réalisés avec un directeur et deux médecins coordonnateurs d'EHPAD



privés à but non lucratif, avec un responsable et une chargée de mission à la politique Autonomie du département, ainsi qu'avec un gériatre.

#### *A l'échelle nationale*

Parallèlement aux terrains départementaux, Jingyue Xing-Bongioanni a pris contact avec cinq fédérations nationales en lien avec les EHPAD (FHF, FNADEPA, Synerpa, FEHAP, FFIDEC) ainsi qu'avec plusieurs réseaux professionnels régionaux (deux observatoires de santé, deux associations départementales de directeurs d'EHPAD, etc.). Elle a réalisé une dizaine d'entretiens auprès des présidents et/ou des cadres des fédérations d'EHPAD afin de comprendre l'impact de la crise sanitaire sur les EHPAD ainsi que leurs positionnements et revendications sur certaines problématiques (la pénurie des personnels, les conditions de travail en EHPAD, etc.).

Les observations et les entretiens, souvent particulièrement riches, ont produit de nombreuses connaissances *ad hoc* et ont fourni des cadres pour l'analyse sociologique du travail en EHPAD face à la crise sanitaire. Ils ont également constitué une base solide pour l'enquête quantitative, en permettant notamment de formuler des hypothèses pertinentes et d'identifier les variables clés pour l'enquête questionnaire. De nombreux contacts avec les personnels des EHPAD ont également été établis pendant cette phase, ce qui a ensuite facilité la passation des questionnaires pour notre enquête quantitative.

#### 1.3.2 Phase 2 : une enquête quantitative par questionnaire (mars 2022 - février 2023)

La seconde phase de recherche consiste en une enquête par questionnaire<sup>1</sup>. Elle a pour objectif de quantifier l'impact de la crise sanitaire sur les conditions de travail et les expériences des travailleurs des EHPAD. Ce questionnaire auto-administré a été diffusé entre mai et septembre 2022. Afin de maximiser le taux de réponse, la passation a été effectuée à

---

<sup>1</sup> Les deux questionnaires sont fournis en annexes, voir pièce jointe n°4.

la fois en ligne et sous format papier, avec l'appui de plusieurs acteurs du secteur (fédérations et associations professionnelles, syndicats et anciens enquêtés). Le champ de l'enquête couvre l'ensemble des professionnels travaillant dans les EHPAD publics (hospitaliers ou non) et privés à but non lucratif en France métropolitaine. Le questionnaire se compose de 146 questions et 8 modules, dont l'un porte sur la gestion de la crise sanitaire (nombre de contaminations, évolution de la charge de travail, relation avec les familles, accès aux soins, etc.). Les autres modules interrogent l'organisation de travail et les conditions de travail, la satisfaction au travail, les caractéristiques de l'établissement, le parcours et le futur professionnel des travailleurs, ainsi que leurs caractéristiques individuelles. Les questions sont adaptées au type de population interrogée (travailleurs de première et seconde lignes « non-encadrants » et « encadrants ») : bien que présentant une base commune et une structure proche, elles sont sensiblement distinctes pour les deux populations (voir le tableau 1).

**Tableau 1. Structure des questionnaires « encadrants » et « non-encadrants ».**

Questionnaire « Encadrants »	Questionnaire « Non-encadrants »
11 pages ; composé de 8 sections	9 pages ; composé de 8 sections
1) Votre emploi actuel 2) À propos de vous 3) Caractéristiques de l'EHPAD 4) Les conditions de travail 5) La satisfaction au travail 6) La gestion de la crise sanitaire du Covid-19 Le Covid-19 dans votre établissement Focus sur la première année de l'épidémie L'accès aux soins pendant la crise sanitaire La gestion des relations avec les familles des résidents Les relations avec les autorités La gestion budgétaire 7) La gestion du personnel 8) Parcours et futur professionnels	1) Votre emploi actuel 2) À propos de vous 3) Caractéristiques de l'EHPAD 4) Les conditions de travail 5) Organisation du temps de travail 6) La satisfaction au travail 7) La gestion de la crise sanitaire du Covid-19 Le Covid-19 dans votre établissement Focus sur la première année de l'épidémie La gestion des relations avec les familles des résidents 8) Parcours et futur professionnels

Au total, 919 questionnaires ont été recueillis, dont 482 en papier et 437 en ligne, soit un nombre supérieur à notre objectif (> 500). Bien qu'elles ne soient pas complètement représentatives de l'ensemble des travailleurs en EHPAD en France, les données produites par notre recherche permettent d'avoir une bonne objectivation du travail en EHPAD.

**Tableau 2. Répartition des questionnaires remplis par population et par source**

	Travailleurs	Encadrants	Total
Papier	410	72	482
En ligne	297	140	437
Total	707	212	919

L'anonymat et la confidentialité des données recueillies dans le questionnaire ont été garantis, conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD). Les données sensibles, notamment en matière de santé, ont été exclues. Le questionnaire a par ailleurs fait l'objet d'une déclaration auprès de la Déléguée à la Protection des Données du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), compétent pour l'UMR Pacte, et a été certifié sous le numéro 2-22097.

#### **Encadré 1. Une source de données quantitatives inédite**

Cette enquête par questionnaire constitue, à notre connaissance, la seule source de données mobilisables sur l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur le travail en EHPAD en France. En effet, si l'enquête TraCov a bien été menée sur le vécu du travail et du chômage pendant la crise sanitaire par la Dares entre janvier et mars 2021 auprès d'un échantillon de grande ampleur (19 393 personnes âgées de 20 à 62 ans, résidant en France métropolitaine et ayant travaillé pendant la crise sanitaire), celle-ci n'interroge que 359 travailleurs du secteur « Hébergement Médico-social et social et social et action sociale sans hébergement » (RZ dans la NAF38). Ces derniers semblent avoir été sous-interrogés dans la mesure où ils représentent 1,9 % de la population de TraCov alors qu'ils constituent 7,4 % de la population en emploi en 2018<sup>2</sup> et il n'est pas possible de distinguer en leur sein les travailleurs des EHPAD de ceux relevant de l'action sociale. Or ces deux groupes ont potentiellement vécu très différemment la crise sanitaire liée [au](#) Covid : les premiers ont été heurtés de plein fouet par l'épidémie dans le cadre de leur travail alors que les seconds ont majoritairement vu leur activité baisser et leur

<sup>2</sup> Source : Enquête Emploi en Continu 2018 (Insee). Voir : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277675?sommaire=4318291>.

télétravail augmenter. De plus, l'exploitation de l'enquête TraCov suggère que les travailleurs des hébergements médico-sociaux ont eux-mêmes été sous-interrogés par rapport à ceux relevant de l'action sociale sans hébergement. Les spécificités des réponses des travailleurs du secteur médico-social ne sont en conséquence pas identifiables. Enfin l'enquête TraCov, dont l'objectif est de mesurer l'impact de la crise sanitaire sur les conditions de travail et la santé de l'ensemble des travailleurs français, ne propose pas de questionnement spécifiquement adapté au secteur des EHPAD.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'enquête TraCov n'est pas adaptée pour comprendre l'impact de la crise sanitaire sur les conditions de travail et le vécu des travailleurs des EHPAD. Bien que réalisée sur un échantillon de taille restreinte, notre enquête par questionnaire constitue donc une source de données inédites sur ce sujet.

### *Une conception collégiale du questionnaire*

Le questionnaire a été conçu entre début mars et fin avril 2022. Les membres de l'équipe de recherche se sont régulièrement rencontrés lors de réunions de travail pendant cette phase afin de déterminer les thèmes, d'organiser la structure du questionnaire et de formuler les questions.

Une première version a fait l'objet de discussions avec un comité scientifique composé de sept chercheurs travaillant sur des thématiques proches (Anne-Marie Arborio, Sophie Divay, Lucie Girard, Simon Heichette, Hervé Hudebine, Marcel Jaeger et Roland Janvier). Le questionnaire a également été relu et commenté par des acteurs de terrain, professionnels des EHPAD et plus généralement du domaine de la santé. Quatre directeurs d'EHPAD et une présidente de fédération nationale (FFIDEC) ont ainsi participé à l'élaboration du questionnaire. Il a ensuite fait l'objet d'une phase de test auprès de 30 personnes : 25 étudiants (en formation initiale ou formation continue) de Master 1 et Master 2 Sciences sociales, parcours « Vieillesse, Handicap, Santé, Sociétés » de l'Université Grenoble-Alpes, dans le cadre d'un cours d'enquête quantitative donné par Solène Billaud ; et cinq anciens enquêtés de Jingyue Xing-Bongioanni (dont un directeur, trois aides-soignantes et un agent de service).

### *La collecte des données : la passation des questionnaires*

La diffusion des questionnaires s'est déroulée de début mai à fin août 2022. Les questionnaires version papier ont été diffusés dans les 5 départements où a été réalisée l'enquête qualitative (Ardèche, Nord, Vienne, Val-de-Marne et Isère)<sup>3</sup>. Le protocole d'enquête est le suivant : après une phase de négociation avec la direction d'un EHPAD afin d'obtenir leur accord pour enquêter dans leur établissement, un déplacement est organisé dans l'établissement concerné. La ou les enquêtrices (deux maximum) assistent alors à une réunion de transmission entre l'équipe des travailleurs du matin et celle de l'après-midi. A cette occasion, elles présentent l'enjeu de l'enquête CollSol-EHPAD et diffusent les questionnaires. Dans certains cas, ces derniers sont renseignés lors d'une session collective. Dans les autres cas, les enquêtés déposent leur questionnaire rempli dans une urne disposée au niveau de l'accueil de l'EHPAD pour une durée d'environ deux semaines. Les questionnaires sont alors récupérés directement par une enquêtrice ou renvoyés par voie postale par l'établissement.

**Tableau 3. Passation des questionnaires papier sur les différents terrains d'enquête**

Département	EHPAD participant à l'enquête	Période de passation du questionnaire
Ardèche	7 EHPAD privés à but non lucratif	En juin 2022
Isère	5 EHPAD (dont 4 publics et 1 privé à but non lucratif)	Entre juin et fin août 2022
Nord	19 EHPAD (dont 7 publics et 12 privés à but non lucratif)	Entre début mai 2022 et la mi-août 2022
Pas-de-Calais	2 EHPAD (dont 1 public et 1 privé à but non lucratif)	En août 2022
Val-de-Marne	3 EHPAD (dont 1 public et 2 privés à but non lucratif)	Entre mai et début juillet 2022
Vienne	5 EHPAD (dont 4 publics, 1 privés à but non lucratif)	Entre juin et début juillet 2022

Le questionnaire a également été mis en ligne sur LimeSurvey<sup>4</sup>. Afin d'assurer une diffusion large du questionnaire, l'équipe s'est appuyée sur un réseau de partenaires qui l'a relayé. Ces partenaires sont les suivants : cinq fédérations (FHF, FEHAP, Synerpa, FNADEPA, FFIDEC), deux agences régionales de santé (ARS), deux observatoires de santé, deux URIOPSS, deux

---

<sup>3</sup> Des questionnaires papier ont également été distribués dans certains EHPAD du Pas-de-Calais, département qui n'a pas été investigué au niveau qualitatif.

<sup>4</sup> Le questionnaire en ligne et les données sont hébergés de façon sécurisée sur le serveur SCREEN de la MSH Alpes, que nous remercions.

associations départementales de directeurs d'EHPAD et deux organisations syndicales (CGT et CFDT).

#### *La saisie et l'analyse des données quantitatives*

La saisie des questionnaires papier a été effectuée par nos soins au fil de l'eau dans un fichier Excel, de mai à septembre 2022. Des réunions d'harmonisation ont régulièrement été programmées afin d'établir collectivement les règles de saisie. Un dictionnaire des codes a été rédigé. Les traitements ont été effectués par trois membres de l'équipe (Marion Plault, Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni) à l'aide du logiciel RStudio.

### 1.4 Présentation de la population enquêtée

Bien que l'échantillon de notre enquête soit relativement restreint, il présente des caractéristiques proches de la population de l'enquête EHPA<sup>5</sup> (enquête de référence sur le secteur des EHPAD) : notre enquête par questionnaire apparaît donc comme une source de données fiables et inédites sur le travail en EHPAD pendant et après la crise sanitaire de Covid-19 (1.4.1). L'enquête de terrain réalisée nous a en outre permis de distinguer deux populations de travailleurs en EHPAD ayant des caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles très différentes (celle travaillant en région parisienne et celle travaillant en province) et ne partageant pas les mêmes rapports au travail (1.4.2). Notre enquête produit enfin des données concernant les taux de contamination au Covid-19 des résidents au cours de l'année 2020 : ces éléments descriptifs sont présentés dans la partie 1.4.3.

---

<sup>5</sup> Les données de l'enquête EHPA ont été mises à disposition par le réseau Quételet, réseau français des centres de données pour les sciences sociales.

#### 1.4.1 Une population aux caractéristiques proches de celles d'EHPA

L'enquête EHPA (Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées) permet de contrôler la structure de notre échantillon. Exhaustive sur son champ et pilotée par la Drees, elle est réalisée auprès des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées. La liste des établissements à enquêter est obtenue à partir du Fichier National des Établissements Sanitaire et Sociaux (FINESS). Son champ couvre l'ensemble des EHPAD, ainsi que d'autres catégories de structures pour personnes âgées (les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées ; les Résidences Autonomie ; les Établissements de Soins de Longue Durée ; etc.). La population des répondants au questionnaire CollSol-EHPAD est ici comparée à celle des professionnels des EHPAD de l'édition 2019, avec quelques éléments provenant d'EHPA 2015.

La population enquêtée est majoritairement féminine (86 % de femmes). L'âge moyen de l'échantillon est de 42,6 ans ; l'âge médian se situe à 43 ans. La structure de notre échantillon et celle d'EHPA sont similaires au niveau du sexe et de l'âge.

La structure par statut juridique est également comparable à celle d'EHPA. Les travailleurs des EHPAD hospitaliers forment 52 % de notre échantillon, ceux du privé à but non lucratif 35 % et ceux du public non hospitalier 13 %. La majorité des enquêtés sont également employés dans un EHPAD appartenant à un groupe (62 %).

La répartition par capacité d'accueil de l'établissement est assez proche de celle d'EHPA : 18 % des répondants au questionnaire travaillent dans un établissement de moins de 60 lits, 44 % dans un EHPAD comptant entre 60 et 89 lits et 38 % dans un établissements de 90 lits ou plus.

En revanche, la répartition par métier des répondants à l'enquête diffère de celle d'EHPA 2019 : les soignants sont surreprésentés dans l'échantillon, tout comme les encadrants, tandis que les agents de première ligne hors soin y sont sous-représentés. Les travailleurs de première ligne (au contact direct des résidents) forment la majorité de nos enquêtés : les soignants représentent à eux-seuls 65 % de l'échantillon contre 50 % dans l'enquête EHPA.

De même, les travailleurs stables sont légèrement surreprésentés au sein de notre échantillon : 41 % d'entre eux sont en CDI (contre 35 % dans EHPA 2019), 18 % en CDD ou en intérim (vs 22 %) ; la proportion de fonctionnaires est cependant proche de celle de l'enquête EHPA (40 % vs 43 %).

Enfin, et en dépit de la diffusion du questionnaire au sein d'établissements franciliens, les répondants travaillant en Ile-de-France souffrent d'une sous-représentation (4 % contre 8 % dans l'enquête EHPA).

**Tableau 4. Caractéristiques de l'échantillon CollSol-EHPAD comparées à l'enquête EHPA**

		Echantillon CollSol-EHPAD *		EHPA 2019** <sup>6</sup>
		n	%	%
<b>Sexe</b>	Femme	782	86 %	88 %
	Homme	123	14 %	12 %
	<i>Non réponse</i>	14		
<b>Age</b>	Moyen	42.6		41.7
	Médian	43		43
<b>Métier</b>	Soignants	590	65 %	50 %
	Encadrants	114	13 %	4 %
	Agents de 1 <sup>ère</sup> ligne hors soin	102	11 %	35 %
	Personnel administratif	40	4 %	5 %
	Autres	64	7 %	7 %
	<i>Non réponse</i>	9		
<b>Type de contrat de travail</b>	Fonctionnaire	368	40 %	43 %
	Contrat à durée Indéterminée (CDI)	377	41 %	35 %
	Contrat à durée Déterminée (CDD) ou contrat intérimaire	163	18 %	22 %
	<i>Non réponse</i>	11		
<b>Statut juridique de l'établissement</b>	Public	558	65 %	66 %
	Privé à but non lucratif	295	35 %	34 %
	<i>Non réponse</i>	66		
<b>Nombre de lits dans l'établissement</b>	Moins de 60 lits	155	18 %	22 %
	Entre 60 et 89 lits	365	44 %	47 %
	90 lits ou plus	319	38 %	31 %
	<i>Non réponse</i>	80		
<b>Région d'implantation de l'établissement</b>	Ile-de-France	39	4 %	8 %
	Hors Ile-de-France	880	96 %	92 %

*Champ : travailleurs d'EHPAD publics ou privés à but non lucratif français. \* Source : enquête CollSol-EHPAD (n = 919). \*\* Sources : enquête EHPA 2019 ; enquête EHPAD 2015 pour l'âge et le métier. Lecture : 782 répondants à l'enquête CollSol-EHPAD sont des femmes. Les femmes représentent 86 % de l'échantillon CollSol-EHPAD et 88 % de celui de l'enquête EHPA 2019.*

<sup>6</sup> L'enquête EHPA exclut de son champ : le personnel en congé ou en disponibilité depuis au moins 6 mois à la date du 31/12 de l'année d'enquête ; le personnel remplaçant les titulaires en congé ou en disponibilité depuis moins de 6 mois à la date du 31/12 de l'année d'enquête ; les intervenants exerçant une activité libérale dans l'établissement ; le personnel des sociétés de sous-traitance ; les bénévoles ; les stagiaires (sauf les stagiaires fonctionnaires).



#### 1.4.2 Deux populations d'enquêtés

L'enquête de terrain réalisée dans les 5 départements métropolitains choisis nous a permis de distinguer deux populations de travailleurs en EHPAD ayant des caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles très différentes : celle travaillant en région parisienne et celle travaillant en province.

Les travailleuses de première ligne des EHPAD de la région parisienne se caractérisent par leur origine ethnique. Par exemple, dans les 3 EHPAD associatifs enquêtés dans le Val-de-Marne, plus de 90 % des soignantes et des agentes sont d'origine africaine, et plus de 50 % sont arrivées en France après l'année 2000. Ces femmes sont relativement âgées (toutes ont un âge supérieur à 35 ans), avec plusieurs enfants à charge et cherchent à tout prix à obtenir un contrat en CDI. Parmi elles, entre 30 % et 50 % étaient en multi-activité, c'est-à-dire qu'elles cumulent en général un emploi à temps plein en CDI et des vacations dans des EHPAD privés à but lucratif pendant leur temps de repos. Notre enquête suggère qu'elles n'entretiennent que peu de relations avec leurs collègues en dehors du travail.

La proportion de personnes immigrées est nettement plus faible au sein des travailleurs de première ligne des EHPAD des 4 départements provinciaux étudiés (Ardèche, Isère, Nord et Vienne). Ces travailleuses (plus de 90 % sont des femmes) sont généralement issues des milieux populaires ou des petites classes moyennes et ont souvent un ou des membre(s) de leur famille exerçant dans les métiers du soin ou du service à la personne. Les femmes rencontrées lors de l'enquête de terrain travaillaient comme titulaires ou intérimaires à temps plein, ou comme remplaçantes dans plusieurs établissements. Contrairement aux enquêtées de la région parisienne, elles étaient rarement en situation de multi-activité et entretenaient par ailleurs beaucoup plus de relations avec leurs collègues en dehors du travail.

L'enquête qualitative suggère que ces deux populations n'ont pas les mêmes rapports au travail : les travailleuses franciliennes ont des rapports plus matériels ou utilitaires au travail que les travailleuses exerçant en province dont les rapports sont plus marqués par la sociabilité au et par le travail. Les femmes d'origine étrangère, qui forment une main-d'œuvre spécifique à l'Ile-de-France, sont néanmoins peu présentes dans notre enquête

quantitative<sup>7</sup> : nous ne pouvons donc pas confirmer cette hypothèse de travail dans notre analyse quantitative.

#### 1.4.3 Des taux de contamination au Covid-19 variables selon les établissements

L'épidémie de Covid-19 n'a pas touché tous les EHPAD avec la même intensité. Durant l'année 2020 et le début d'année 2021, certains établissements ont été sévèrement exposés au virus : il y a ainsi eu plus de 50 cas positifs voire 100 % des résidents contaminés et plus de 30 décès dans certains EHPAD enquêtés, alors que d'autres établissements, sur un même territoire et à la même période, n'ont connu aucun cas. Dans notre échantillon, un ou plusieurs clusters se sont déclarés depuis mars 2020 dans la quasi-totalité des EHPAD au sein desquels travaillent les répondants (95 %). Mais l'ampleur de l'épidémie varie considérablement selon les établissements<sup>8</sup> : 21 % des répondants qui ont travaillé dans un EHPAD touché par l'épidémie déclarent un taux de contamination des résidents supérieur à 80 %, 30 % un taux de contamination compris entre 50 et 80 %, 25 % un taux compris entre 30 % et moins de 50 % et 16 % un taux de moins de 30 %.<sup>9</sup> Les taux de contamination déclarés par les répondants d'Ile-de-France sont significativement inférieurs à ceux déclarés par les répondants des autres régions.

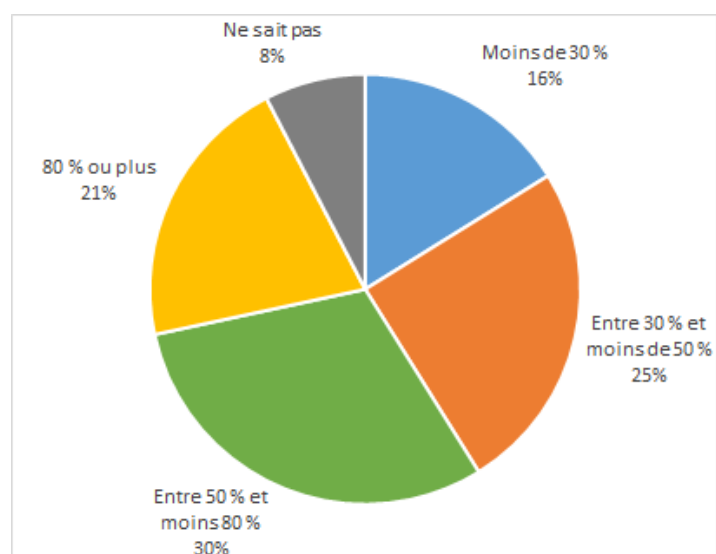
---

<sup>7</sup> Ce constat laisse supposer un effet d'évitement de leur part, qui s'explique certainement par une moindre maîtrise du français.

<sup>8</sup> Pour des études abordant les facteurs impactant la propagation du virus au sein des EHPAD, voir Drees, 2021a.

<sup>9</sup> 8 % des répondants ne savent pas évaluer le taux de contamination.

**Graphique 1. Taux de contamination maximum dans l'établissement employeur**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD touché par l'épidémie de Covid-19 en 2020, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 16 % des répondants déclarent que l'épidémie de Covid-19 a touché moins de 30 % des résidents de leur établissement.

## Partie 2. L'impact de la crise sanitaire sur les conditions de travail et le vécu des travailleurs des EHPAD

Dans le contexte particulier de cette crise hors-norme, il convient de s'interroger sur les impacts de l'épidémie de Covid-19 à la fois sur les conditions matérielles de travail, sur les relations de travail et institutionnelles mais aussi sur le vécu des travailleurs des EHPAD. Le croisement de monographies contextualisées et de données statistiques permettent de mieux comprendre que les difficultés structurelles auxquelles les EHPAD sont exposés depuis de nombreuses années (forte augmentation de la charge de travail, manque de professionnels et difficultés de recrutement) (Iborra et Fiat, 2018) ont été nettement aggravées par l'épidémie (Nirello et Delouette, 2020). Les résultats font part d'une dégradation généralisée des conditions de travail dans un contexte d'accroissement de la charge de travail et de pénurie de personnel. Cet accroissement a déjà été constaté par la littérature préalablement à la crise sanitaire (Marquier *et al.*, 2016). Cette dernière a donc accentué un phénomène déjà existant mais les effets imputables à l'épidémie se font encore sentir au moment de l'enquête (2.1).

En raison du nombre très important de résidents décédés pendant l'épidémie de Covid-19, les EHPAD ont été au centre de l'attention des médias. Différents reportages, relevant le manque de personnel, de matériel dont ils souffrent, ont mis en avant l'enjeu de la mobilisation du personnel et de la solidarité au travail dans la lutte contre la pandémie. Le risque est grand cependant d'essentialiser cette mobilisation, en attribuant son mérite uniquement aux circonstances exceptionnelles de l'épidémie, ou à des qualités morales intangibles portées par les professionnels, voire à des prédispositions féminines au soin et au souci des autres, supposées naturelles. Au contraire, la mobilisation du personnel est une dynamique sociale variable. Elle peut se définir comme un effort collectif déployé pour un objectif commun, tantôt à l'initiative des dirigeants, tantôt à l'initiative de la base, tantôt de façon consensuelle, tantôt dans une trame contestataire (Sainsaulieu, 2012 ; Longchamp *et al.*, 2018). Dans les EHPAD, bien que l'univers de travail soit formellement organisé, des formes d'entraide informelle parcourent la vie professionnelle ordinaire du personnel (Billaud et Xing, 2016), de manière encore accentuée par le contexte de restriction budgétaire (Pierru, 2007 ; Xing, 2018). A ce titre, notre recherche met à jour un rebond de la solidarité au travail au plus fort des épisodes épidémiques qui ne semble néanmoins pas avoir été pérenne (2.2).

Par ailleurs, n'étant pas des lieux de soins, les EHPAD s'appuient sur de nombreux acteurs de l'organisation de santé extérieurs pour assurer les soins des résidents et s'inscrivent au sein d'un réseau territorial de santé (Bloch et Hénaut, 2014). Notre recherche invite à appréhender la question de l'impact de la crise sanitaire au regard des régulations des pouvoirs publics et des contraintes locales spécifiques. Elle met en évidence les conséquences du manque de coordination entre les EHPAD et, d'une part, les services de santé (hôpitaux, médecine de ville) et, d'autre part, les autorités publiques (2.3).

Enfin, notre recherche montre que la crise a constitué une épreuve psychologique pour de nombreux professionnels des EHPAD. Alors que les rares travaux sociologiques sur ce sujet adoptent une approche qualitative, nous avons pris le parti d'aborder la question de la charge émotionnelle en adoptant une approche quantitative permettant d'en identifier les déterminants (2.4). Cette approche nous a conduites à mettre à jour trois facteurs originaux de l'intensité de la charge émotionnelle : celle-ci varie en effet selon l'ampleur de l'épidémie dans l'établissement, selon sa gestion interne et selon l'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires.

## 2.1 Une dégradation des conditions matérielles de travail dans un secteur déjà sous tension

Le travail en EHPAD, et plus particulièrement celui des soignants, se caractérise par une importante pénibilité à la fois physique et psychique. Ainsi que le notent Marquier *et al.* (2016) « le travail soignant en EHPAD est caractérisé par de nombreuses contraintes d'ordre physique, parmi lesquelles la station debout prolongée, la manutention de personnes, les mouvements répétitifs, les déplacements, les postures inconfortables, etc. » (*ibid*, p. 19) mais aussi par « une charge mentale prononcée et protéiforme » (*ibid*, p. 20) qui engendre de nombreuses situations de stress. Cette pénibilité tend à s'accroître du fait de la

dégradation de l'état de santé des résidents à leur entrée dans l'établissement et de l'accroissement des attentes et exigences des résidents et de leur famille (Quéméner *et al.*, 2023). Ce mouvement s'inscrit dans le cadre plus général d'intensification du travail soignant déjà constaté dans le milieu hospitalier (Benallah et Domin, 2017a et 2017b ; Mougeot, 2019).

Quels ont été les impacts de la crise sanitaire sur les conditions de travail et les formes de solidarité professionnelle en EHPAD ? Notre recherche montre que la crise sanitaire a touché de plein fouet un secteur des EHPAD déjà sous tension : de nombreux travailleurs ont subi une augmentation de la charge de travail dans un contexte de pénurie récurrente de personnel aggravée par l'épidémie (2.1.1). On assiste également à une dégradation des conditions de travail pendant la phase aiguë de la crise (2.1.2) qui est encore perceptible au moment de l'enquête (2.1.3).

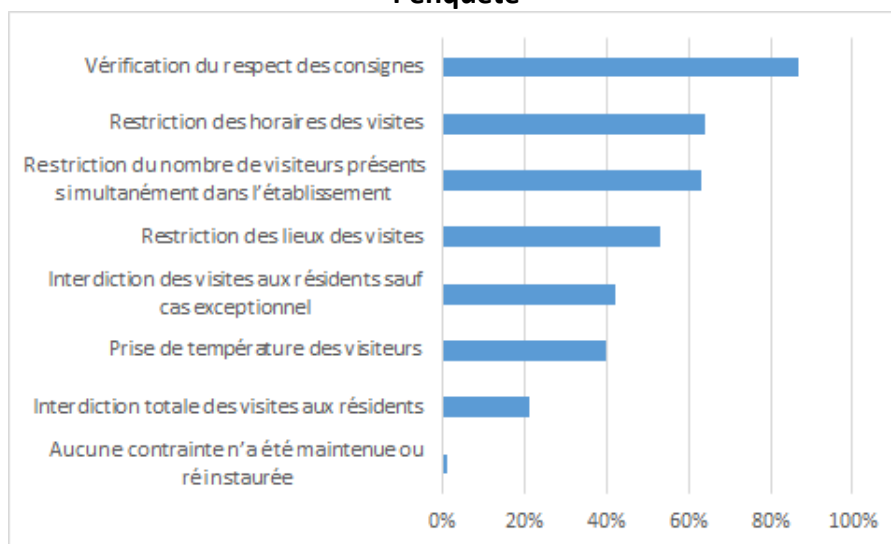
#### 2.1.1 De nouvelles tâches et une charge de travail accrue pendant la phase aiguë de la crise

Avec un faible taux d'encadrement (2,3 aides-soignants en Équivalent Temps Plein - ETP - pour 10 résidents en 2019 selon les chiffres de l'enquête EHPA), les conditions d'exercice du travail sont déjà souvent pénibles pour les professionnels des EHPAD hors période de crise (Marquier *et al.*, 2016). Notre enquête montre que l'épidémie de Covid-19 a intensifié certaines charges de travail et en a entraîné de nouvelles : les agents de service ont dû faire face au renforcement du nettoyage et de la désinfection des locaux ; les aides-soignants ont été sur-sollicités par la prise de repas en chambre ; les infirmiers ont organisé les campagnes de tests puis les campagnes vaccinales mais ont dû aussi participer, avec les médecins, à la surveillance médicale des personnes contaminées ; le personnel administratif a souvent été chargé de gérer les relations avec les familles des résidents ; les directeurs ont dû quant à eux gérer les relations avec les autorités (et en particulier les remontées administratives) et organiser des cellules de crise régulières ainsi que, le cas échéant, la sectorisation des patients atteints du Covid-19. A ce titre, la nature des bâtiments semble avoir largement impacté les conditions de travail : des bâtiments peu adaptés (par exemple sans possibilité de dédier un étage aux résidents contaminés, des couloirs étroits ou encore des ascenseurs)

ont eu un effet négatif sur la facilité d'adaptation des professionnels et, *in fine*, sur leur charge de travail<sup>10</sup>.

De nouvelles tâches ont également été introduites par les mesures restrictives liées à la gestion de l'épidémie Covid-19 pendant la phase aiguë de la crise. Notre questionnaire permet de les détailler : interdiction partielle ou totale des visites, restriction de leurs horaires et lieux, restriction du nombre de visiteurs et prise de leur température ou encore vérification du respect des consignes sanitaires (port du masque, désinfection des mains). L'enquête montre que ces mesures, appliquées massivement, ont souvent été maintenues ou restaurées entre juin 2020 et la date de l'enquête. C'est le cas de la vérification du respect des consignes sanitaires auprès des familles des résidents pour 87 % des enquêtés, de la restriction des horaires de visite (64 %), de la restriction du nombre de visiteurs présents simultanément dans l'établissement (63 %), de la restriction des lieux des visites (53 %), de l'interdiction des visites aux résidents sauf cas exceptionnel (42 %), de la prise de température des visiteurs (40 %), et, plus rarement, de l'interdiction totale des visites aux résidents (21 %).

**Graphique 2. Contraintes maintenues ou ré-instaurées entre juin 2020 et la date de l'enquête**



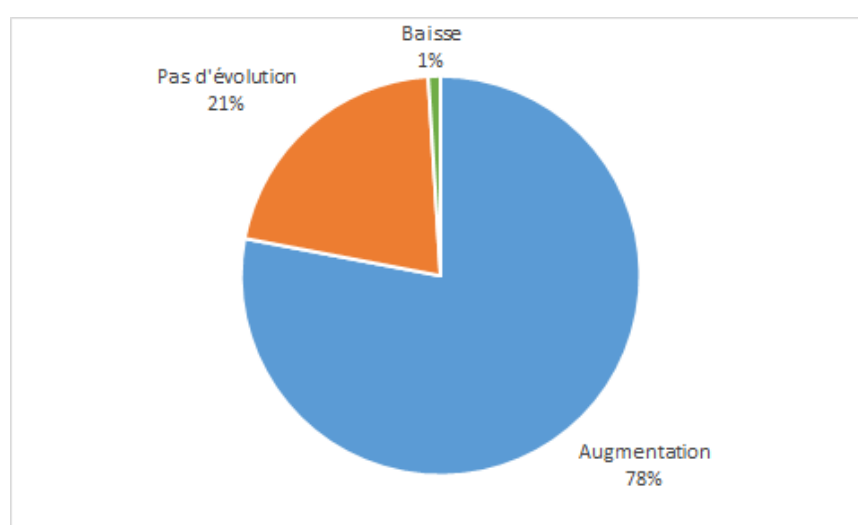
Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD en 2020, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 87 % des répondants déclarent que leur établissement a maintenu ou restauré la vérification du respect des consignes sanitaires entre juin 2020 et la date de l'enquête.

<sup>10</sup> En 2016, Rémy Marquier *et al.* avaient déjà établi le constat selon lequel l'architecture des bâtiments avait un impact sur la pénibilité physique des soignants d'EHPAD.



Le maintien ou la restauration de ces mesures a généré une augmentation de la charge de travail en 2020 pour 78 % des enquêtés. Seuls 21 % d'entre eux estiment que ces mesures n'ont pas eu de conséquence en termes de volume de charge de travail (pour le 1 % restant, ces restrictions auraient même entraîné une baisse de leur charge de travail). Ces réponses ne varient pas de manière statistiquement significative selon le statut juridique de l'EHPAD employeur ou le taux de contamination des résidents, traduisant un effet massif commun à l'ensemble du secteur.

**Graphique 3. Impact des restrictions liées à l'épidémie de Covid-19 sur la charge de travail en 2020**



*Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD en 2020, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 78 % des répondants déclarent que les restrictions liées à l'épidémie de Covid-19 ont entraîné une augmentation de leur charge de travail sur l'année 2020.*

Notre enquête met en lumière un autre facteur qui a également joué sur la surcharge de travail : la baisse du nombre de travailleurs présents dans les EHPAD. En effet, la pénurie structurelle de personnel à laquelle est confrontée le secteur<sup>11</sup> s'est souvent nettement aggravée pendant la crise sanitaire, contraignant les EHPAD à fonctionner sur un mode dégradé. En effet, au cours de l'année 2020, 30 % des répondants au questionnaire ont déposé un arrêt maladie lié au travail supérieur à 5 jours (les données ne permettent pas de savoir si une contamination au Covid-19 est la cause de cet arrêt). Or, faute de remplaçants

---

<sup>11</sup> Une analyse plus complète sur l'emploi en EHPAD pendant la crise sanitaire est détaillée dans la partie 3.

disponibles, ces absences n'ont souvent pas été comblées. Seuls 29 % des directeurs et assimilés déclarent que les absences des travailleurs de première ligne ont été remplacées en totalité au cours du mois précédant l'enquête, 67 % qu'elles ont été remplacées seulement en partie. La perception de ces remplacements par les travailleurs non-cadres est un peu différente : seuls 15 % de ceux qui ont déclaré l'absence d'un ou de plusieurs membres de leur équipe la semaine précédant l'enquête affirment qu'elles ont été remplacées en totalité, 52 % qu'elles ont été remplacées en partie et 33 % qu'elles n'ont pas été remplacées.

Notons pour finir que la baisse du taux de remplissage lié à l'arrêt des nouvelles admissions (et aux décès massifs dans certains EHPAD) et, plus marginalement, à la politique du « quoi qu'il en coûte » qui a introduit un relâchement des contraintes financières de la part de l'ARS a pu engendrer une légère baisse de charge de travail et, *in fine*, contrebalancer la dégradation des conditions de travail dans quelques établissements.

#### 2.1.2 « On doit faire avec » : les travailleurs face à la dégradation des conditions matérielles de travail

C'est donc dans un environnement déjà tendu par des conditions de travail difficiles et par une pénurie récurrente de main-d'œuvre que la crise sanitaire s'est développée dans les EHPAD. Les professionnels du secteur ont en conséquence dû faire face à une dégradation de leurs conditions matérielles de travail. Chez les travailleurs en contact direct avec les résidents, elle s'est principalement traduite par une intensification du travail. Pour les encadrants, elle a surtout consisté en une augmentation du volume du travail - et plus particulièrement des tâches administratives - et en une désorganisation de celui-ci.

Les frontières entre différents groupes professionnels étaient déjà floues dans le sanitaire et médico-social (Arborio, 2001) et la crise sanitaire a accentué cette tendance. Chez les travailleurs de première ligne, l'épidémie n'a pas engendré une nouvelle division du travail formelle entre collègues dans la plupart des EHPAD enquêtés, mais elle a introduit à la marge des ajustements de trois natures différentes.

D'abord, dans tous les EHPAD enquêtés, un mode de fonctionnement « dégradé » a été déclenché en cas de manque d'effectifs : des micro-ajustements quotidiens sur le volume du travail ont ainsi été souvent effectués. De nombreux travailleurs de première ligne ont ainsi été contraints de remplacer un collègue à la dernière minute : c'est le cas de 72 % des infirmiers et des infirmiers coordinateurs, de 68 % des aides-soignants et de 60 % des agents de service. Les collègues présents se sont répartis les tâches normalement assurées par les travailleurs absents. Par exemple, lors d'une observation effectuée par l'équipe de recherche, les absences de certains soignants ont contraint les auxiliaires de vie à se répartir les étages habituellement assurés par leurs collègues absents :

*« Et ouais parce qu'il y avait pas mal de personnes qui étaient cas-contact ou qui avaient le Covid, des personnes soignantes et du coup... il fallait des personnes pour remplacer, donc voilà on se répartissait aussi les étages. »* (Sarah, agent de service « faisant-fonction » d'aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

En l'absence de remplaçants, les travailleurs ont pu parfois augmenter leur temps de travail ou procéder à des arrangements sur leur planning (annuler ses congés, ou encore travailler quelques nuits) afin de réaliser les tâches impératives :

*« Et après on a refait [le planning] avec des intérimaires qu'on arrivait à trouver de temps en temps et... et [collègue infirmière] et moi qui enchaînions des 10 heures et des choses comme ça dans la semaine, pour avoir une équipe qui tourne au complet. [...] Mais ouais dans ces moments-là, la première vague, on devait être à 50 heures par semaine. »* (Benoît, infirmier diplômé d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

*« Et sur le premier confinement, en fait on a toutes annulé nos vacances, on les a reportées et celles qui étaient à mi-temps ont rallongé leur temps et en fait... on avait un planning et on pouvait se rajouter si on avait envie d'être appelé sur nos repos ou sur nos week-ends de repos. Et ça a fonctionné comme ça pendant tout le premier confinement. [...] Moi j'ai fait une nuit par exemple, parce qu'il manquait quelqu'un j'ai fait une nuit. »* (Laure, aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

Ensuite, en cas de manque de soignants, les travailleurs ont réalisé des actes n'appartenant pas habituellement à leur faisceau de tâches. En cas d'absence d'infirmier, ce sont les aides-soignantes qui ont assuré la prise de température ou la réalisation de pansements ; une directrice d'établissement a également rapporté avoir assuré la distribution de médicaments ; des agents de service ont quant à eux été sollicités pour aider à la prise de repas. Ces micro-ajustements ont donc modifié la nature du travail effectué par certains professionnels.

*« Après c'était plus compliqué, le matin il fallait qu'on prenne deux prises de température, deux [prises de] tension... Il fallait qu'on passe toutes les trois heures pour contrôler la température et mettre des dolipranes. [...] On prenait les températures, les tensions et on faisait les saturations. Et nous on le faisait et les infirmiers le faisaient quand ils passaient aussi. »* (Sarah, agent de service « faisant-fonction » d'aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

Enfin, pour répondre à ces contraintes, les soignants ont été contraints d'adopter des stratégies de « hiérarchisation des tâches » (Billaud et Xing, 2016) : les tâches jugées « non vitales » ont été abrégées voire supprimées (par exemple, les activités d'animation, les sorties en ville, la douche complète des résidents, etc.), comme en témoigne Sarah, agent de service « faisant-fonction » d'aide-soignante :

*« On faisait les tâches quotidiennes comme on pouvait. [...] On fait une petite toilette [aux résidents décédés]. Par exemple la bouche et le bas quoi. Et puis on l'habille... on essaie de l'habiller correctement mais c'est vrai que pendant le Covid on faisait pas de toilettes, on les habillait pas, ils étaient décédés... on changeait juste la protection si besoin. »* (Sarah, agent de service « faisant-fonction » d'aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

Les encadrants ont quant à eux subi une augmentation de leur volume horaire et une désorganisation de leur travail quotidien pour faire face aux urgences. Ils ont effectivement dû réaliser des tâches de *reporting* auprès des autorités. Ils ont également régulièrement communiqué avec les familles pour leur donner des nouvelles de leurs proches résidents, les

informer de l'évolution de la situation ou encore détailler les mesures appliquées aux EHPAD, etc.

*« Globalement on a informé vraiment très très régulièrement par mail les familles. Je faisais jamais avant de communication groupée comme ça par mail. J'envoyais des courriers mais là envoyer des courriers c'était pas possible, donc je faisais des mails réguliers en donnant un état sanitaire mais aussi quelles étaient les injonctions de l'ARS puisque... vous pouviez entendre plein de choses au niveau des médias, qui n'étaient en fait pas forcément vraies, pas forcément justes. »* (Joséphine, directrice d'un établissement public non hospitalier).

Ainsi, la part d'enquêtés ayant été amenés à augmenter leur temps de travail sans être rémunéré est plus importante chez le personnel encadrant (57 % contre 32 % pour les non-cadres) : elle atteint 66 % chez les directeurs et assimilés, 54 % parmi les paramédicaux et 49 % au sein des infirmiers coordinateurs. 69 % des encadrants d'EHPAD répondant à l'enquête ont par ailleurs été contraints d'abrégé ou de reporter certaines tâches au cours de l'année 2020. Or cette proportion varie de manière statistiquement significative selon le métier : elle est beaucoup plus importante parmi les médecins (93 %), les directeurs et assimilés (85 %) et les infirmiers coordinateurs (84 %), que chez les aides-soignants (61 %). De même, les infirmiers et les directeurs et assimilés ont été beaucoup plus contraints que les autres corps de métiers d'annuler ou reporter des congés (respectivement 45 % et 43 % d'entre eux contre 28 % en moyenne). Enfin, si les infirmiers (79 %) et les aides-soignants (53 %) ont souvent été amenés à effectuer des heures supplémentaires rémunérées ou récupérables, c'est parmi les directeurs et assimilés (qui ont le statut de cadre) que la part de personnes ayant effectué des heures supplémentaires non rémunérées est la plus forte (66 %).

**Tableau 5. Proportions d'enquêtés affirmant avoir été amenés à...**

Métier	Abréger ou reporter certaines tâches	Effectuer des heures supplémentaires payées ou récupérables	Augmenter le temps de travail sans être rémunéré	Remplacer un collègue à la dernière minute	Annuler ou reporter vos congés
Agents de service	36 (63 %)	21 (37 %)	14 (25 %)	34 (60 %)	11 (19 %)
Aides-soignants	172 (61 %)	<b>150 (53 %)</b>	84 (30 %)	192 (68 %)	66 (23 %)
Directeurs et assimilés	<b>52 (85 %)</b>	21 (34 %)	<b>40 (66 %)</b>	18 (30 %)	<b>26 (43 %)</b>
Infirmiers	63 (74 %)	<b>67 (79 %)</b>	37 (44 %)	<b>61 (72 %)</b>	32 (38 %)
Infirmiers coordinateurs	43 (84 %)	25 (49 %)	25 (49 %)	<b>37 (73 %)</b>	<b>23 (45 %)</b>
Médecins	<b>14 (93 %)</b>	7 (47 %)	7 (47 %)	6 (40 %)	5 (33 %)
Paramédicaux	19 (79 %)	9 (38 %)	<b>13 (54 %)</b>	8 (33 %)	6 (25 %)
Personnel administratif	15 (65 %)	7 (30 %)	6 (26 %)	6 (26 %)	3 (13 %)
Ensemble*	433 (69 %)	317 (50 %)	236 (38 %)	374 (59 %)	179 (28 %)
P-value	0.0009995	0.0004998	0.0004998	0.0004998	0.003498

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD en 2020, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 62 % des agents de seconde ligne répondants ont été amenés à abréger ou reporter certaines tâches, en 2020. Notes : afin de faciliter la lecture, les proportions les plus élevées de chaque colonne sont en caractère gras. Le lien entre l'abrogation ou le report de tâches et le métier exercé est significatif ( $p\text{-value} = 0,0009995$ )<sup>12</sup>. La différence d'effectifs entre la somme des lignes et le total de la ligne 'Ensemble' s'explique par le fait que cette dernière comprend les animateurs et agents de seconde ligne (non distingués dans le tableau).

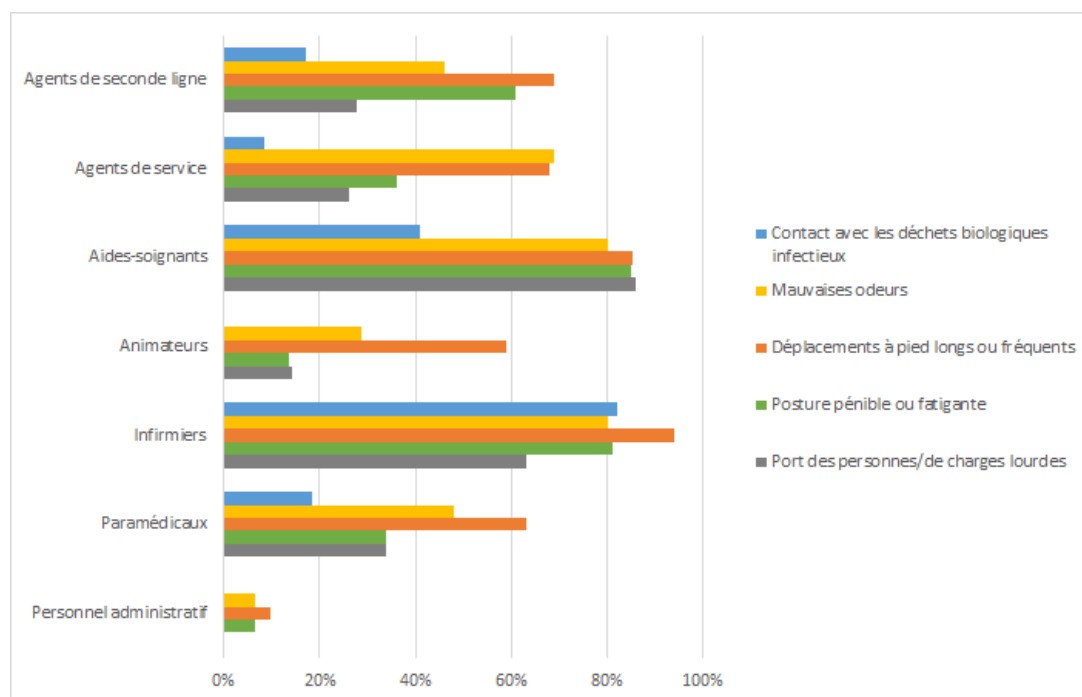
### 2.1.3 Des effets durables sur la charge de travail

Au moment de l'enquête par questionnaire en 2022, une grande partie des travailleurs de première ligne des EHPAD est exposée à des facteurs de pénibilité physique, à l'exception du personnel administratif. Ceux-ci dépendent évidemment largement du métier exercé. 86 % des aides-soignants et 63 % des infirmiers doivent « toujours » ou « souvent » porter des personnes et/ou des charges lourdes, 85 % des premiers et 81 % des seconds doivent tenir des postures pénibles ou fatigantes. Ils sont également respectivement 85 % et 93 % à être concernés par les déplacements à pied longs ou fréquents. 82 % des infirmiers sont en outre

<sup>12</sup> Par « significatif » ou « statistiquement significatif », nous entendons des corrélations dont la fiabilité est attestée par une p-value inférieure ou égale à 0,05. Au-delà, les résultats ne seront pas considérés comme statistiquement significatifs. Ces liens sont testés et explicités uniquement s'ils renvoient à des constats réalisés sur le terrain ou à de fortes hypothèses. Les tests statistiques sont donc réalisés en fonction de ces constats, hypothèses de recherche, mais également en fonction de la nature des données, avec le recours à des tests paramétriques ou non-paramétriques (Chanvrlil-Ligneel et Le Hay, 2014).

« toujours » ou « souvent » en contact avec des déchets biologiques infectieux. Si les soignants sont les plus exposés à ces différents facteurs de pénibilité, ceux-ci restent fréquents pour d'autres catégories de métiers comme les agents de service, mais aussi les agents de seconde ligne (techniciens, agents de maintenance et cuisiniers) et les paramédicaux. Tous sont en outre concernés par l'exposition à de mauvaises odeurs.

**Graphique 4. Facteurs de pénibilité, selon le métier exercé**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs non-encadrants présents dans un EHPAD en 2020 et toujours en emploi dans EHPAD un public ou privé à but non lucratif français 2022. Lecture : 17 % des agents de seconde ligne déclarent être « toujours » ou « souvent » en contact avec des déchets biologiques infectieux.

Les mesures et restrictions mises en œuvre pour lutter contre l'épidémie pendant le premier confinement en 2020 ont été restaurées ou prolongées dans la majorité des établissements : seul 1 % des répondants déclare que leur EHPAD n'a maintenu ou restauré aucune contrainte entre juin 2020 et la date de l'enquête. L'enquête qualitative souligne également une dégradation de l'état de santé - et donc de l'autonomie - des résidents pendant l'année 2020 : par exemple, une partie significative d'entre eux n'a pas repris l'habitude des repas en salle et continue de se faire servir en chambre, ce qui entraîne une augmentation de la charge de travail des agents chargés de la distribution des repas.

La conséquence du maintien à moyen terme de ces restrictions est un accroissement durable de la charge de travail pour des professionnels. Une large majorité des enquêtés (86 %) déclare en effet que l'épidémie de Covid-19 entraîne encore à la date de l'enquête (en 2022) une hausse de leur charge de travail.

Enfin, la dégradation des conditions de travail et la forte croissance de la pénibilité durant la crise sanitaire, particulièrement sensible pendant les phases aiguës, ont aggravé le sentiment d'usure professionnelle des travailleurs. De nombreux travailleurs de première ligne parlent ainsi d'une « grande fatigue » causée par leur travail, notamment en cas de propagation du virus au sein de l'établissement.

*« C'était une période assez bizarre quoi. On était tous fatigués. [...] on était épuisés moralement, physiquement, dans tous les sens du terme. »* (Najah, infirmière diplômée d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

*« Ce qu'on a ressenti... enfin moi ce que j'ai ressenti, c'est la fatigue. Au bout d'un moment, c'est quand la pression lâche, ceux qui sont le plus... qui ont l'habitude de réagir à ce genre de choses avec force, étaient un peu plus colériques, beaucoup plus énervés, la parole un peu plus... a tendance à s'exprimer tout de suite beaucoup plus vivement. Et puis... les autres accusant vraiment le coup, et étant vraiment fatigués. Mais une fatigue aussi bien physique que psychologique. »* (Joséphine, directrice d'un établissement public non hospitalier).

Les directeurs d'EHPAD expriment leur inquiétude quant aux conséquences de cette fatigue sur le moyen terme : les nombreuses absences ont entraîné un fonctionnement en sous-effectif qui a lui-même des effets délétères sur la fatigue et la motivation des salariés :

*« On a des agents qui, malgré les congés, malgré tout ça, sont des agents épuisés... qui ont du mal à se redynamiser. »* (Ingrid, cadre supérieure de santé dans un établissement public hospitalier).



## 2.2 Les relations sociales au travail : tenir ensemble face à la crise

La solidarité envers le et au sein du collectif soignant au cours de la crise sanitaire a suscité un grand intérêt médiatique. Les travaux sociologiques existants sur les mécanismes d'entraide au sein des EHPAD (Aubry, 2010 ; Billaud et Xing, 2016 ; Xing, 2018) laissent supposer une solidarité obligée minimale entre soignants dans le contexte de restriction budgétaire et de réduction des effectifs. Les résultats de notre enquête de terrain sont mitigés : si l'épidémie a engendré un fort accroissement de la solidarité entre collègues, celle-ci n'a pas perduré sur le long terme, ce qui interroge la capacité des collectifs de travail à faire face à d'éventuels nouveaux événements perturbateurs (2.2.1). De même, la crise sanitaire a eu un léger impact positif mais éphémère sur les rapports hiérarchiques (2.2.2). Enfin, les travailleurs des EHPAD ont parfois dû faire face à des vagues de méfiance et à des critiques venant d'une partie des familles des résidents qui ont engendré un sentiment de culpabilité chez certains professionnels (2.2.3).

### 2.2.1 Une solidarité entre collègues importante pendant la crise, mais éphémère

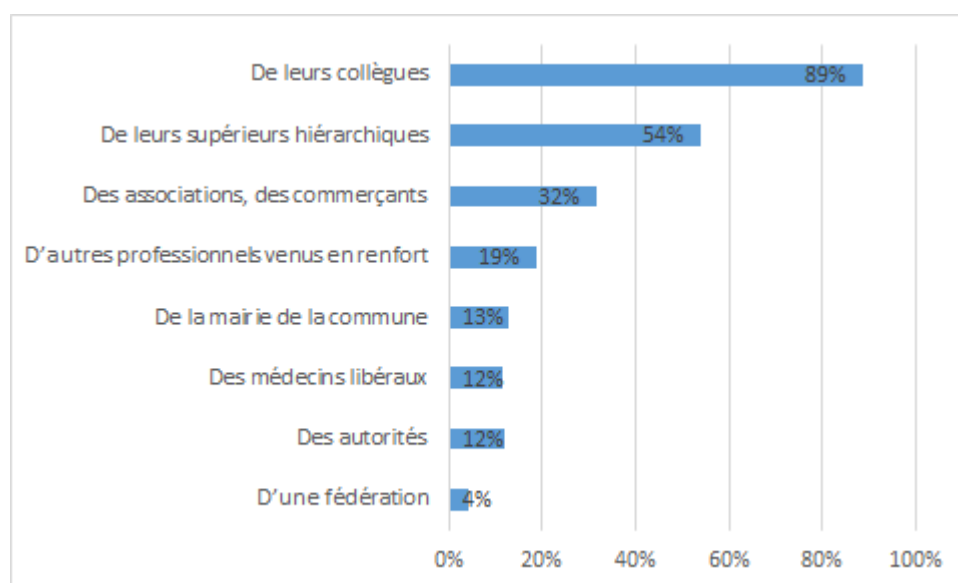
La solidarité entre collègues a beaucoup évolué durant les différentes phases de l'épidémie : au cours de la première vague de contamination entre mars et juin 2020, la mobilisation des travailleurs a été forte et avait un but précis : vaincre la crise sanitaire et protéger les résidents. Les enquêtés considèrent que pendant cette courte période, la solidarité entre les collègues s'est développée et s'est renforcée, les conflits ont été mis de côté, comme le témoigne Najah, infirmière diplômée d'état :

*« C'était bizarre, on ne s'est pas posé de questions, on était tous soudés, solidaires, on s'est dit "de toute façon la vague elle est là, va falloir... falloir qu'on y fasse face quoi". [...] Pendant la première période... la première vague Covid... C'est comme si tout s'était effacé, il n'y avait pas de tension, rien, on s'accrochait vraiment. On s'est tous donné un objectif et on l'a tous suivi sans se poser de questions. ».* (Najah, infirmière diplômée d'état dans un établissement privé à but non lucratif)

De nombreux enquêtés ont été volontaires pour effectuer des auto-remplacements, certains ont parfois continué à travailler alors qu'un arrêt-maladie leur était prescrit.

Au sein de notre échantillon, 81 % des répondants ont dit s'être sentis solidaires au travail en 2020, pendant la première année de l'épidémie, et 89 % des répondants disent avoir pu compter sur le soutien de leurs collègues. Cette proportion ne varie pas de façon significative selon le métier ou le statut juridique de l'établissement employeur, ce qui traduit une tendance commune à l'ensemble des professionnels des EHPAD.

**Graphique 5. Proportion d'enquêtés ayant bénéficié en 2020 du soutien matériel ou psychologique de...**



*Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : Champ : travailleurs présents dans un EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : du fait des arrondis, les sommes des pourcentages peuvent ne pas être égales à 100 %. Lecture : 89 % des répondants ont déclaré avoir reçu du soutien de la part de leurs collègues en 2020.*

Dans certains établissements, les échanges entre collègues sur les réseaux sociaux pour se soutenir moralement étaient nombreux et intenses et ont transcendé les différences de statuts d'emploi. Néanmoins, l'étude de cas sur les échanges entre les travailleurs dans un groupe WhatsApp permet de montrer que les travailleurs n'ont pas le même degré d'implication dans les relations solidaires (voir l'encadré 2).

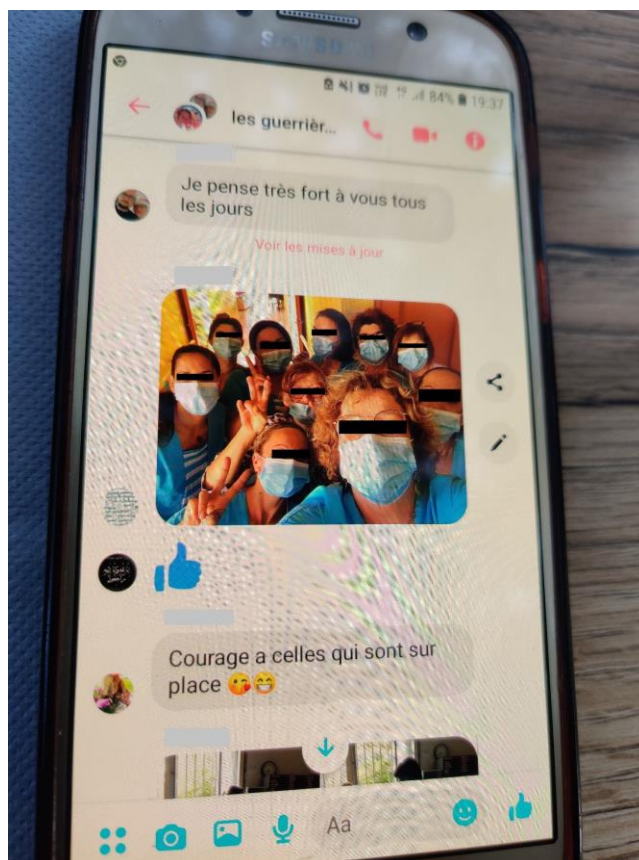
## **Encadré 2. La solidarité sur les réseaux sociaux**

La solidarité entre collègues passe aussi par les réseaux sociaux. Dans l'un des EHPAD enquêtés, un groupe de soignantes (principalement des aides-soignantes « faisant-fonction » ou diplômées mais aussi une infirmière) ont régulièrement échangé des informations et des messages de soutien par le biais de l'application WhatsApp. Les échanges ont lieu entre le 22 mars 2020 et 22 juillet 2021. L'une des membres du groupe a accepté de nous laisser les photographier en août 2021. Nous avons récupéré environ 620 photos qui contiennent chacune entre un et quatre messages. Les messages sont retranscrits tels quels, avec leur ponctuation et leur orthographe.

Le nom du groupe « Les guerrières » fait directement référence à un groupe de femmes participant à un combat (rappelons que le président la République française avait lui-même eu recours au vocabulaire militaire en utilisant l'expression « Nous sommes en guerre » dans son discours du 16 mars 2020 annonçant une stricte restriction des déplacements pour lutter contre l'épidémie de Covid-19). Comme l'exprime l'initiatrice du projet, « ce petit groupe de soutien [a été créé] pour affronter ce moment avec plus de sérénités » (le groupe comptera jusqu'à une quinzaine de membres).

La première photo (voir l'image 1) est postée le jour-même de la création du groupe. Il s'agit d'un *selfie* collectif montrant 10 personnes masquées, dont plusieurs font le signe de la victoire. Les messages qui encadrent la photo sont postés par des collègues appartenant au groupe Whatsapp mais absentes de l'EHPAD au moment de la prise de vue : comme de très nombreux messages, il s'agit d'encouragements destinés aux membres de l'équipe.

**Image 1. Capture d'écran : messages datant du jour de la création du groupe Whatsapp « Les guerrières »**



Dès le premier jour, les interrogations et inquiétudes sont nombreuses face au manque de personnel et de temps et aux conséquences à moyen terme (« *Ben oui pour tout le monde, ça va être dur de suivre le rythme* », « *C sur, on n'est pas des surhomme on. fera au mieux, mais on va s'épuiser* »). Les messages évoquent aussi des inquiétudes sur l'état de santé de plusieurs résidents. Le manque de produits d'hygiène et de moyens de protection sera également un sujet majeur de discussion jusqu'à mi-avril : les membres échangent des informations, bons plans et contacts pour pallier la pénurie de matériel (« *Les filles j'ai des nouvelles pour les masque, est ce que vous voulez des masques en coton. Y a une dame qui a fait pour nous gratuit* » ; « *C pas assez efficace, les fibres ne sont pas assez serré* »).

Une semaine après la création du groupe WhatsApp, le premier résident de l'EHPAD décède : la peur et la tristesse dominant, ainsi que la crainte de la

contagion (« *ils vont tous suivre au fur et à mesure* » ; « *la liste va être longue malheureusement* »). En quelques jours, plusieurs résidents vont décéder, ce qui bouleverse les membres du groupe : « *Ca s'enchaîne les décès au rdc* », « *je pense qu'on a pas fini d'en perdre* », « *mais quel catastrophe* », « *C'est pas facile psychologiquement mais il faut s'accrocher car nous sommes pour les aider jusqu'au bout de leur vie. Après de pleurer c'est normal nous sommes humains c'est la vie* ». Cette période est la seule au cours de laquelle les membres n'ont eu aucune remarque humoristique, alors que l'humour est caractéristique de nombreux échanges de ce groupe.

Après deux semaines d'échanges intenses, le nombre de notifications diminue de façon importante et les sujets de discussions prennent un ton plus personnel à partir de la mi-avril : les messages portent sur les fêtes de Pâques et du ramadan, les membres s'échangent des recettes de cuisine, etc. La question de l'épidémie est toujours parfois évoquée mais n'est plus centrale. Au fil des semaines, les photos prises dans le cadre familial ou amical prennent le pas sur celles effectuées sur le lieu de travail.

WhatsApp a par ailleurs constitué un moyen de communication entre les professionnelles malades et leurs collègues sur place : les premières se sont régulièrement renseignées sur l'état de santé des résidents tout en exprimant de la culpabilité vis-à-vis de leurs collègues restées sur place (« *désolé les filles je vous mets dans la galère vraiment je suis trop malade* » ; « *je suis désolée les filles, je vais essayer de revenir avant si je peux mais je dors constamment* ») ; les secondes ont pris des nouvelles de santé de leurs collègues absentes et de leurs familles et ont cherché à les déculpabiliser (« *les filles malades, ne vous excusez pas* »).

Ces échanges illustrent l'intensité de la solidarité qui a eu cours dans l'établissement au plus fort de la crise : les collègues (celles travaillant sur place comme les absentes) ont, par le biais de discussions sur un réseau social, tenu bon ensemble en partageant messages de soutien et informations. Réunissant les

personnes en CDI, en CDD et en intérim, ce groupe a transcendé les différences de statuts d'emploi. Notons toutefois que cette solidarité s'est toutefois avérée sélective : le groupe WhatsApp a été constitué sur invitations et rassemble donc des affinités qui n'ont pas dépassé un cercle de soignantes (les autres corps de métiers comme les agents de service, le personnel administratif ou encadrant n'étant pas du tout représentés). De plus, ces pratiques intenses de solidarité n'ont pu être tenues que sur une période de deux mois. Elles semblent en effet avoir été particulièrement mobilisées pour répondre au sentiment d'incertitude qui prévalait, notamment vis-à-vis des symptômes de la maladie et des réponses à apporter.

Malgré une solidarité intense pendant la première vague de l'épidémie, les tensions et les conflits existant avant l'épidémie de Covid-19 sont de nouveau apparus après la vague, que ce soit entre les travailleurs de différents statuts (en particulier, CDD vs. CDI), entre les travailleurs de différents métiers (par exemple, soignants vs. non-soignants), ou entre les travailleurs de différentes générations :

*« Quand il y avait le Covid, il y avait une solidarité intense. On était tous une équipe soudée... vraiment soudée, chacun faisait de son mieux, on était tous solidaires. Mais après une fois que la crise est passée... ils sont revenus au même. Il n'y a pas de... les caractères ils sont là, c'est juste en crise. C'est comme la guerre... quand il y a une guerre tous les militants se mobilisent et une fois finie ils se bouffent. Quand il s'agit de sauver une nation, tout le monde est là. »* (Jeanne, infirmière diplômée d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

#### 2.2.2 Une modification temporaire des rapports hiérarchiques

La crise sanitaire a eu un impact positif - quoique éphémère - sur les rapports hiérarchiques. Notre enquête montre en effet un rapprochement entre les travailleurs de première ligne et

leurs encadrants pendant les périodes de crise aiguë. Par exemple, certaines enquêtées ont parlé de ces événements comme relevant « du jamais vu » : certains cadres étaient présents sur le terrain tous les jours, faisaient le ménage ou appelaient les soignants en utilisant leurs téléphones portables personnels. Les infirmiers coordinateurs sont parfois « retournés sur le terrain » en assurant les tâches de soin habituellement réalisées par les infirmiers non-cadres, par manque de main-d'œuvre, mais aussi par solidarité avec l'équipe de soignants. Ces expériences ont profondément marqué les équipes, travailleurs de première ligne comme encadrants, comme en témoigne Nadine :

*« J'ai trouvé que la direction et... tout le monde étaient solidaires, étaient présents, étaient là pour aider. [Nom de l'infirmière coordinatrice] combien de fois elle a mis la blouse. Le directeur est venu plusieurs fois nous aider, il était là tous les jours. »* Nadine, auxiliaire de vie dans un établissement privé à but non lucratif.

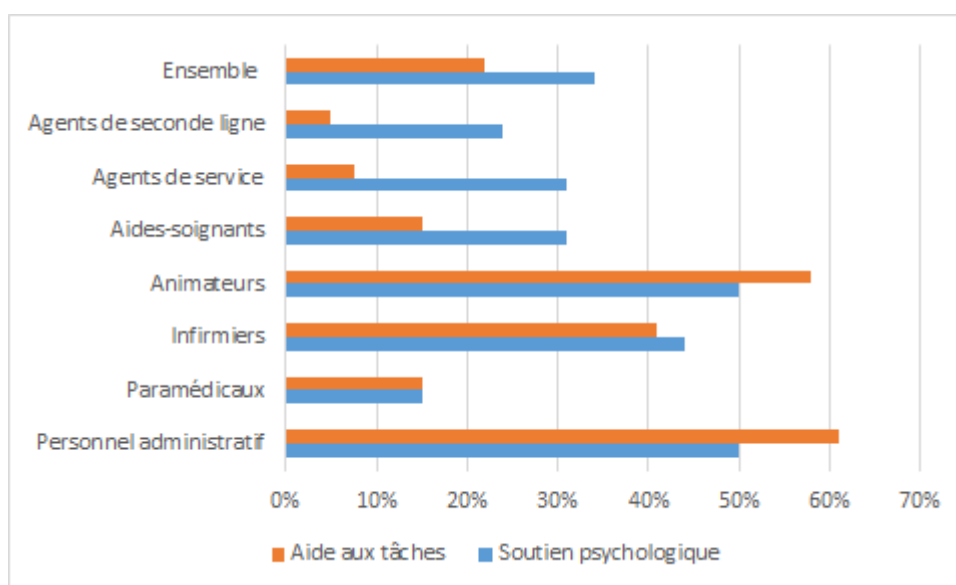
Néanmoins, selon nos enquêtés, les rapports hiérarchiques « traditionnels » (décrits comme plutôt distancés, impersonnels et assez autoritaires) se sont vite rétablis à la sortie des premières crises et de la situation d'incertitude qui caractérisait la première vague :

*« L'ambiance était bien, vraiment il y avait une bonne ambiance avec les chefs. Parce qu'ils savent qu'ils avaient besoin de nous, et nous aussi on avait besoin d'eux. Mais après le Covid c'était fini, fini. Là maintenant ils tapent sur la tête, ils sont chefs. Mais pendant le Covid nous on était les chouchous des chefs. [...] Mais là parfois ils nous parlent comme si on était de petits enfants. »* (Diane, agent de service dans un établissement privé à but non lucratif et agent de soins vacataire pour un autre établissement privé à but non lucratif).

Les résultats de l'enquête qualitative sont corroborés par ceux de l'enquête par questionnaire. En 2020, 54 % des travailleurs enquêtés disent avoir pu compter sur le soutien matériel ou psychologique de leurs supérieurs hiérarchiques, sans qu'il n'y ait de différence statistiquement significative selon le métier ou le statut juridique de l'établissement

employeur. Pourtant, à la date de l'enquête (en 2022), seuls 21 % des enquêtés déclarent être aidés par leurs supérieurs en cas de difficulté à effectuer une tâche, et seuls 34 % estiment pouvoir parler à leurs encadrants si leur travail les bouscule émotionnellement ou psychologiquement. Ces proportions varient de manière significative selon le statut juridique de l'EHPAD : les enquêtés des EHPAD hospitaliers déclarent moins souvent que les autres être aidés ou pouvoir discuter de leur travail avec leurs supérieurs hiérarchiques.<sup>13</sup>

**Graphique 6. Aide aux tâches et soutien psychologique de la part des encadrants et supérieurs hiérarchiques en 2022, selon le métier exercé**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs non-encadrants présents dans un EHPAD en 2020, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : les liens entre le métier exercé et, d'une part l'aide aux tâches et, d'autre part, le soutien psychologique sont significatifs ( $p$ -value = 0,0004998 et ( $p$ -value = 0,005497). Lecture : en 2022, 22 % des répondants déclarent pouvoir compter sur le soutien de leurs supérieurs hiérarchiques pour les aider à réaliser une tâche difficile et 34 % bénéficient du soutien psychologique de leurs encadrants.

Ces résultats renforcent le constat de terrain de rapports hiérarchiques inchangés à l'issue des premières crises. Notre enquête suggère donc que la crise sanitaire n'a pas introduit de changement structurel majeur et pérenne dans les rapports sociaux horizontaux ou verticaux au sein des EHPAD.

<sup>13</sup> Une gestion et communication spécifiques, liées au modèle bureaucratique ou à la taille plus conséquente des établissements qui implique souvent une organisation du travail découpée par étages, constitue une piste d'interprétation de ces résultats.



### 2.2.3 Les relations avec les familles des résidents : des situations contrastées

Les métiers de soin et d'accompagnement en EHPAD sont des métiers relationnels. Les rapports quotidiens avec les résidents et leurs familles ont un impact direct sur les conditions de travail et le vécu des travailleurs du secteur. Comme le montre la littérature en sociologie et en psychologie, les difficultés relationnelles avec les familles, souvent engendrées par le décalage entre leurs exigences et les tâches attribuées par l'établissement, contribuent à la pénibilité psychologique à laquelle sont exposés ces travailleurs (Abrahamson *et al.*, 2009 ; Gallego-Alberto *et al.*, 2018 ; Kandelman *et al.*, 2018).

#### *Des situations de tension avec les familles plus fréquentes*

Une partie des répondants au questionnaire évoque des tensions récurrentes avec les familles des résidents en 2022 : c'est en particulier le cas des infirmiers (82 %) et, dans une moindre mesure, des aides-soignants (66 %), c'est-à-dire les professionnels les plus susceptibles de remarquer et de devoir rappeler à l'ordre les familles sur le non-respect du port du masque.

Par ailleurs, 28 % des enquêtés estiment que les situations de forte tension ou de contentieux avec les familles ont augmenté par rapport à la situation pré-crise ; 24 % qu'elles sont aussi fréquentes. L'effet propre de l'ampleur de l'épidémie est net puisque 43 % des travailleurs des EHPAD ayant connu un taux de contamination au Covid-19 supérieur à 80 % déclarent une augmentation de ces situations alors que 38 % des travailleurs des établissements ayant eu un taux de contamination inférieur à 30 % pensent qu'elles sont stables. Il existe également un effet lié au métier : la moitié des infirmiers estime que ces situations de tension sont plus fréquentes. Par ailleurs, 9 % des répondants déclarent que la fréquence de ces situations a baissé : il s'agit d'une proportion certes minoritaire mais significative. Enfin, une grande partie des répondants (39 %) ne sait pas évaluer l'évolution des situations de forte tension ou de contentieux avec les familles entre 2019 et le moment de l'enquête. C'est le cas de la majorité des agents de seconde ligne (57 %) et des agents de service (53 %), métiers moins souvent en contact avec les familles des résidents.

Depuis la crise sanitaire et la parution en janvier 2022 de l'ouvrage *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet, certaines familles ont, selon les enquêtés, tendance à adopter un regard très critique sur le travail fourni par les professionnels des EHPAD, voire, dans des cas extrêmes, à accuser, sans fondement, l'établissement de maltraitance. Les soignants rencontrés au printemps 2022 ont mal vécu ces critiques, avec notamment un sentiment d'injustice entre leur effort et sa reconnaissance par les familles, comme le témoigne Laure :

*« Quand les familles sont revenues [...] C'était que des critiques. On n'a même pas eu des "bah merci d'avoir pris soin de nos parents pendant le confinement" en fait. On ne demande pas une reconnaissance éternelle c'est pas ça, mais... tout de suite... quand les familles ont pu revenir dans l'EHPAD et dans les chambres, tout de suite ça a été la critique. », Laure, aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif.*

Bien que la majorité des familles compatisse avec les professionnels des EHPAD qui accueillent leurs proches, les tensions avec certaines d'entre elles pèsent sur le vécu psychologique de la crise sanitaire des professionnels des EHPAD : ces cas sont en effet très fréquemment abordés lors des entretiens et suffisent à changer les rapports entre professionnels et familles de résidents.

#### *Trois éléments moteurs des conflits liés à la crise sanitaire*

Notre enquête qualitative met en lumière trois éléments moteurs des conflits liés à la crise sanitaire entre les familles des résidents et les professionnels des EHPAD : le respect des mesures sanitaires, les décès des résidents et les incompréhensions liées au confinement.

Les mesures sanitaires, et en particulier le port du masque, ont été peu respectées par certaines familles, obligeant le personnel à effectuer des contrôles réguliers. Dans un établissement, après que plusieurs familles aient enlevé leurs masques au sein de l'EHPAD, la direction s'est vu contrainte d'interdire la fermeture des portes de chambre lors des visites et d'effectuer des « rondes » afin de veiller au respect des consignes.

*« Là où on a eu un changement [dans le cas de la seconde vague] c'est qu'en fait on a eu un relâchement des familles. Là c'est vraiment notre difficulté, et le directeur a dû*

*faire un courrier dans ce sens, c'est bien qu'il se soit positionné. En disant qu'il en avait assez que les familles insultent les salariés et ne respectent pas le protocole en fait. Concrètement, c'est presque quotidien d'avoir des familles qui ne portent pas le masque, qui enlèvent le masque le temps de faire la bise à leur parent. Mais oui, et moi je trouve ça aberrant, et... enfin nous on fait en sorte, vraiment, que le virus ne rentre pas. La preuve c'est que depuis mars tout va bien. Mais tous les jours il faut... il faut remettre les familles dans le cadre, en leur rappelant qu'ils ont signé un protocole en entrant. Et ça vraiment c'est un peu lourd, parce qu'on se retrouve à surveiller des adultes. » (Laure, aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).*

*« Et puis plus ça avance, plus c'est difficile, aujourd'hui nous on continue à mettre le masque mais eux dehors ils le mettent pas. Ils ne respectent pas [le port du masque], ils vont dans les chambres, ils enlèvent le masque, on arrive ils le remettent. » (Ingrid, cadre supérieure de santé dans un établissement public hospitalier).*

Les situations de décès représentent un autre point de conflit entre la direction de l'EHPAD et certaines familles, qui les ont parfois tenus coupables de la mort de leur proche. Nos enquêtés ont également évoqué l'incompréhension de certains proches des résidents face à la décision de confiner, par exemple lorsque les directions ont restreint les visites ou confiné leurs établissements avant les annonces gouvernementales. Les difficultés relationnelles avec les familles semblent ainsi en partie dues au décalage entre la situation des EHPAD et le reste du pays, moins conscient de la gravité de l'épidémie que les acteurs de terrain :

*« Quand il y avait des clusters, il y avait des familles qui nous ont culpabilisés en disant "nous on nous empêche de venir voir nos parents pour les protéger et finalement on vient pas et ils attrapent la Covid". [...] des familles qui ne comprenaient pas qu'on ferme tout. [...] La première fois... quand on a fermé, moi je me souviens, c'était un week-end. Tous les cadres sont venus, on a fermé et toutes les familles arrivaient, elles nous insultaient. [...] Et puis comme on était avant le 16 mars, les gens n'avaient pas conscience de ce qu'il se passait. » (Ingrid, cadre supérieure de santé dans un établissement public hospitalier).*

## 2.3 Les relations institutionnelles : entre contrôles et soutiens

Malgré la dégradation de l'état de santé des résidents à leur entrée en établissement (Balavoine, 2022 ; Quéméner *et al.*, 2023), l'EHPAD n'est pas considéré comme un lieu de soins et ses ressources médicales sont limitées. Les EHPAD s'appuient donc sur de nombreux acteurs de l'organisation de santé extérieurs : des médecins libéraux et du personnel paramédical (ergothérapeutes, psychologues, etc.) ou encore des hôpitaux pour assurer les soins des résidents. Les EHPAD sont en outre sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé (par le biais des financements provenant de l'Assurance Maladie et de l'État) et du Conseil Départemental et doivent régulièrement leur fournir des remontées administratives. Notre recherche montre que si les situations d'aide et de soutien ont été fréquentes au plus fort de la crise (2.3.1), la pandémie a également mis en lumière des difficultés structurelles liées à la place spécifique des EHPAD au sein du système sanitaire, en matière d'accès aux soins (2.3.2) et de soutien des autorités publiques (2.3.3).

### 2.3.1 Des soutiens externes variables selon les établissements

Pendant la crise sanitaire de Covid-19, les EHPAD ont pu bénéficier de l'aide et du soutien venant de l'extérieur, à la fois en nature (matériels, cadeaux, etc.) et sous forme de main-d'œuvre.

#### *Le soutien de professionnels du secteur sanitaire et médico-social*

D'après notre enquête par questionnaire, 19 % des répondants déclarent avoir pu bénéficier du soutien d'autres professionnels venus en renfort. Si ce taux semble très bas et en décalage avec les discours dominants dans les médias mettant l'accent sur la solidarité, l'enquête qualitative montre que certains directeurs EHPAD ont fait le choix de ne pas accepter les renforts extérieurs afin de limiter le risque de contamination, et les salariés enquêtés n'ont pas été à l'encontre de ce choix :

*« On évitait [l'intérim] parce que les intérimaires vont dans des établissements différents tous les jours et donc... il y a eu un espèce de... on a décidé entre nous en tout*

*cas de se débrouiller et de faire appel à l'intérim au minimum. Ou alors si des intérimaires venaient c'était pour une période longue. »* (Laure, aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

*« On s'est autogéré, on a toujours des remplacements qui ne sont pas à taux plein, donc on a réussi à s'autogérer [...] Certains ont accepté de décaler leurs vacances de façon à ce qu'il y ait le moins possible de chevauchements et... il y a eu des petits aménagements, mais c'est toujours les salariés qui proposaient [...]. De toute façon, tout ce qui venait de l'extérieur, c'était très redouté quoi, ça c'est clair. Si j'avais pris ne serait-ce qu'une intérimaire, il fallait que j'apporte beaucoup... que je fasse preuve de beaucoup de diplomatie pour la faire rentrer. »* (Joséphine, directrice d'un établissement public non hospitalier).

L'enquête qualitative réalisée dans 5 départements suggère que les établissements de région parisienne ont davantage bénéficié du renfort venant de l'extérieur, ce qui s'explique notamment par leur proximité avec un nombre important d'écoles de médecine et d'infirmiers. L'enquête par questionnaire a confirmé ce constat de terrain (26 % des répondants travaillant dans un EHPAD francilien ont bénéficié de renforts de professionnels externes contre 19 % de ceux travaillant dans un EHPAD hors Ile-de-France), mais a surtout mis en évidence, de manière plus générale, l'effet de la situation géographique sur le renfort du personnel extérieur : les travailleurs des EHPAD implantés dans une zone rurale isolée déclarent moins que les autres avoir bénéficié du soutien de professionnels externes venus en renfort (5 % vs 30 % pour les professionnels des autres établissements). Les entretiens suggèrent aussi que le renfort s'est concentré sur les métiers du soin et de l'encadrement, ce qui a été confirmé par l'enquête par questionnaire : la moitié des médecins, un tiers des infirmiers coordinateurs et des 30 % infirmiers mais seulement 7 % des agents de seconde ligne ont déclaré avoir pu compter sur le soutien d'autres professionnels venus en renfort.

L'enquête par questionnaire met également en évidence l'entraide « intra-groupe », c'est-à-dire entre les EHPAD faisant partie d'un même groupe, ou entre l'EHPAD rattaché à un

hôpital et d'autres services du même hôpital : 31 % des encadrants d'établissements faisant partie d'un groupe associatif ou rattachés à un hôpital ont bénéficié du renfort extérieur contre 20 % de ceux des EHPAD autonomes. Ce constat a été confirmé par l'enquête qualitative :

*« Non on n'a pas recruté [...] on a fait de la mutualisation, ça se fait beaucoup dans les hôpitaux [...]. En fait on avait des aides-soignants et des infirmiers de tous les services [...] L'addicto [des professionnels du service] est venu. On a eu des gens de la médecine, on a eu des gens qui sont venus de la gériatrie, on a eu des gens qui sont venus des soins palliatifs. En fait on a eu tous les services, donc ils sont venus à droite à gauche [...] Et donc ça a été pallié comme ça, avec la mutualisation. [...] Et comme on n'avait du coup plus de cadre de santé puisque l'IDEC, elle était repassée dans les soins... au bout de trois semaines, ils ont demandé à une collègue cadre de médecine de venir à l'EHPAD. »* (Stéphanie, cadre de santé dans un établissement public hospitalier).

*« Après récemment je suis allée aider dans un autre EHPAD. Parce qu'ils font partie de la mutualité. Parce que là ils avaient zéro infirmier. [...] elle a appelé [infirmière coordinatrice] en catastrophe en disant "mais là c'est la catastrophe, est-ce que tu peux me prêter une infirmière ?" Donc voilà, je suis allée renforcer jeudi et vendredi. »* (Najah, infirmière diplômée d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

Même si certains établissements n'ont pas bénéficié de renfort de main-d'œuvre externe, ils ont pu compter sur les équipes mobiles de soins palliatifs ou sur leurs homologues pour obtenir des conseils, notamment à propos de la gestion du pic de contamination :

*« L'EHPAD juste à côté de chez nous, ils ont fait une épidémie juste après nous. Et bah en fait la première chose qu'elle a fait la cadre, elle a vu les recommandations, elle nous a téléphoné. Nous on en sortait, et elle me dit "bah voilà ça démarre chez nous ça flambe je pense qu'on va vivre ce que vous avez vécu, comment vous avez fait ?" »* (Stéphanie, cadre de santé dans un établissement public hospitalier).

D'autres types d'aides ont été fournis par des acteurs extérieurs au monde sanitaire : 32 % des répondants déclarent avoir bénéficié du soutien d'associations et/ou de commerçants sous formes de dons. De même, 13 % des répondants ont pu compter sur l'aide de la mairie de la commune sur laquelle leur EHPAD est implanté. La perception de ce type de soutien est nettement plus forte parmi les encadrants, ces derniers étant plus souvent directement en contact avec les acteurs extérieurs (57 % des directeurs et assimilés et 48 % des infirmiers coordinateurs déclarent avoir pu bénéficier de ce type de soutien contre seulement 20 % des agents de service). C'est notamment le cas d'un établissement qui a pu compter sur le soutien de commerçants locaux, qui leur ont fourni des tablettes permettant de meilleures communications entre les résidents et leurs familles, ou d'un autre ayant reçu le soutien matériel du maire de la commune :

*« On a reçu un téléphone pour permettre de faire du Whatsapp et de la visio avec ce téléphone, et également avec des séances Skype. On a reçu des tablettes... de boulangers d'ailleurs, qui nous ont donné des tablettes. Ils nous ont donné six tablettes. Et en fait on a réussi à faire des communications avec ces tablettes [entre les résidents et leurs proches]. »* (Nicolas, directeur d'un établissement public autonome).

*« Si je prenais mon téléphone et que je demandais un truc, je l'avais tout de suite. C'est-à-dire qu'il était quand même très proactif, pour fournir des tonnelles pour organiser des festivités dehors, à l'époque où on a pu recommencer un petit peu à recevoir de nouveau des gens. [...] A chaque fois que j'ai eu besoin, par exemple... j'ai eu besoin de paravents, de choses comme ça... J'avais besoin de matériel... J'appelais et pratiquement dans l'heure les gens de la commune venaient. [...] Très important, toujours présent. »* (Joséphine, directrice d'un établissement public non hospitalier).

Enfin, de nombreux acteurs ont réagi aux appels aux dons de matériel de protection lancés par le gouvernement et les établissements sanitaires et médico-sociaux dans les médias. Les EHPAD ont pu bénéficier de dons de masques, gants, combinaisons de protection, etc. de la

part des proches et des familles de certains professionnels, de voisins, d'écoles ou d'entreprises.

*« Il nous manquait des surblouses, des lunettes, et c'était... le mari d'une collègue qui travaillait en tant que peintre en bâtiment, qui avait récupéré des grosses combinaisons de maçon pour la peinture... des grosses combinaisons blanches. Et du coup on enfilaient ça pour se protéger parce qu'on n'avait rien d'autre. »* (Sarah, agent de service faisant fonction d'aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

*« On a une voisine qui nous a amené des masques - on en a gardé un ou deux pour la mémoire - [...] il y a avait historiquement [dans le village d'à côté] une usine de lingerie et cette usine a fermé. Et il y avait une dame qui avait travaillé dans cette usine et qui avait gardé des stocks, qui nous a amené des masques faits avec des bonnets de soutien-gorge. Bon, c'était pas terrible mais c'était super sympa ! [...] N'empêche que c'est symbolique de ce qui s'est passé. C'est le territoire qui nous a protégés. C'est le vétérinaire qui nous a amené des masques FFP2. C'est un transporteur de bus scolaire qui avait des masques dans son bus qui nous en a amené. C'est le laboratoire de [la ville la plus proche] qui nous a amené des cartons de gel hydro-alcoolique gratuitement parce qu'on n'en trouvait nulle part. »* (Thierry, directeur d'un établissement public non hospitalier).

*« Moi j'ai aussi beaucoup apprécié la solidarité en dehors de l'établissement. Parce que... par exemple, à un moment on manquait d'EPI, il nous manquait des blouses... des surblouses. J'ai regardé sur internet et j'ai pris contact à [ville], justement [école située dans cette ville], l'école d'ingénieurs justement. Et ils nous ont confectionné des surblouses. Quand je suis allée les chercher... j'ai trouvé ça super ! »* (Ingrid, cadre supérieure de santé dans un établissement public hospitalier).

### 2.3.2 L'accès aux soins : difficultés et impacts à moyen terme

Les EHPAD, définis par la loi comme un lieu de vie et disposant de ressources médicales limitées, s'appuient sur les acteurs médicaux extérieurs (hôpitaux, médecins libéraux) dans



leur fonctionnement quotidien.<sup>14</sup> L'accès aux soins a un impact non négligeable sur la qualité de vie des résidents, mais aussi sur les conditions de travail des soignants d'EHPAD. Notre enquête montre que la crise sanitaire a non seulement aggravé les difficultés existantes en matière d'accès aux soins de ville, elle a également introduit un nouveau phénomène jusqu'alors marginal : les refus d'hospitalisation de résidents d'EHPAD. Les conséquences de la crise sanitaire en la matière se font encore sentir en 2022 : 68 % des répondants au questionnaire estiment en effet que l'accès aux soins médicaux des résidents s'est dégradé depuis 2019 pour les soins hospitaliers et/ou de ville ; seuls 11 % n'ont pas constaté de dégradation.<sup>15</sup>

#### *Des difficultés d'accès aux soins de ville*

L'épidémie de Covid-19 a aggravé les difficultés d'accès aux soins de ville. Seul un tiers des répondants au questionnaire estime que la quasi-totalité ou la totalité des médecins libéraux travaillant habituellement dans leur EHPAD a assuré les soins des résidents pendant les différentes vagues de l'épidémie (sur place ou en visioconférence), 27 % que ce fut le cas seulement pour une partie d'entre eux. Un cinquième des répondants estime qu'aucun ou quasiment aucun médecin libéral n'a assuré les soins pendant toute cette période.<sup>16</sup>

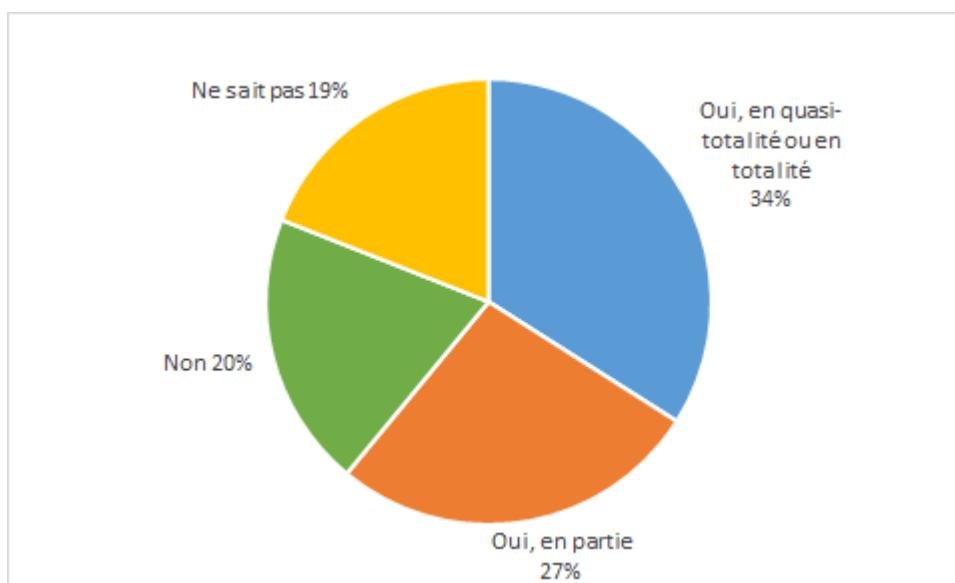
---

<sup>14</sup> Le nombre de professionnels de santé intervenant en EHPAD peut être important. Par exemple, parmi nos enquêtés, 28 % travaillent dans un EHPAD dans lequel interviennent 5 à 9 médecins généralistes libéraux, 30 % dans un EHPAD dans lequel interviennent 10 à 19 médecins généralistes libéraux et 6 % dans un EHPAD dans lequel interviennent 20 médecins généralistes libéraux ou plus.

<sup>15</sup> Une proportion importante des enquêtés (21 %) ne sait pas répondre à la question de l'évolution de l'accès aux soins : c'est le cas de 38 % des agents de service et du personnel administratif et de 36 % des agents de seconde ligne. Ce résultat peut s'expliquer par la nature de leurs métiers, hors des relations de soin.

<sup>16</sup> Une partie importante des enquêtés ne sait pas répondre à cette question (19 %) : c'est souvent le cas des professionnels exerçant des métiers qui ne relèvent pas du soin comme les agents de seconde ligne, les animateurs, le personnel administratif et les agents de service.

### Graphique 7. Présence des médecins libéraux dans l'établissement employeur en 2020



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français au moment de l'enquête en 2022. Lecture : 34 % des répondants déclarent que la quasi-totalité ou la totalité des médecins libéraux travaillant habituellement dans leur EHPAD a assuré les soins des résidents pendant les différentes vagues de l'épidémie.

#### *Les refus d'hospitalisation*

Au-delà des difficultés d'accès aux soins de ville et en dépit de l'activation du plan blanc « maximal » et de la déprogrammation de nombreux actes de la part des hôpitaux dès la mi-mars 2020, les EHPAD ont fait régulièrement face à des refus d'hospitalisation. Selon notre enquête par questionnaire, 23 % des répondants déclarent que les hôpitaux sollicités n'ont accepté aucun résident en urgence pendant la phase aiguë de l'épidémie en 2020 ; ce taux monte jusqu'à 38 % dans les régions les plus touchées par l'épidémie en 2020 (Grand-Est, Auvergne-Rhône-Alpes et Ile-de-France). Par ailleurs, 47 % des répondants déclarent que l'hôpital n'a pris en charge que partiellement les résidents en urgence, au moins pendant une période, au cours de l'année 2020. Un tiers (32 %) des répondants déclare que l'hôpital a toujours pris en charge tous les résidents en urgence.

Les difficultés d'accès aux soins hospitaliers sont en partie liées aux pratiques de gestion du flux mises en place par les hôpitaux pendant la phase aiguë de l'épidémie (Bourdairé-Mignot et Gründler, 2022). L'enquête qualitative montre que les hôpitaux utilisent l'âge et la présence ou non de pathologies préexistantes comme principaux critères de tri des patients :

les patients au-dessus de certains âges (généralement 70 ans ou 75 ans) ont été considérés comme moins prioritaires pour l'hospitalisation :

*« [...] En fonction déjà de son âge et des antécédents. En fonction déjà de l'âge c'était rédhibitoire pour la place en réanimation. Nos patients de plus de 70 ans, 70 ou 75 ans, n'avaient pas accès à la réanimation. [...] Bah disons que certains ça aurait pu valoir le coup mais disons que dans le corps médical ils ont pour principe de dire que bah... quelqu'un qui a 75 ans nécessite moins d'aller en réanimation... enfin du moins la réanimation sera moins efficace que quelqu'un qui a 55 ans et qui aurait besoin de ce respirateur. Il sera plus efficace chez quelqu'un de 55 ans que... parce qu'une réanimation ça nécessite d'intuber quelqu'un, de sédater quelqu'un, et après c'est pas tout, après le souci c'est de les réveiller. Les personnes âgées ont beaucoup de problèmes rénaux, de choses comme ça, et du coup une fois sédatés ils se réveillent plus, donc au final ils décèdent... malgré la réanimation. »* (Benoit, infirmier diplômé d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

*« En fonction des pathologies en fait, ils [l'équipe mobile ou l'HAD] faisaient le tri en disant "si lui il a le Covid ça sert à rien d'aller l'hospitaliser". Parce que s'il a telle ou telle pathologie, ça sert à rien il va prendre un lit, il va quand même mourir là-bas. Autant qu'il décède ici en gros. [...] Cette période-là c'était très difficile quoi. Et... on essayait d'appeler on nous disait "non il n'y a pas de place désolé" ou alors "on préfère garder des places pour des cas un peu plus jeunes". Surtout lorsqu'on leur disait les comorbidités c'était même pas la peine. Horrible quoi. »* (Najah, infirmière diplômée d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

Des résidents d'EHPAD, en raison de leur grand âge, n'ont donc pas toujours pu bénéficier des soins hospitaliers pendant la première vague d'épidémie et ont été contraints de rester dans l'EHPAD. Une partie d'entre eux est décédée dans l'établissement. Cette situation a généré beaucoup d'incompréhension et de colère chez nos enquêtés :

*« C'était "Vous y allez pas, point barre". Il n'y a pas de... aucune chance, on leur donne aucune chance. Autant, on les aurait envoyés à l'hôpital, ils auraient survécu quoi. On*

*sait pas. Parce que c'est pas les mêmes soins. Même si quelque part on était pas mal... À l'hôpital c'est pas pareil, là-bas il y a des médecins sur place. C'était pas tout à fait pareil. »* (Najah, infirmière diplômée d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

Une autre conséquence de ces difficultés d'accès à l'hospitalisation touche les conditions de travail des soignants d'EHPAD qui, faute d'encadrement médical adéquat, ont dû gérer eux-mêmes les symptômes des résidents, voire prendre des décisions dépassant leur niveau de compétences et de responsabilité. Cette situation a généré beaucoup d'angoisse chez le personnel soignant concerné, abordée plus en détail dans la partie 2.4.1 :

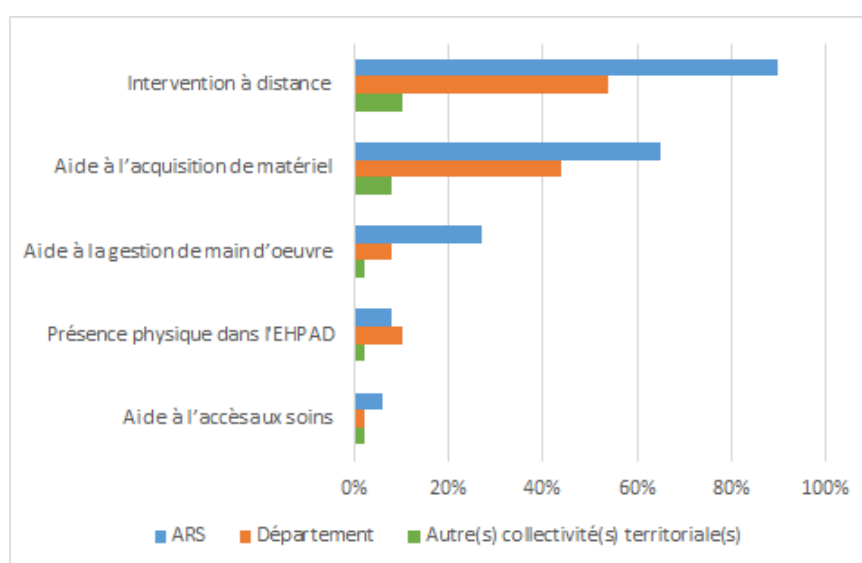
*« Le plus dur pour moi, c'était d'une de prendre un peu cette responsabilité de se dire qu'une fois que le patient... que la personne respire à tel cycle par minute, on allait déclencher ça... Sans trop connaître sa pathologie donc autant... bah peut-être que certaines personnes auraient pu survivre en étant hospitalisées ou en ayant d'autres soins... et qu'on leur laissait pas ce choix-là. »* (Benoit, infirmier diplômé d'état dans un EHPAD privé à but non lucratif).

### 2.3.3 La gestion de la crise sanitaire par les autorités publiques questionnée par les directeurs d'EHPAD

La majorité de nos enquêtés a fait part d'un ressentiment envers les autorités publiques, les estimant trop distantes des réalités du travail en EHPAD. S'ils témoignent d'un certain soutien de la part des autorités, celui-ci n'a pas été considéré comme suffisamment adapté à la situation de crise. Les directeurs critiquent en particulier les méthodes de gestion mises en place par les ARS, marquées par une logique administrative. Cette perception négative des autorités publiques chez les professionnels du secteur était déjà perceptible avant la crise sanitaire : tenues pour responsables du manque de main-d'œuvre par la restriction des budgets et l'évolution des politiques de tarification, les autorités sanitaires étaient déjà bien avant la crise désignées comme une des sources des problèmes rencontrés par les travailleurs du secteur (Billaud et Xing, 2016).

Selon notre enquête par questionnaire, les EHPAD ont pu bénéficier de certaines formes de soutien des autorités compétentes, notamment les ARS et, dans une moindre mesure, le conseil départemental. 90 % des directeurs et assimilés répondant au questionnaire font état d'une intervention à distance (mails, appels, visioconférences, etc.) de la part de l'ARS au cours de l'année 2020, 54 % de la part du conseil départemental et 10 % de la part d'une autre collectivité territoriale. L'aide à l'acquisition de matériel de la part de l'ARS a concerné 65 % des directeurs et assimilés enquêtés ; 44 % ont reçu ce type d'aide de la part du conseil départemental. 27 % ont reçu une aide à la gestion de la main-d'œuvre de la part de l'ARS et 8 % de la part du conseil départemental. Rares sont les répondants (8 %) qui font état d'une présence physique des autorités à l'intérieur de leur établissement. De même, seuls 6 % d'entre eux ont bénéficié d'une aide à l'accès aux soins de la part de l'ARS au cours de l'année 2020, et une seule personne de la part du conseil départemental.

**Graphique 8. Action des autorités pendant la crise sanitaire**



*Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : directeurs et assimilés travaillant en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 90 % des répondants rapportent une intervention à distance de la part de l'ARS au cours de l'année 2020.*

Néanmoins, les longs échanges avec les directeurs d'EHPAD lors de notre enquête de terrain mettent en exergue l'insuffisance de ces soutiens : la plupart des enquêtés considèrent que

les autorités publiques n'ont pas été assez présentes sur le terrain, comme l'exprime un directeur d'EHPAD public non hospitalier : « *on a été seuls, vraiment on a été seuls* ». Il remet toutefois la situation dans son contexte : « *ils [les autorités] ont fait face à la crise comme nous* ». D'autres directeurs critiquent l'absence de l'ARS dans la gestion des relations avec les hôpitaux et d'autres professionnels de santé :

*« Avant le Covid [au sein de son établissement], ils nous appelaient tout le temps, et quand j'ai eu besoin d'eux, y avait plus personne... plus personne. J'ai dû rappeler, je disais "docteur... je ne sais plus... en disant help, vous voyez bien que tous les jours je vous envoie des statistiques qui sont criantes, quand vous voyez que j'ai 40 personnes...". En mars quand j'en avais 1, ils m'appelaient tous les jours. "Là par contre j'ai 40 personnes et 28 salariés, vous pensez pas qu'on pourrait m'envoyer quelqu'un, qu'il n'y a pas quelqu'un du département, une infirmière qui pourrait nous aider ?" "Ah bah non on sait pas..." Je me suis dit alors là... on marche sur la tête. Ils n'avaient pas les moyens, ils ne pouvaient pas, ils ne savaient pas. [...] Pour être claire, ils n'ont pas été au rendez-vous. »* (Hélène, ancienne directrice d'un établissement privé à but non lucratif).

*« Quand on a une crise Covid, il faut que les gens, ils puissent venir aider. On a besoin de mains et d'aide. [...] "Quels sont vos besoins ?" Moi je leur disais "Des besoins matériels, d'équipements et humains." "Ah on en prend bien note". Ouais bah c'est bien. Mais il se passait rien après donc en fait... je me disais ça sert à pas grand-chose. »* (Hélène, ancienne directrice d'un établissement privé à but non lucratif).

Certains directeurs regrettent la pertinence limitée de certains dispositifs d'aide mis en place par l'ARS. Par exemple, une ARS a mis en place une plateforme pour faciliter le recrutement des travailleurs et des bénévoles. Mais trois directeurs d'EHPAD ayant testé ce dispositif expriment leur déception : « *on a fait un effort pour remplir le formulaire, mais on a eu zéro candidat, vraiment zéro* ».

La plupart des directeurs enquêtés critiquent les méthodes de gestion des autorités publiques, notamment celles des ARS, face à la crise sanitaire. En effet, ils considèrent que ces dernières imposent des consignes en suivant une logique administrative, qui génère une surcharge de travail et un stress lié aux délais de réponse trop courts. Ces consignes, souvent perçues comme déconnectées des réalités du terrain, ont parfois créé des situations d'ingérence mal vécues par les directeurs d'EHPAD.

Toutes les ARS n'ont pas géré la crise sanitaire de la même façon. L'enquête de terrain souligne en effet une hétérogénéité des pratiques selon la délégation départementale des ARS qui peut être illustrée par le propos de ce directeur :

*« C'est très très divers. Les fonctionnements ont été très différents d'un département à l'autre. En [département voisin], il y avait des réunions toutes les semaines, des visioconférences toutes les semaines avec l'ARS au plus fort de la crise, 2020-2021. [...] Dans [département] on en a eu 2 [...] L'ARS [du département] nous a réuni 2 fois, peut-être 3 j'en oublie peut-être une au passage, mais enfin ça a été très très espacé et en gros il y a eu peu d'échanges. Ça n'a pas été le cas non plus dans [autre département voisin] où ils avaient une réunion par mois qui incluait là y compris les services d'aide à domicile. Il y a eu des choses très diverses. »* (Thierry, directeur d'un établissement public non hospitalier).

Toutefois, la plupart des directeurs enquêtés regrettent en premier lieu d'avoir été sollicités pendant la phase aigüe de la crise pour effectuer des tâches de *reporting* : c'est le cas de 96 % des directeurs et assimilés répondant au questionnaire qui considèrent que ces demandes de la part des autorités ont induit une charge de travail importante :

*« Alors l'ARS était très présente. Trop présente. Ils nous envoyaient des choses tous les deux jours, et notamment le samedi, le dimanche à 23h [...]. Avec des injonctions de nous donner... à remplir des tableaux, des trucs et des machins, alors que nous, notre préoccupation c'était d'être sur le terrain. [...] Et puis il y a des choses c'est*

*incompréhensible quoi, et puis tout et son contraire [...]. » (Joséphine, directrice d'un établissement public non hospitalier).*

*« Alors déjà j'étais sous l'eau à courir dans tous les sens. Et puis tous les jours, et je n'en pouvais plus, ils m'appelaient avec leurs statistiques. Et... "alors il y a combien", puis je me disais "mais c'est... alors il y a ça", et puis vous répondez une fois, alors que ça crie ou alors il y a des choses dramatiques qui se passent. Et quelques fois je me disais, mais est-ce qu'ils se rendent compte qu'ils prennent une heure de mon temps tous les jours à m'appeler ? [...] Ils demandent même pas "quand est-ce qu'on peut vous appeler ? On vous dérange ?", non. Ils appellent quand ils veulent. Et en plus il faut les rappeler parce qu'ils sont très insistants. » (Hélène, ancienne directrice d'un établissement privé à but non lucratif).*

La temporalité imposée par les autorités a également fait l'objet de vives critiques de la part des directeurs enquêtés. 90 % d'entre eux estiment que les autorités ont exigé des délais de réponse trop courts, alors qu'ils devaient gérer des urgences liées à la gestion de la contamination (gestion des absences et les remplacements des travailleurs contaminés, communication avec les familles, gestion des matériels, etc.).

En outre, ces demandes de *reporting* ont parfois été redondantes : de mêmes informations ont pu être remontées plusieurs fois à des instances différentes (l'ARS et une cellule de crise pour un établissement hospitalier par exemple), ou à l'ARS *via* des interlocuteurs différents.

*« Et puis en plus parfois ça faisait un peu doublon quoi, parce que du coup les questions qu'ils nous posaient sur le nombre d'apparitions de nouveaux cas depuis la dernière fois qu'on s'est eu au téléphone avec l'ARS, bah en fait c'était déjà ce qu'on reprenait sur [une plateforme]. » (Stéphanie, cadre de santé dans un établissement public hospitalier).*

Les ARS communiquaient aussi avec les établissements *via* des mails et appels téléphoniques, communications qui ont été trop tardives pour 90 % des directeurs et assimilés répondant au questionnaire :



*« Et en fait les informations de l'ARS [nom de la région] arrivaient toujours deux jours après ce que pouvaient nous envoyer nos fédérations. Heureusement que la FNADEPA était là parce que là c'était en direct, ça arrivait tout de suite, nickel et l'ARS ça arrivait deux ou trois jours après. »* (Joséphine, directrice d'un établissement public non hospitalier).

*« On a eu trois semaines de grande solitude. Et à partir du mois de mars les ARS ont commencé à se réveiller et à nous envoyer un peu de protocoles, un peu d'infos, et même beaucoup trop à un moment. »* (Thierry, directeur d'un établissement public non hospitalier).

La grande majorité des directeurs enquêtés considèrent que les consignes reçues de la part des autorités dans la gestion de la crise ont manqué de cohérence. 94 % des directeurs et assimilés qui ont répondu au questionnaire affirment que certaines consignes étaient contradictoires, 89 % qu'elles n'étaient pas pertinentes. De façon plus générale, elles ont souvent été perçues comme déconnectées de la réalité du terrain :

*« L'ARS, complètement déconnectée de la réalité ! »* (Hélène, ancienne directrice d'un établissement privé à but non lucratif).

*« [...] Je l'ai vécu à mon niveau sur le fait d'avoir des injonctions qui étaient très très floues, très paradoxales d'un jour à l'autre. On était tous très déstabilisés de ne pas avoir un traçage assez limpide de ce qu'il fallait faire. Et encore aujourd'hui, je veux dire... on n'est pas sorti de l'auberge. »* (Fabien, directeur d'un groupe associatif gérant plusieurs établissements).

Conséquence de cette « déconnexion », certains directeurs ont éprouvé des difficultés à appliquer les consignes des autorités sur le terrain.

*« Parfois en fait, vous arrivez le lundi matin à 9h, vous avez le ministère de la santé et des solidarités qui vous a sorti un texte du week-end. Et en fait... il prend effet au moment où vous le lisez, donc il faut tout réorganiser, et quatre jours après vous en*

*avez un autre qui tombe et faut tout revenir en arrière. C'était... vraiment compliqué dans la gestion aussi pour nous au niveau administratif et puis au niveau de la prise en soin [...], [les recommandations] du gouvernement, de l'ARS, et puis après il y a les recommandations du CEFIEC aussi qui tombaient et encore maintenant en fait, quand on a des consignes du CEFIEC finalement ça colle pas avec le texte du gouvernement, il y a des petites choses qui diffèrent. » (Stéphanie, cadre de santé dans un établissement public hospitalier).*

Ainsi, dans un EHPAD, la mise en œuvre de la sectorisation a par exemple eu pour effet de multiplier les cas de contagion :

*« A l'époque nous on a eu une politique, du coup sur l'hôpital de... enfin c'était même pas sur l'hôpital, c'était une demande de l'ARS, de sectoriser les gens qui étaient Covid et non-Covid. [...] Et en fait les déménagements se faisaient après les transmissions, donc à partir de 14h30 et le service intérieur de nettoyage eux terminent à 15h, ce qui fait que ça a été fait vraiment... vite fait, à l'arrache. On changeait 10 chambres par semaine sans re-nettoyer et en fait... c'est ce que je vous disais, je pense que nous on a contaminé nos gens parce qu'en fait on a mis des patients négatifs dans des chambres de personnes qui étaient positives, sans bio-nettoyage, sans aération, parce qu'il fallait se dépêcher, il fallait que tout soit fait pour le week-end. [...] Et en fait on a fait pendant plusieurs semaines, jusqu'à ce qu'on ait contaminé quasiment tout l'EHPAD. » (Stéphanie, cadre de santé dans un établissement hospitalier).*

## 2.4 Focus sur le vécu psychologique des travailleurs des EHPAD pendant la crise sanitaire

Si la crise sanitaire a eu des répercussions importantes en matière de conditions de travail sur les professionnels des EHPAD, elle a également engendré une forte angoisse chez les travailleurs des EHPAD et a accru leur stress au travail (Hoedl *et al.*, 2022 ; Van der Molen et Brown, 2021). Articulant les données quantitatives et qualitatives, cette partie sera consacrée à l'étude sur la façon dont les professionnels ont vécu la crise sanitaire (2.4.1) suivie des analyses statistiques inférentielles dans le but de comprendre les déterminants de leur charge émotionnelle (2.4.2).

### 2.4.1 Une crise sanitaire mal vécue psychologiquement par les travailleurs enquêtés

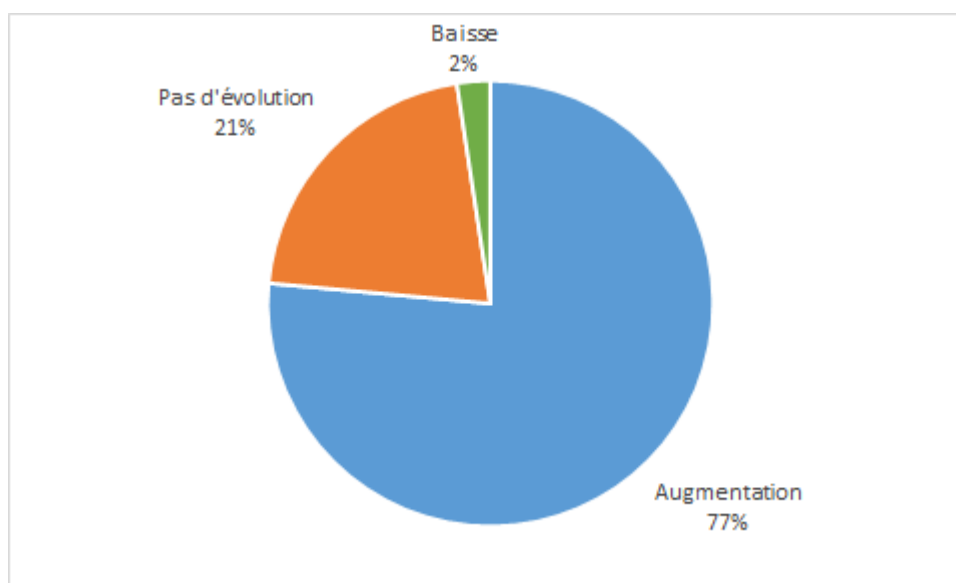
En première ligne face à l'épidémie, les professionnels des EHPAD ont été mis à rude épreuve. Nombreux sont ceux ayant éprouvé des sentiments d'incertitude et d'abandon. Ils ont en particulier souvent mal vécu la gestion des résidents malades et des relations avec les familles. A plus long terme, c'est un sentiment d'injustice qui domine, en particulier sur les plans de la reconnaissance monétaire et de la reconnaissance sociale.

#### *Entre incertitude et abandon*

Qu'ils soient ou non soignants, les travailleurs des EHPAD enquêtés ont, dans l'ensemble, particulièrement mal vécu psychologiquement la crise sanitaire, notamment durant les deux premières vagues.

La crise sanitaire a eu des conséquences importantes en matière de stress au travail. Les trois-quarts des répondants au questionnaire considèrent que les restrictions liées à l'épidémie ont augmenté leur niveau de stress au travail. 64 % déclarent avoir ressenti, au cours de l'année 2020 un sentiment de stress ou de frustration face aux décès massifs.

**Graphique 9. Impact des restrictions liées à l'épidémie de Covid-19 sur le niveau de stress au travail**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : directeurs et assimilés travaillant en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français au moment de l'enquête en 2022. Lecture : 77 % des répondants déclarent que les restrictions liées à l'épidémie de Covid-19 ont entraîné une augmentation de leur niveau de stress au travail.

Pendant les premiers mois de l'épidémie, le sentiment le plus partagé par les travailleurs des EHPAD est celui de l'angoisse à l'idée de contaminer d'autres personnes (résidents, collègues, familles, etc.) : 89 % des répondants au questionnaire déclarent avoir éprouvé ce sentiment (64 % ont craint d'avoir eux-mêmes une forme grave de Covid-19). Ce sentiment d'angoisse s'explique en premier lieu par la forte incertitude qui prévalait lors de cette période. Plusieurs études sur le sujet (Montgomery, 2021 ; Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, 2021 ; Hoedl *et al.*, 2022) ont en effet montré, qu'au début de la crise, en France comme à l'étranger, en l'absence de protocole et face aux modifications de ces derniers, les professionnels, travailleurs et encadrants, se sont révélés être en proie à l'incertitude. Ce résultat est confirmé par nos entretiens :

*« La première vague on avait eu 22 décès en moins d'un mois. Les premiers décès, c'était en plus sans assistance parce que... du coup, on savait pas trop ce qui se passait, quelle gravité ça allait avoir. Et en fait les gens partaient très très vite vu que... On a des gens avec de grosses pathologies. Donc certains en moins de 48 heures ils étaient*

*décédés.* » (Benoit, infirmier diplômé d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

69 % des répondants ont déclaré avoir éprouvé un sentiment d'abandon par le système sanitaire. En contact direct avec les résidents, ce sentiment est particulièrement partagé par les infirmiers. Les entretiens avec des soignants (infirmiers et aides-soignants) des EHPAD non hospitaliers font état d'un fort sentiment d'abandon et de solitude lié à la fois au manque d'encadrement (notamment en cas d'absence de médecin coordonnateur) et au refus de prise en charge de résidents par les hôpitaux. C'est en particulier lors de la première vague que les enquêtés ont exprimé du ressentiment envers l'absence de médecin. Même en cas de contact par téléphone avec des médecins coordonnateurs ou libéraux, ils ont regretté l'absence de présence physique, notamment d'urgentistes, en dehors des moments de « tri » des résidents, moments par ailleurs régulièrement décrits comme éprouvants pour les travailleurs.

Les soignants enquêtés décrivent avoir dû faire face, seuls, aux situations incertaines et délicates, et avoir dû prendre des décisions sur des soins qu'ils ne maîtrisaient pas forcément, ce qui a fortement augmenté leur niveau de stress et d'angoisse au travail : ce fut par exemple le cas pour ceux qui ont été contraints d'établir des ordres de priorité des résidents vis-à-vis des appareils respiratoires, en nombre très limité, du moins lors des premières vagues. La seconde vague (ainsi que les suivantes) s'est révélée moins éprouvante, la maladie étant progressivement mieux connue et des aides étant proposées : la charge de travail est néanmoins restée très lourde lors des premières vagues. Plus que la peur de la maladie en elle-même, ce sont la question de l'incertitude et un accès parfois réduit au reste du système sanitaire, qui ont été sources de souffrance pour ces professionnels.

### *L'assignation à de nouvelles tâches émotionnellement éprouvantes*

Comme mis en avant dans les parties précédentes, la crise sanitaire a entraîné une hausse de la charge de travail et a déstabilisé les liens entre les établissements et le reste du système sanitaire et social. Ces difficultés ont été en partie compensées par l'assignation de nouvelles tâches aux professionnels des EHPAD dont certaines se sont révélées émotionnellement éprouvantes. L'enquête qualitative a montré qu'une partie des travailleurs d'EHPAD (personnel administratif, soignants et animateurs) a été chargée du « maintien du lien familial », notamment *via* l'organisation d'appels vidéo. Les infirmiers ont dû quant à eux assumer des responsabilités lourdes, notamment en cas d'absence de médecin. Par exemple, certains ont parfois été chargés de prendre soin des résidents atteints du Covid et présentant des difficultés respiratoires.

Cette question de la responsabilité morale est longuement revenue lors des entretiens. L'absence de médecin entraînant des difficultés à obtenir des certificats de décès (ou des ordonnances), les EHPAD ont pu se voir contraints de conserver des corps au sein des locaux, sans chambre froide, ce qui a constitué une situation particulièrement difficile à vivre pour les professionnels. De nombreux travailleurs cadres et non-cadres ont par ailleurs vécu difficilement la prise de certaines décisions ayant de lourdes conséquences vis-à-vis des résidents, des familles mais aussi de leurs collègues. Ces « soins palliatifs » (terme utilisé par les enquêtés), qui ont été réalisés en cas de refus d'hospitalisation, ont parfois été difficiles à justifier auprès des familles, les infirmiers n'étant de plus pas habituellement chargés d'annoncer les décès.

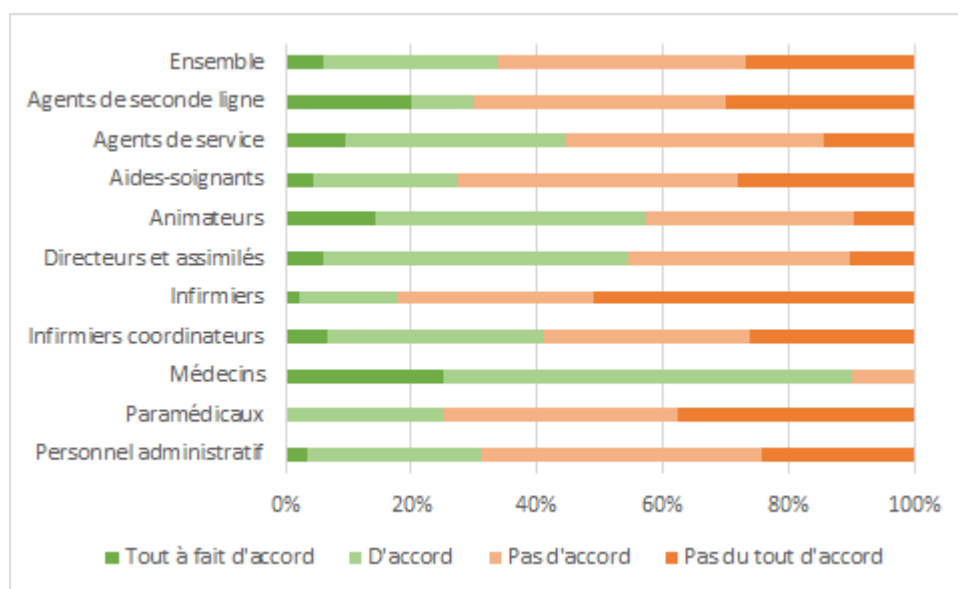
### *Un sentiment d'injustice face au manque de reconnaissance monétaire et sociale*

Une large majorité de travailleurs des EHPAD partage un fort sentiment d'injustice, et ce, quel que soit le métier exercé : en 2020, 84 % des répondants à l'enquête quantitative ont éprouvé un sentiment d'injustice lié au déséquilibre entre les efforts fournis et leur reconnaissance sociale. Les différences par métier ne sont pas statistiquement significatives,

ce qui tend à conforter l'idée d'un effet sectoriel. Les enquêtés ont fortement critiqué en particulier un manque de reconnaissance du travail en EHPAD sur le plan financier (la prime de revalorisation Ségur a été appliquée tardivement dans les EHPAD) comme sur le plan social (image très négative des EHPAD, marquée par des scandales dans les médias).

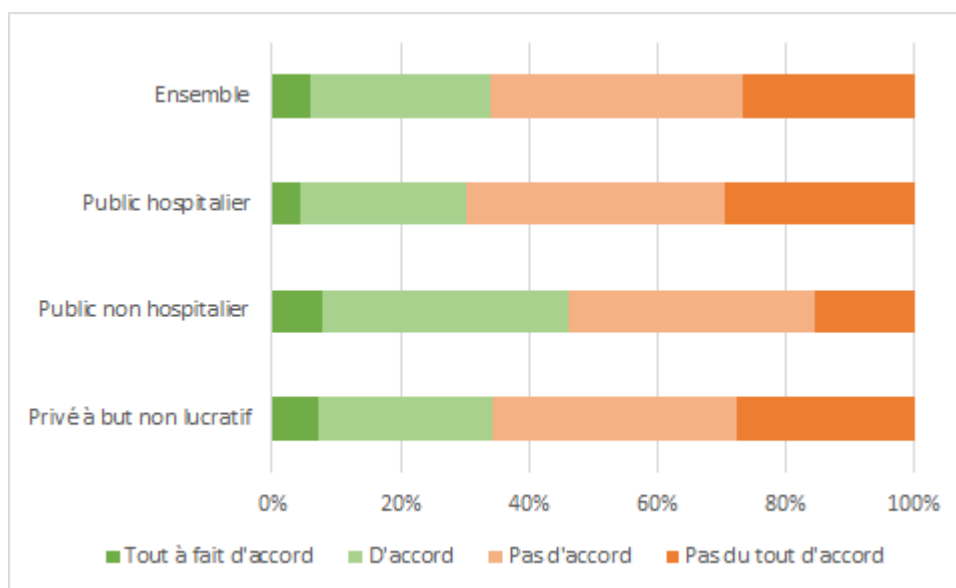
Sur le plan monétaire, seul un tiers des répondants approuve, à la date de l'enquête, la proposition selon laquelle « Étant donné mes efforts, mon salaire est suffisant » (6 % sont tout à fait d'accord et 28 % d'accord avec cette proposition). 39 % ne sont pas d'accord et 27 % pas du tout d'accord avec celle-ci, soit 66 % des enquêtés. La satisfaction vis-à-vis du salaire dépend largement du métier, les travailleurs non-cadres étant globalement moins satisfaits. Les infirmiers sont particulièrement insatisfaits de leur salaire : 82 % d'entre eux ne sont pas d'accord (31 %) ou pas du tout d'accord (51 %) avec l'idée que leur salaire est suffisant au regard des efforts fournis. Les travailleurs des EHPAD publics non hospitaliers sont plus souvent satisfaits de leur salaire que ceux des autres types d'EHPAD, ainsi que les travailleurs ayant moins d'un an d'ancienneté dans le secteur.

**Graphique 10. Satisfaction vis-à-vis du salaire, selon le métier exercé**



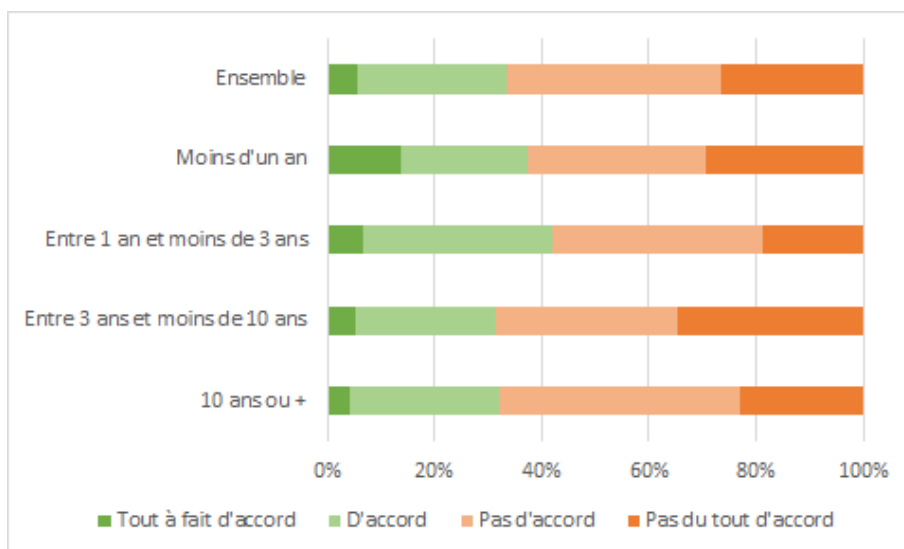
Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le métier exercé et la satisfaction vis-à-vis du salaire est statistiquement significatif ( $p\text{-value} = 0,0004998$ ). Lecture : 6 20 % des agents de seconde ligne déclarent être « tout à fait d'accord » avec la proposition suivante : « Étant donné mes efforts, mon salaire est satisfaisant ».

**Graphique 11. Satisfaction vis-à-vis du salaire, selon le statut juridique de l'établissement**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le statut juridique de l'EHPAD et la satisfaction vis-à-vis du salaire est statistiquement significatif ( $p\text{-value} = 0,02049$ ). Lecture : 4 % des travailleurs des EHPAD publics hospitaliers déclarent être « tout à fait d'accord » avec la proposition suivante : « Étant donné mes efforts, mon salaire est satisfaisant ».

**Graphique 12. Satisfaction vis-à-vis du salaire, selon l'ancienneté dans le secteur**

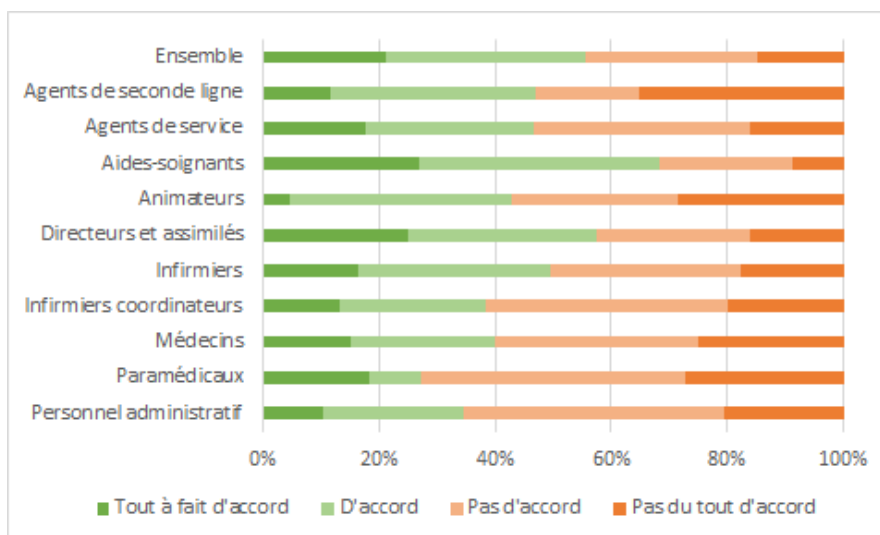


Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre l'ancienneté du travailleur dans le secteur et la satisfaction vis-à-vis du salaire est statistiquement significatif ( $p\text{-value} = 0,0009995$ ). Lecture : 4 % des travailleurs ayant moins d'un an d'ancienneté dans le secteur des EHPAD déclarent être « tout à fait d'accord » avec la proposition suivante : « Étant donné mes efforts, mon salaire est satisfaisant ».



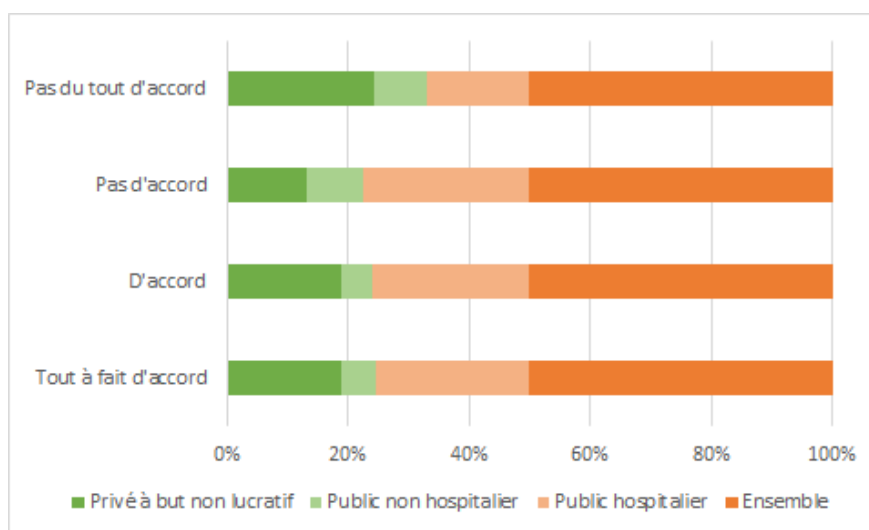
Mais le manque de reconnaissance sociale ne se limite pas à la question salariale : il porte également sur l'image du secteur. A la date de l'enquête, les avis sont partagés concernant la proposition selon laquelle « Mon travail a une mauvaise image dans l'opinion publique ». 21 % des répondants sont tout à fait d'accord avec cette proposition, 34 % sont d'accord, 29 % ne sont pas d'accord et 15 % ne sont pas du tout d'accord. Des différences significatives existent selon le métier exercé, le statut juridique de l'établissement et l'ancienneté dans le secteur. Ainsi, 69 % des aides-soignants considèrent que leur travail a une mauvaise image dans l'opinion publique, c'est également le cas de 57 % des directeurs et assimilés. A l'inverse, les médecins, les infirmiers coordinateurs, les paramédicaux et les personnels administratifs estiment plutôt que leur travail n'a pas une mauvaise image dans l'opinion publique. Les avis des travailleurs de seconde ligne, des animateurs et des agents de service sont plus partagés. Les travailleurs des EHPAD publics non hospitaliers estiment moins souvent que les autres que leur travail a une image négative dans l'opinion publique. La part de personnes estimant que leur travail a une image négative dans l'opinion publique tend, de plus, à augmenter avec l'ancienneté passée dans le secteur.

**Graphique 13. Mauvaise image du travail exercé dans l'opinion publique, selon le métier exercé**



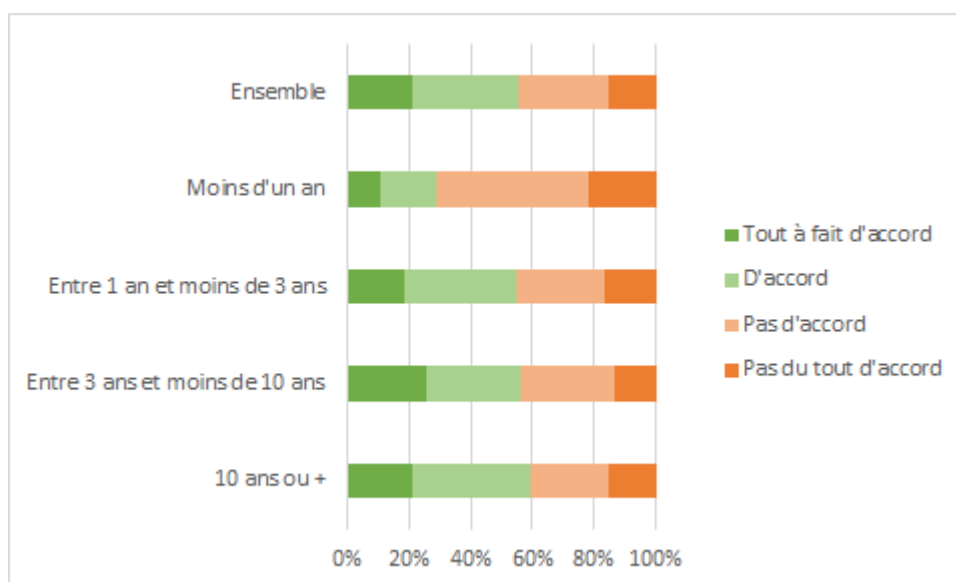
Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le métier exercé et sa perception d'une mauvaise image dans l'opinion publique est statistiquement significatif ( $p\text{-value} = 0,0004998$ ). Lecture : 12 % des agents de seconde ligne déclarent être « tout à fait d'accord » avec la proposition suivante : « Mon travail a une mauvaise image dans l'opinion publique ».

**Graphique 14. Mauvaise image du travail exercé dans l'opinion publique, selon le statut juridique de l'établissement**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le statut juridique de l'EHPAD et la perception d'une mauvaise image de son métier dans l'opinion publique est statistiquement significatif ( $p\text{-value} = 0,0009995$ ). Lecture : 21 % des travailleurs d'EHPAD publics hospitaliers déclarent être « tout à fait d'accord » avec la proposition suivante : « Mon travail a une mauvaise image dans l'opinion publique ».

**Graphique 15. Mauvaise image du travail exercé dans l'opinion publique, selon l'ancienneté dans le secteur des EHPAD**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre l'ancienneté du travailleur dans le secteur et la perception d'une mauvaise image de son métier dans l'opinion publique est statistiquement significatif ( $p\text{-value} = 0,01849$ ). Lecture : 10 % des travailleurs ayant moins d'un an d'ancienneté dans le secteur des EHPAD déclarent être « tout à fait d'accord » avec la proposition suivante : « Mon travail a une mauvaise image dans l'opinion publique ».

La question de la reconnaissance et de l'image du secteur des EHPAD est un sujet prépondérant dans le discours des travailleurs. Ces derniers ont souligné lors de l'enquête de terrain le caractère éphémère, et voire opportuniste, de l'attention portée à l'EHPAD :

*« Au moment du COVID tout le monde applaudissait "ouais, ouais les soignants !" Après ils ont vite oublié ! [Rire jaune] Après ils ont vite oublié et on est redevenu des, bah des moins que rien. »* (Louise, aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

*« Est-ce que vous avez vu le premier soir du déconfinement ? Ils avaient pris l'habitude les médias de nous montrer les applaudissements sur les balcons, d'accord ? Moi il y a une image qui m'a frappée le premier jour ou le deuxième [jour après le déconfinement], je ne sais plus si c'est le lundi ou le mardi. Ils étaient en train de montrer les balcons etc., il y avait plus personne. Cela n'a pas de sens tout cela. Quelque part en fait, c'est qu'ils [les travailleurs] ont eu le sentiment, on les a brossés dans le sens du poil. »* (Anne, cadre dans un établissement privé à but non lucratif).

D'autres enquêtés ont eu le sentiment que les EHPAD occupent une place marginale, par rapport aux hôpitaux, dans l'opinion publique :

*« Être laissés pour compte et après d'entendre à la télé que tout se passait bien, qu'ils allaient acheter des masques, qu'ils débloquaient des fonds, alors que nous... Ils parlaient tout juste des hôpitaux et des cas en hôpitaux alors que nous en maisons de retraite on avait déjà des décès, ils n'en parlaient même pas. »* (Benoit, infirmier diplômé d'état dans un établissement privé à but non lucratif).

#### 2.4.2. Les déterminants de la charge émotionnelle des travailleurs en EHPAD en 2020<sup>17</sup>

La question de la charge émotionnelle des travailleurs lors de la première année de la crise sanitaire s'est rapidement imposée comme prépondérante au vu de l'enquête de terrain et des premiers résultats descriptifs. Cherchant à sociologiser un objet rarement étudié par la discipline, il s'agit ici d'appréhender quantitativement le vécu subjectif des travailleurs des EHPAD en France pendant l'épidémie et d'identifier ses déterminants. Sont-ils plutôt d'ordre individuel, interpersonnel, organisationnel ou encore structurel ? Les résultats montrent que l'intensité de la charge émotionnelle varie, à la fois selon des facteurs déjà identifiés par la littérature, mais également selon l'ampleur de l'épidémie et sa gestion par l'établissement, ainsi que selon l'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires.

Si la sociologie a depuis longtemps questionné les conditions matérielles du travail des travailleurs du *care*, la dimension émotionnelle a, quant à elle, été surtout abordée en psychologie sans prise en compte des facteurs méso et macrosociaux, comme l'organisation territoriale des soins sanitaires et médico-sociaux ainsi que l'imbrication des EHPAD dans des réseaux locaux. Les rares travaux sociologiques sur ce sujet adoptent une approche qualitative et s'inscrivent dans la lignée des recherches sur le travail émotionnel (*emotional labour*) (Hochschild, 2012 [1983] ; Lopez, 2006 ; Rodriguez, 2014 ; Theodosius, 2008). Ces études mettent l'accent sur la façon dont les émotions au travail sont façonnées par les organisations ou les travailleurs eux-mêmes (Johnson, 2015 ; Lopez, 2006 ; Rodriguez, 2014 ; Theodosius, 2008). Ces travaux qualitatifs sont très riches mais ils fournissent peu d'éléments sur les facteurs explicatifs des vécus émotionnels des travailleurs d'EHPAD. La question du vécu au travail au niveau émotionnel est davantage étudiée en économie ou en psychologie. En économie, c'est en particulier la notion de risques psychosociaux qui est mobilisée, avec des enquêtes de grande ampleur s'inspirant des modèles de Karasek (Karasek et Theorell, 1990). Néanmoins, ces derniers ne fournissent pas de cadre théorique sur le vécu du travail (Bué *et al.* 2008). En psychologie, les vécus émotionnels au travail sont appréhendés dans le cadre théorique du *burnout* (Maslach et Jackson, 1981). A notre

---

<sup>17</sup> Le propos développé dans cette sous-partie a fait l'objet d'un article à paraître : Marion Plault, Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni, « Travailler dans un EHPAD pendant la pandémie de Covid-19 : quels déterminants de la charge émotionnelle des professionnels du secteur ? », *Socio-économie du travail*.

connaissance, les facteurs sociopolitiques, comme l'organisation du système de santé ou plus largement les politiques sociales, ne sont pas pris en compte dans ces travaux.

Les EHPAD sont pourtant imbriqués dans un système de santé local (Fournier *et al.*, 2021) avec des relations d'interdépendance avec les services de soins hospitaliers ou ambulatoires. Il apparaît donc que les régulations des pouvoirs publics et les contraintes locales spécifiques peuvent avoir un impact sur le travail au sein des EHPAD et sur les expériences vécues du personnel. C'est pourquoi il semble important de réintroduire les raisonnements sociologiques dans l'analyse quantitative des vécus émotionnels des travailleurs : d'abord en proposant une définition historiquement et socialement située de la charge émotionnelle ; puis en cherchant à l'expliquer par des facteurs sociopolitiques et territoriaux.

#### *Une mesure de la charge émotionnelle*

La charge émotionnelle est définie ici par l'accumulation d'une série d'indicateurs qui correspondent aux sentiments les plus exprimés et les plus marquants éprouvés par nos enquêtés au plus fort de la crise sanitaire. Celle-ci est mesurée à partir d'une question comprenant 5 dimensions :

« Au cours de l'année 2020, avez-vous éprouvé les sentiments suivants dans votre travail ?

- *Angoisse d'avoir soi-même une forme grave de Covid-19.*
- *Stress ou frustration face aux décès massifs.*
- *Sentiment d'abandon par le système sanitaire.*
- *Sentiment d'injustice : déséquilibre entre les efforts fournis et leur reconnaissance sociale.*
- *Sentiment de culpabilité lié au fait de ne pas pouvoir passer assez de temps avec vos proches. »*

Chaque réponse positive à un item est codée en « 1 » et chaque réponse négative en « 0 ». Les valeurs sont ensuite additionnées : le score de l'échelle va donc de 0 à 5. S'intéressant à l'expérience vécue des travailleurs pendant la phase aiguë de la crise sanitaire, seuls sont retenus les questionnaires remplis par des travailleurs i) présents dans un EHPAD pendant l'année 2020, ii) ayant répondu aux questions sur l'intensité de charge émotionnelle au travail. L'échantillon final compte 439 observations sur 919 questionnaires récoltés. 55 % des enquêtés ont éprouvé une charge émotionnelle au moins égale à 4 (la moyenne se situant à 3,5).

Une méthode de régression logistique ordinaire à logit cumulatif (*cumulative logit model*) (Allison, 1999) permet de modéliser la charge émotionnelle. Ce modèle a une présomption de lignes parallèles (*parallel lines assumption*), c'est-à-dire qu'entre les différents échelons, les pentes sont constantes et seuls les intercepts diffèrent. Autrement dit, le modèle suppose que les effets de covariance ne sont pas spécifiques à un échelon : les variables explicatives auront les mêmes impacts sur la probabilité que la charge émotionnelle passe d'un niveau  $i$ , par rapport à la probabilité d'avoir un niveau inférieur à  $i$ , quel que soit le niveau de  $i$  ( $i=0-5$ ). L'analyse des résidus montre qu'à l'exception de quelques valeurs extrêmes, ce modèle est adapté aux données<sup>18</sup>.

La sélection des variables explicatives du modèle a été effectuée en deux étapes<sup>19</sup> : le premier modèle intègre les variables repérées comme pertinentes par la littérature (caractéristiques des travailleurs et de l'établissement, organisation du travail) ; le second modèle y ajoute des variables suggérées par l'enquête qualitative sur la gestion de la crise sanitaire de Covid-19 par l'établissement (pourcentage de contaminés, dégradation de l'accès aux soins, etc.). L'intégration de ces variables améliore de façon très significative le modèle, car le pseudo  $R^2$  (Nagelkerke) passe de 22,6 % pour le premier modèle à 35,2 % pour le modèle retenu. Par ailleurs, plusieurs tests d'interaction entre les variables explicatives ont été réalisés (sexe et métier ; statut juridique de l'EHPAD et variables sur l'organisation du travail, etc.) mais sans amélioration du modèle.

---

<sup>18</sup> Nous avons testé les modèles non proportionnels, notamment celui de *Location-shift model* (Tutz et Berger, 2017). Mais les résultats de l'estimation sont très proches de ceux obtenus avec un *Proportional Odds model*. Nous retenons le modèle proportionnel qui est le plus simple à interpréter (Tutz et Berger, 2022).

<sup>19</sup> La littérature et l'enquête qualitative nous ont conduit à tester plusieurs variables qui n'ont pas été intégrées dans le modèle final, soit parce qu'elles ne sont pas significatives, soit en raison de la colinéarité avec d'autres variables du modèle. Par exemple, l'âge est très corrélé à l'ancienneté dans le secteur ; la zone géographique est fortement corrélée au statut juridique et aux ressources médicales disponibles à proximité ; les variables sur le soutien et la solidarité entre collègues ne sont pas discriminantes car elles recueillent plus de 80 % de réponses positives.

Les résultats de la régression logistique ordinale (voir le tableau 6 et le graphique 16<sup>20</sup>) montrent que la charge émotionnelle dépend en partie des caractéristiques des travailleurs. L'effet du métier est particulièrement prononcé. Par rapport aux encadrants, le personnel administratif, les soignants et les agents de première ligne (hors soins) ont plus de risque d'avoir une charge émotionnelle à un niveau *i*, plutôt qu'un niveau inférieur à *i* (Odds Ratio (OR) respectifs : 4,41 ; 3,4 et 2,88). Les femmes déclarent une charge émotionnelle plus forte que les hommes, ce qui confirme les résultats de la littérature sur le sujet (Bèque *et al.*, 2017 ; Coutrot, 2018 ; Khireddine *et al.*, 2015), mais l'impact du sexe est plus modéré que celui du métier (OR : 1,56). A l'instar de plusieurs recherches (Blanco-Donoso *et al.*, 2021 ; Chamberlain *et al.*, 2017 ; Martinez-Lopez *et al.*, 2021), on constate que l'âge n'a pas d'impact significatif sur la charge émotionnelle des travailleurs des EHPAD, raison pour laquelle cette variable n'a pas été intégrée dans le modèle. En revanche, nous identifions un effet de l'ancienneté : les travailleurs exerçant en EHPAD depuis moins de 3 ans déclarent une charge émotionnelle moins forte que ceux qui y travaillent depuis plus de 3 ans (OR : 0,47). Ce résultat s'explique notamment par la pénibilité physique propre à ce secteur d'activité (Marquier *et al.*, 2016) qui conduit à une forme d'usure professionnelle.

---

<sup>20</sup> Les résultats sont présentés à la fois sous forme de tableau (plus complet) et de graphique (plus lisible).

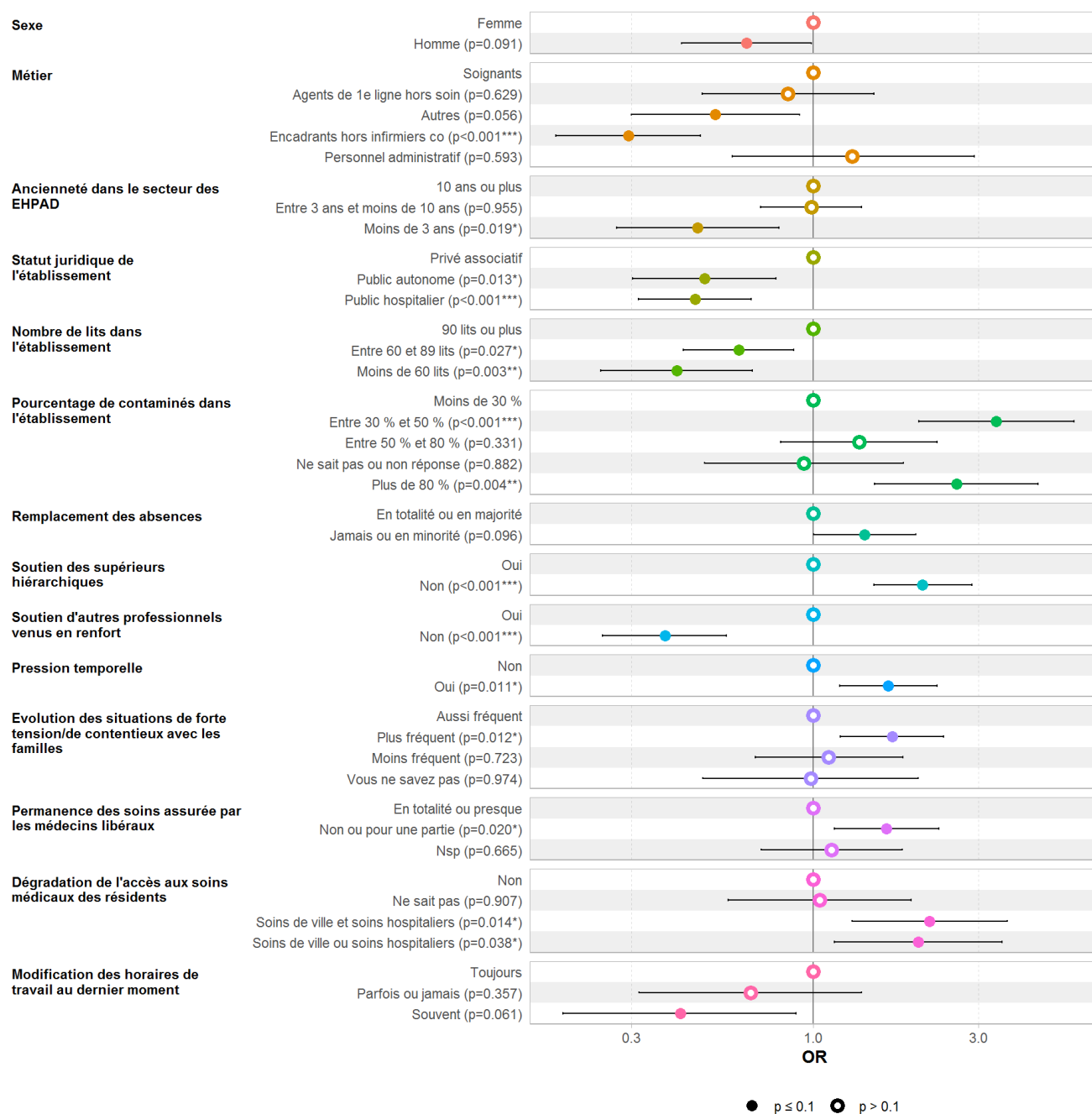
**Tableau 6. Résultats de la régression logistique ordinaire sur la charge émotionnelle des travailleurs d'EHPAD en France (n = 439)**

		R	90% IC	valeur
CARACTÉRISTIQUES DES TRAVAILLEURS	Antécédents	-	—	
	Antécédents	40	11 – 5.51	<b>0.001</b>
	de 1e ligne hors soin	38	46 – 5.74	<b>0.011</b>
	fonctionnel administratif	41	81 – 10.9	<b>0.006</b>
		8	92 – 3.46	0.2
		-	—	
	Expérience	54	42 – 0.99	<b>0.091</b>
	Travaillé dans le secteur des EHPAD			
	Oui plus	-	—	
	Moins de 10 ans	99	71 – 1.38	>0.9
CARACTÉRISTIQUES DE L'EHPAD	Moins de 3 ans	47	27 – 0.80	<b>0.019</b>
	Nombre de lits dans l'établissement			
	Oui plus	-	—	
	50 et 89 lits	51	42 – 0.88	<b>0.027</b>
	Moins de 60 lits	40	24 – 0.67	<b>0.003</b>
	Statut juridique de l'établissement			
	Public non lucratif	-	—	
SITUATION DU TRAVAIL	Hospitalier	46	31 – 0.66	<b>0.001</b>
	Non hospitalier	49	30 – 0.78	<b>0.013</b>
	Précarité temporelle			
		-	—	
		55	19 – 2.28	<b>0.011</b>
	Modification des horaires de travail au dernier moment			
	Oui	-	—	
NIVEAU DE CONTAMINÉS	Oui	4	19 – 0.90	<b>0.061</b>
	Oui jamais	56	31 – 1.38	0.4
	Moins de 30 %	-	—	
	30 % et 50 %	38	02 – 5.66	<b>0.001</b>
	50 % et 80 %	36	81 – 2.28	0.3
ENVIRONNEMENT ORGANISATIONNEL FACE AU RISQUE SANITAIRE	80 %	59	51 – 4.47	<b>0.004</b>
	Pas ou non réponse	94	49 – 1.83	0.9
	Prévalence des absences			
	Majorité ou en majorité	-	—	
	Minorité ou en minorité	41	00 – 1.98	<b>0.10</b>
	Présence de supérieurs hiérarchiques			
		-	—	
		07	50 – 2.87	<b>0.001</b>
	Présence de situations de forte tension/de contentieux avec les familles			
PRÉSENCE D'AUTRES PROFESSIONNELS EN RENFORT	Oui	-	—	
	Oui	59	20 – 2.39	<b>0.012</b>
	Oui	41	68 – 1.82	0.7
	Oui	99	48 – 2.02	>0.9
NIVEAU DES RESSOURCES MÉDICALES	Pas	-	—	
	Pas	37	25 – 0.56	<b>0.001</b>
	Présence de l'accès aux soins médicaux des résidents			
	Dégradation	-	—	
	Présence de l'accès aux soins de ville et aux soins hospitaliers	47	30 – 3.64	<b>0.014</b>
	Présence de l'accès aux soins de ville ou aux soins hospitaliers	01	16 – 3.51	<b>0.038</b>
	Pas	04	57 – 1.92	>0.9
	Présence des soins assurée par les médecins libéraux			
	Oui	-	—	
	Oui	53	15 – 2.31	<b>0.020</b>
	Pas	13	71 – 1.81	0.7

Note de lecture : voir note du graphique 16.



**Graphique 16. Résultats de la régression logistique ordinaire sur la charge émotionnelle des travailleurs d'EHPAD en France (n = 439)**



AIC : 1283. Nagelkerke  $R^2 = .352$ .

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents en EHPAD en 2020, toujours en emploi dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022 (n= 439). Lecture : la modalité de référence de la variable "métier" est "encadrant". Toutes choses égales par ailleurs, les soignants ont 3,4 fois plus de risque que les encadrants d'avoir une charge émotionnelle à un niveau i, plutôt qu'un niveau inférieur à i (avec un intervalle de confiance entre 2,11 et 5,51). Ce résultat est statistiquement significatif au seuil de 0.1 % (p-valeur inférieure à 0,001).

Les caractéristiques de l'établissement ont également un effet propre sur la charge émotionnelle. Celle-ci dépend notamment de la taille de l'EHPAD : les travailleurs des plus

grands établissements déclarent une charge émotionnelle plus forte que ceux des plus petits établissements. La relative protection des travailleurs qui exercent dans de petits établissements est donc attestée (Chamberlain *et al.*, 2017 ; Vermeerbergen *et al.*, 2017). La charge émotionnelle varie également selon le statut juridique de l'établissement : les travailleurs des EHPAD privés associatifs ont éprouvé une charge émotionnelle plus forte que ceux des EHPAD hospitaliers (OR : 2,17) et publics non hospitaliers (OR : 2,04). Tandis que la littérature oppose généralement les EHPAD privés à but lucratif aux autres, ce travail, se focalisant sur les établissements non lucratifs, montre une nette différence entre les EHPAD publics et privés à but non lucratif, en faveur des premiers. Ce résultat s'explique par un meilleur taux d'encadrement dans les EHPAD publics (Bazin et Muller, 2018 ; Reynaud, 2020) et atteste de l'intérêt de distinguer les établissements publics des établissements privés à but non lucratif.

Les résultats montrent par ailleurs une corrélation entre la charge émotionnelle et l'organisation du travail : la charge émotionnelle est ainsi plus intense pour les travailleurs estimant ne pas disposer du temps nécessaire pour effectuer correctement leur travail (OR : 1,65). Ils réaffirment par ailleurs l'influence nette de l'organisation temporelle de travail sur la charge émotionnelle (Bergman *et al.*, 2022 ; Darawad *et al.*, 2015 ; Kandelman *et al.*, 2018). La fréquence à laquelle les horaires de travail sont amenés à être modifiés au dernier moment a également un effet propre sur l'intensité de la charge émotionnelle (OR : 2,43).

Si l'ampleur de l'épidémie impacte directement la charge émotionnelle, la réponse organisationnelle apportée par l'EHPAD face à la crise sanitaire a également une influence importante. La charge émotionnelle est plus forte parmi les travailleurs qui déclarent que les absences des soignants et des agents ont été peu ou jamais remplacées au cours de l'année 2020 (OR : 1,41). Le non-remplacement des absences exige une nouvelle répartition entre collègues pour faire face à la surcharge de travail. Ceci induit une intensification du travail et augmente la crainte de ne pas fournir un travail de qualité (Billaud et Xing, 2016 ; Blanco-Donoso *et al.*, 2021 ; Montgomery *et al.*, 2021 ; Yeatts *et al.*, 2018). Le soutien de la hiérarchie a aussi un effet très significatif : les enquêtés qui déclarent avoir été soutenus par leurs

supérieurs hiérarchiques ont une charge émotionnelle moins forte (OR : 2,07), ce qui va dans le sens de la littérature sur le sujet (Blanco-Donoso *et al.*, 2021 ; Costello *et al.*, 2019 ; Ramarajan *et al.*, 2008 ; Yeatts *et al.*, 2018).

Enfin, les tensions avec les résidents et leurs familles augmentent la probabilité d'avoir une charge émotionnelle plus intense (OR : 1,69), comme cela avait déjà été identifié avant la crise sanitaire (Abrahamson *et al.*, 2009 ; Gallego-Alberto *et al.*, 2018).

#### *L'identification de trois déterminants originaux de la charge émotionnelle : notre contribution à la littérature*

L'un des apports de cette modélisation est d'identifier trois facteurs explicatifs de la charge émotionnelle, propres à l'épidémie de Covid-19 et qui n'ont pas encore attiré l'attention des chercheurs : l'intensité de l'épidémie en 2020, le renfort venant de l'extérieur et l'accès aux ressources médicales locales.

La charge émotionnelle ressentie au cours de l'année 2020 est très dépendante de l'ampleur de l'épidémie au sein de l'EHPAD dans lequel les enquêtés travaillaient. Toutes choses égales par ailleurs, les travailleurs exerçant dans un établissement avec un taux de contamination des résidents entre 30 % et 50 % ont une charge émotionnelle plus intense que ceux travaillant dans un EHPAD peu touché par le virus (OR : 3,38). Néanmoins, les rapports entre le taux de contamination et l'intensité de la charge émotionnelle ne sont pas linéaires : bien que les intervalles de confiance se recoupent en partie, les travailleurs des établissements ayant eu le taux de contamination le plus élevé (supérieur à 80 %) ont une plus grande probabilité d'avoir une charge émotionnelle moins intense que ceux avec un taux de contamination compris entre 30 % et 50 %. L'enquête qualitative suggère que les mobilisations collectives, le soutien mutuel et la forte solidarité dans certaines situations extrêmes (80 % et plus de résidents contaminés) pourraient contrebalancer en partie l'effet de l'ampleur de l'épidémie sur la charge émotionnelle des travailleurs.

Les enquêtés qui déclarent avoir été soutenus par des professionnels venus en renfort pendant la première année de l'épidémie déclarent une charge émotionnelle plus forte (OR : 2,70). Ce résultat paradoxal s'explique en partie par la temporalité de l'épidémie, qui a été différente selon les départements (Drees, 2021a) : les travailleurs des premiers établissements touchés par le Covid-19 ont fait face à de grandes incertitudes au sujet du virus, mais ils ont également plus souvent bénéficié de soutiens extérieurs dans un contexte de forte mobilisation nationale. L'enquête qualitative suggère que les renforts ponctuels venus de l'extérieur constituent un signal du manque d'encadrement sur place au plus fort de l'épidémie. En effet, une partie significative des établissements enquêtés ayant eu des renforts extérieurs se trouvait sans directeur ni médecin coordonnateur pendant plusieurs semaines. Les renforts extérieurs n'ont pas contrebalancé l'effet du manque d'encadrement : les travailleurs des EHPAD concernés ont dû gérer la crise sanitaire dans des conditions extrêmement difficiles, ce qui a contribué à augmenter leur charge émotionnelle.

Devant une crise sanitaire, l'accès aux ressources médicales (hospitalières ou de ville) pour les résidents a une influence importante sur la charge émotionnelle des travailleurs. 70 % des enquêtés font état d'une dégradation de l'accès aux soins médicaux (hospitalier et/ou de ville) pour les résidents par rapport à la situation d'avant-crise. Toutes choses égales par ailleurs, ces derniers ont plus de risque d'avoir une charge émotionnelle plus intense que ceux qui n'ont pas constaté de dégradation (OR : 2,17). Par ailleurs, les travailleurs estimant que les médecins libéraux n'ont pas toujours assuré les soins de leurs patients en EHPAD déclarent une charge émotionnelle plus forte que ceux qui affirment le contraire (OR : 1,63). L'accès aux soins des résidents d'EHPAD est un sujet déjà étudié par la littérature, mais aucune recherche n'a mesuré son impact direct ou indirect sur l'expérience vécue des travailleurs. Notre modélisation espère contribuer à combler cette lacune en montrant que la charge émotionnelle des travailleurs des EHPAD pendant la crise sanitaire est influencée par la dégradation de l'accès aux soins de ville et/ou hospitaliers et par la présence sur place des médecins traitants.

Face au faible niveau de l'encadrement médical en interne, les soignants d'EHPAD comptent sur les soins hospitaliers et de ville locaux. En cas de difficulté d'accès aux hôpitaux ou d'absence de médecin traitant, ils se sont trouvés contraints de gérer des cas médicalement compliqués, sans toujours disposer de suffisamment de connaissances, ni de savoir-faire. Cela a engendré des situations de stress et d'impuissance (Nyashanu *et al.*, 2022). Les travailleurs non-soignants ont également été concernés car ils ont participé à gérer les conséquences de l'insuffisance médicale et, dans des situations extrêmes, les décès des résidents. L'effet net des variables liées à l'accès aux soins sur la charge émotionnelle des travailleurs souligne l'enjeu de la coordination territoriale des ressources médicales et de la prise en compte du contexte local dans l'analyse du travail en EHPAD (Fournier *et al.*, 2021).

#### *Pour une meilleure prise en compte des travailleurs invisibles en EHPAD*

Alors que la littérature sur les travailleurs d'EHPAD s'intéresse surtout aux infirmiers et aux aides-soignants, une des originalités de notre étude est de porter sur l'ensemble des travailleurs d'EHPAD. Afin de montrer les spécificités de certains groupes invisibilisés dans la littérature (Brady *et al.*, 2021 ; Martinez-Lopez *et al.*, 2021), il est intéressant de distinguer les encadrants, le personnel administratif et les agents de première ligne hors soins.

Les travaux centrés sur les encadrants d'EHPAD insistent sur leur fort risque de *burnout* (Iaconi *et al.*, 2022 ; Membrive-Jiménez *et al.*, 2020). Or une perspective comparative plus large montre que les cadres sont moins exposés aux risques psycho-sociaux que les autres catégories socioprofessionnelles (Dares, 2021). S'inscrivant également dans une approche comparative, nos résultats permettent de constater que les encadrants (directeurs d'établissements et médecins) déclarent une charge émotionnelle beaucoup moins forte que les autres catégories de travailleurs. Dépendant en partie de la méthode de mesure de la charge émotionnelle, ce constat s'explique notamment par le fait que les encadrants sont moins fréquemment et moins intensément en contact direct avec les résidents et leurs familles, ce qui a un impact positif sur leur santé mentale et diminue leur risque d'épuisement émotionnel (Brady *et al.*, 2021 ; Martinez-Lopez *et al.*, 2021). La modélisation permet d'attirer l'attention sur le personnel administratif, souvent ignoré dans la littérature sur les EHPAD, et dont la charge émotionnelle est pourtant comparable à celle des soignants.

En effet, le personnel administratif est fréquemment et directement en contact avec les familles des résidents. Cette dimension relationnelle a été accentuée pendant la crise sanitaire : le maintien des liens sociaux entre les résidents et leurs familles a été en grande partie assuré par ce groupe de travailleurs (notamment via des contacts quotidiens par téléphone et des visioconférences).

## Conclusion de la partie 2

Le constat de notre recherche est que l'épidémie de Covid-19 a souvent constitué un facteur aggravant les conditions de travail en EHPAD : que ce soit avant, pendant ou après la crise sanitaire, le travail en EHPAD est difficile, physiquement et psychologiquement pour les travailleurs en première ligne mais aussi pour les travailleurs plus « invisibilisés » qui ne sont pas en contact direct et quotidien avec les résidents. La solidarité des professionnels a constitué une réponse « contrainte » à cette situation inédite : les travailleurs des EHPAD (et en particulier ceux en contrat stable) se sont organisés pour répondre à l'urgence mais ils sont souvent sortis de cette épreuve affaiblis et de plus en plus sceptiques vis-à-vis de la capacité du champ politique à proposer une réponse à la hauteur de leurs problématiques. Le secteur doit en effet faire face à un cercle vicieux de processus qui s'autoalimentent : les conditions de travail difficiles expliquent et s'expliquent par une gestion de la main-d'œuvre contrainte par un manque récurrent de personnel. Notre enquête invite donc à accorder une attention particulière sur la surcharge de travail induite par et depuis l'épidémie de Covid-19, en particulier sur ses conséquences en matière de rétention de la main-d'œuvre (cette question sera discutée davantage dans la partie 3 de ce rapport).

Nos résultats réaffirment par ailleurs l'intérêt de considérer une crise telle que la pandémie de Covid-19 comme objet d'étude sociologique, car elle met à jour des problèmes structurels préexistants et teste la résilience de nos systèmes sanitaire et médico-social (Zinn, 2021). L'épidémie de Covid-19 a en effet remis en question l'organisation et la coordination territoriales des soins mais aussi la place des soins dans les EHPAD. Cette approche invite également donc à dépasser la seule prise en compte des facteurs internes à l'établissement

(l'organisation du travail, la gestion de la pandémie, etc.) et à étudier les relations d'interdépendance entre les EHPAD et d'autres offreurs de soins et d'accompagnements locaux, et plus généralement l'organisation territoriale de santé et du *care*, que ce soit en situation de crise sanitaire ou non.

Enfin, les nombreux dialogues entre cette étude et la littérature internationale attestent de l'importance de mener des études quantitatives de comparaison internationale sur les conditions de travail et le vécu subjectif des travailleurs en EHPAD afin d'approfondir la théorisation du travail du *care*, notamment dans le contexte de la pandémie de Covid-19.

### Partie 3. L'emploi dans les EHPAD : état des lieux et impact de la crise sanitaire



Depuis de nombreuses années les EHPAD sont confrontés à une pénurie structurelle en matière de recrutements. Si cette pénurie constitue une préoccupation politique majeure qui risque d'être accentuée à moyen terme sous l'effet du vieillissement de la population française, la gestion de la main-d'œuvre constitue souvent un angle aveugle de la recherche en sociologie. Quels sont les impacts de l'épidémie de Covid-19 sur l'emploi et la gestion de main-d'œuvre en EHPAD ? Pour répondre à cette question, nous nous appuyons sur les données quantitatives et qualitatives issues de notre propre enquête. Les données des enquêtes EHPA 2015 et 2019 et des enquêtes Emploi en continu 2019 et 2022 sont également mobilisées pour servir à la fois de données de cadrage, de moyens de contrôle et de points de comparaison avec l'enquête CollSol-EHPAD.

Nous proposons d'abord un état des lieux des caractéristiques des travailleurs et de l'emploi dans le secteur des EHPAD, ainsi que des stratégies mises en œuvre par les directeurs d'établissement pour recruter et fidéliser leurs salariés (3.1). Nous exposerons ensuite les problématiques liées à la gestion de la main-d'œuvre dans le secteur en mettant l'accent sur l'aggravation des difficultés de recrutement depuis la crise sanitaire : celle-ci a pour conséquence un accroissement des postes vacants et, *in fine*, une intensification du travail pour les personnels en place (3.2). Comment expliquer ces difficultés de recrutement ? Ces évolutions sont-elles davantage imputables à la crise sanitaire ou à d'autres facteurs beaucoup plus structurels ? Nous verrons que la crise sanitaire a mis en exergue des problématiques déjà existantes dans le secteur ; mais aussi que de nombreux directeurs d'EHPAD mettent en avant l'idée d'un changement de rapports au travail chez les nouvelles générations de travailleurs. Notre enquête nous conduit plutôt à mettre en exergue une modification de *l'espace des possibles* des potentiels candidats aux emplois dans les EHPAD. Une analyse des déterminants de l'envie de rester dans (et, en creux, de quitter) le secteur selon le métier complètera l'analyse sociologique des causes des difficultés de recrutement. Elle permettra de comprendre les logiques qui concourent à l'attractivité (et surtout au manque d'attractivité) du secteur (3.3).

### 3.1 Les caractéristiques de l'emploi dans le secteur des EHPAD

Cette partie essentiellement descriptive s'intéresse d'abord au profil des travailleurs des EHPAD (3.1.1) et aux caractéristiques des emplois du secteur (3.1.2). Nous verrons ensuite que les EHPAD sont confrontés à des difficultés de recrutement et à un fort *turnover* récurrents qui compliquent la gestion de la main-d'œuvre au quotidien (3.1.3). En réponse à ces difficultés, certains directeurs d'EHPAD mettent en place des stratégies de recrutement diverses et cherchent à motiver et à fidéliser leurs salariés en favorisant le développement de leur carrière et la conciliation entre leur vie professionnelle et leur vie familiale (3.1.4).

### 3.1.1 Le profil des travailleurs en EHPAD

Cette partie décrit le profil des travailleurs des EHPAD, en matière de répartition par âge, par sexe et du point de vue de la concordance entre le niveau de qualification et diplôme. Le secteur des EHPAD se caractérise par une forte proportion d'emplois occupés par des femmes. La répartition par âge des travailleurs apparaît problématique dans certains métiers, en particulier chez les médecins coordonnateurs. Tous les travailleurs n'exercent pas un métier correspondant à leur niveau de qualification : les travailleurs - et en particulier les aides-soignantes - sont souvent en situation de « faisant-fonction » alors que d'autres - et en particulier les agents de service - occupent un emploi en-deçà de leur niveau de diplôme.

#### *Un secteur largement féminisé*

L'emploi en EHPAD est marqué par une forte féminisation : les femmes représentent 88 % des effectifs du secteur (source : EHPA 2019) contre 49,4 % de l'emploi total (source : EEC 2019). Certains métiers sont plus féminisés que d'autres, c'est notamment le cas de la catégorie des animateurs, des aides-soignants, du personnel administratif, des agents de service et des infirmiers coordinateurs. En revanche, les médecins coordonnateurs et les agents de seconde ligne sont majoritairement des hommes. La catégorie « directeurs et assimilés » est moins féminine que la moyenne, ce qui est en accord avec les recherches portant sur la répartition verticale genrée, y compris dans le monde de la santé (Cognet,

2010). Cette forte féminisation se constate dans les pyramides des âges par métier (voir graphiques 17 à 21). Elle s'accompagne d'une forte proportion de contrats à temps partiel (voir point 3.1.2) et de problématiques particulières en matière de gestion de la main-d'œuvre relatives aux questions de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle (abordées dans la partie 3.1.4).

#### *Une répartition par âge problématique dans certains métiers*

La pyramide des âges du personnel de direction et d'encadrement présente un profil vieillissant avec une valeur moyenne de 46 ans en 2015<sup>21</sup>, ce qui s'explique par le fait que ces fonctions peuvent nécessiter une expérience professionnelle préalable (voir graphique 17).

La démographie du personnel médical exerçant en EHPAD - il s'agit quasi-exclusivement de médecins coordonnateurs - est préoccupante. Une étude menée par la Fondation Médéric Alzheimer avec la collaboration de la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs, évaluait l'âge moyen des médecins coordonnateurs à 51 ans en 2009 (Aquino *et al.*, 2009) et insistait sur le fait qu'une part importante d'entre eux était âgée de plus de 60 ans. Les données de l'enquête EHPA corroborent ces résultats : en 2019, les deux-tiers de ces professionnels étaient âgés de 50 ans ou plus ; 35 % de 60 ans ou plus. La population des médecins coordonnateurs est encore plus âgée que celle des médecins libéraux dans laquelle la part des 50 ans ou plus est de 54 % et celle des 60 ans ou plus de 27 %<sup>22</sup>. Cette démographie interroge et inquiète les enquêtés sur les possibilités de recrutement dans un avenir proche (voir 3.2.2).

Les pyramides des âges des soignants et personnels paramédicaux et des agents de service montrent une répartition par âge assez équilibrée. Le personnel des services généraux (qui regroupe les travailleurs de seconde ligne et le personnel administratif), constitue quant à

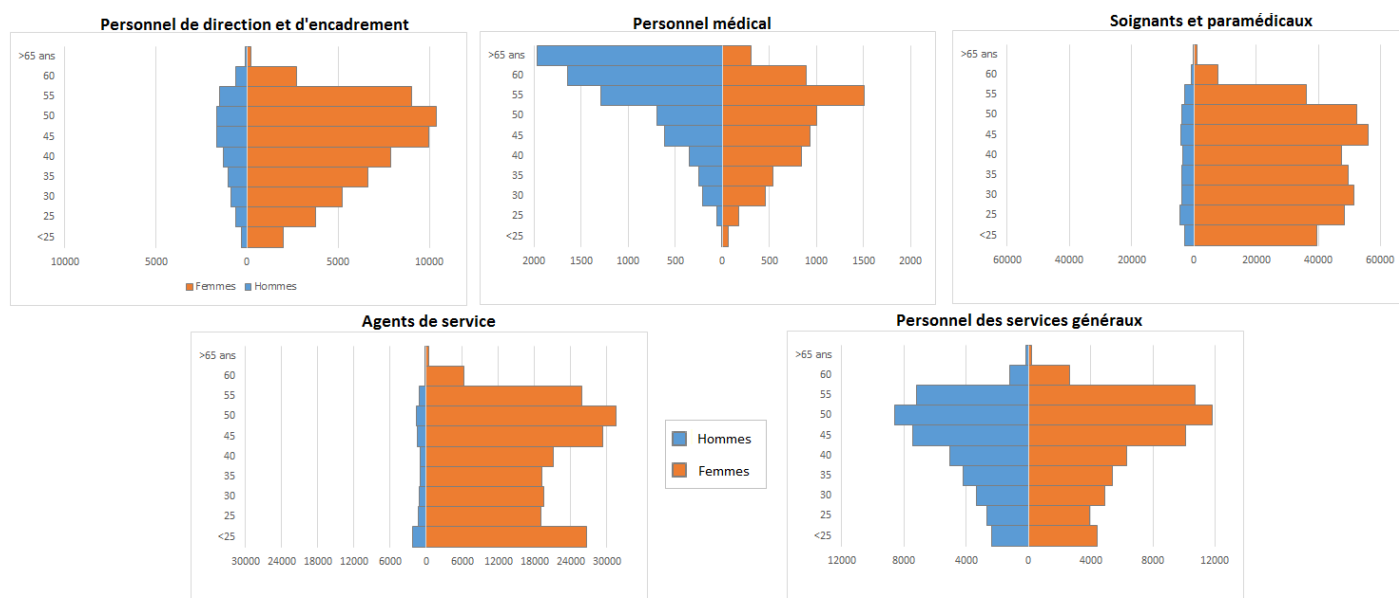
---

<sup>21</sup> Les données agrégées de la base EHPA 2019 ne nous permettent pas de calculer l'âge moyen des travailleurs des EHPAD. C'est pourquoi nous avons ici recours à la base EHPA 2015.

<sup>22</sup> Source : Atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom).

lui la catégorie la plus équilibrée entre femmes et hommes. En revanche, les travailleurs âgés de 44 à 55 ans y sont surreprésentés au détriment des plus jeunes.

### Graphiques 17 à 21. Pyramides des âges des travailleurs d'EHPAD en 2019, selon la catégorie de métier



Source : Enquête EHPA 2019. Champ : travailleurs des EHPAD publics ou privés à but non lucratif français.

*La concordance entre emploi et diplôme : une coexistence des situations de sous-qualification et surqualification*

En France, le métier d'aide-soignant est encadré par la loi : les articles 3 à 5 du décret n° 2002-194 définissent clairement leurs conditions d'exercice, dont l'exigence d'un diplôme adéquat, le diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS). Toutefois, en EHPAD, la fonction d'aide-soignante est en réalité assurée par des travailleuses très hétérogènes : des agents titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant et des agents titulaires du Diplôme d'État d'Accompagnant Éducatif et Social (DEAES), d'un baccalauréat professionnel Accompagnement Soins et Services à la Personne (ASSP), mais aussi des personnes sans aucun diplôme et, dans de rares cas, des diplômées du supérieur issues des filières littéraires ou langues. Ce phénomène, nommé « faisant-fonction » par les acteurs de terrain, est caractérisé par le fait que les travailleuses ne disposant pas du diplôme adéquat se voient confier les mêmes tâches que leurs collègues diplômées. Déjà très répandu dans le secteur, comme le montrent différentes

études portant sur les conditions de travail ou les conditions de vie en EHPAD (Marquier et *al.*, 2016), ce phénomène a été aggravé par la crise sanitaire de Covid-19 (Plault et Xing, 2022). Dans certains établissements enquêtés en 2022, nous avons recensé plus d'agents de service et de stagiaires « faisant-fonction » d'aides-soignants que d'aides-soignants titulaires et il s'est avéré délicat de distinguer ces deux groupes par la simple observation de leurs activités. Il s'agit souvent de travailleurs titulaires d'un diplôme dans le domaine sanitaire ou médico-social, mais dont la qualification est inférieure à celle normalement demandée au vu des tâches réalisées.

Les données d'EHPA ne permettant pas d'identifier les « faisant-fonction »<sup>23</sup>, il est donc difficile d'évaluer l'ampleur de ce phénomène au niveau national. Nous pouvons néanmoins avancer les résultats de notre enquête réalisée en 2022 : ils montrent que ce phénomène est commun dans les EHPAD, puisque 91 % des accompagnants éducatifs et sociaux (aides médico-psychologique, auxiliaires de vie sociale) et 28 % des agents de service réalisent quotidiennement des tâches d'aide-soignant, comme la toilette au lit des résidents ou l'aide à la prise de repas. Par ailleurs, 1,5 % des aides-soignants réalisent quotidiennement des tâches d'infirmier, par exemple en prise de tension pour les résidents. Notre enquête confirme que le recours à des travailleurs « faisant-fonction », autrement dit l'emploi de la main-d'œuvre « sous-qualifiée », constitue un levier d'action important pour les directeurs d'EHPAD face aux difficultés de recrutement.

En parallèle de ces situations de sous-qualification, le secteur d'EHPAD est marqué par un phénomène de surqualification (aussi appelé déclassement à l'embauche ou déclassement scolaire) qui consiste à être employé sur un poste de qualification moindre que celui attendu au regard du niveau de certification attesté par la possession d'un diplôme. Selon l'OCDE, 23 % des salariés français âgés de 15 à 64 ans sont surqualifiés en 2005 (OCDE, 2011). Lors de notre enquête de terrain, nous avons ainsi rencontré plusieurs agents de service diplômés d'une licence de langue. Au sein de notre échantillon, 28 % des agents de service sont titulaires d'un diplôme de niveau égal ou supérieur au baccalauréat.

---

<sup>23</sup> Dans l'édition 2015, le niveau de diplôme des personnels est très mal renseigné avec 93 % de non-réponse. Les résultats d'EHPA 2019 croisant métier et diplôme nous ont été fournis sous la forme de tableaux de pourcentages agrégés et ne permettent donc pas de saisir l'ampleur du phénomène.

La coexistence des situations de sous-qualification et de surqualification témoigne d'une double réalité à laquelle les directeurs font face : de grandes difficultés de recrutement dans les métiers du soin et du *care*, et une facilité pour les métiers relevant du ménage.

### 3.1.2 Les caractéristiques des emplois

Le secteur des EHPAD présente d'importantes spécificités : un fort recours au travail temporaire et à l'emploi à temps partiel, des horaires atypiques fréquents, la réalisation de nombreuses heures supplémentaires et des cadences de travail soutenues.

#### *Un recours important au travail temporaire*

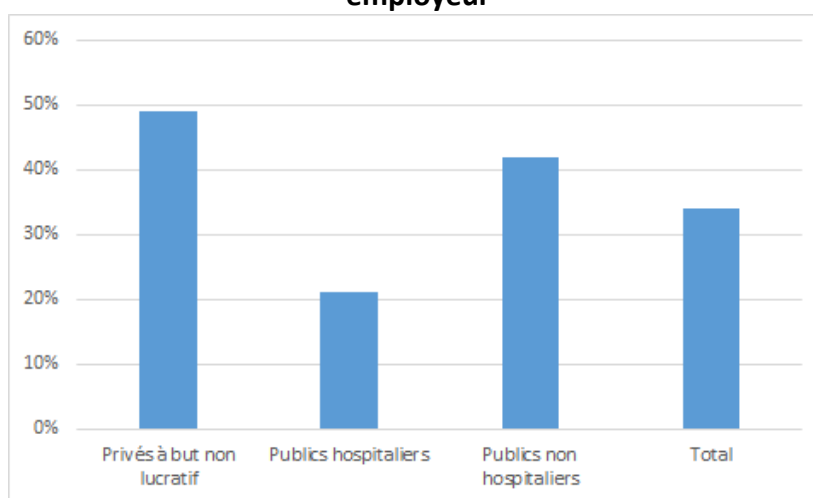
Le recours à l'emploi temporaire est fréquent au sein des EHPAD, mais il varie selon le statut juridique de l'établissement et selon les métiers. Si ce dernier est en croissance sur la période 2019-2022, les soignants occupent au contraire de plus en plus d'emplois à durée indéterminée, ce qui témoigne de pratiques d'accélération de titularisations.

Bien que l'emploi à durée indéterminée soit la norme dans le secteur des EHPAD (83 % des répondants au questionnaire sont fonctionnaires ou en CDI), le secteur médico-social a un recours important au travail temporaire, et en particulier aux contrats à durée déterminée (Castle et Engberg, 2008 ; Lien, 2023) : 14 % des enquêtés sont en CDD, 1,2 % en intérim (2,4 % en stage, contrat d'alternance, autre type de contrat ou de prestation). Mais surtout, 87 % des répondants indiquent que leur établissement a recours à des soignants en CDD ou en vacation. De même, si le pourcentage d'emplois en intérim peut être considéré faible, la pratique du recours à cette forme d'emploi est néanmoins fréquente. Un tiers des répondants au questionnaire déclare que leur EHPAD a recours à des soignants intérimaires<sup>24</sup> ; cette part atteint 49 % parmi les travailleurs d'établissements privés à but non lucratif.

---

<sup>24</sup> 37 % des établissements de l'enquête EHPA 2019, pour tous les métiers confondus.

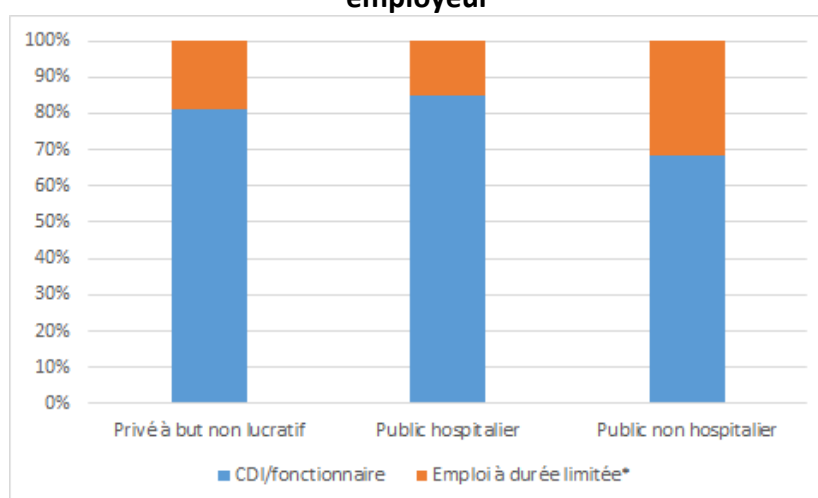
**Graphique 22. Recours à des soignants intérimaires selon le statut juridique de l'EHPAD employeur**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le recours à des soignants intérimaires et le statut juridique de l'EHPAD employeur est significatif ( $p\text{-value} = 0,0004998$ ). Lecture : 49 % des travailleurs d'EHPAD privés à but non lucratif déclarent que leur établissement a recours à des soignants intérimaires.

C'est dans les établissements publics non hospitaliers que la part de personnes en contrat à durée limitée est la plus forte : un tiers des répondants au questionnaire qui travaillent dans un EHPAD public non hospitalier est en emploi à durée limitée (CDD, intérim, vacation, etc.), contre 19 % des travailleurs EHPAD privés à but non lucratif et 15 % des travailleurs d'EHPAD hospitaliers.

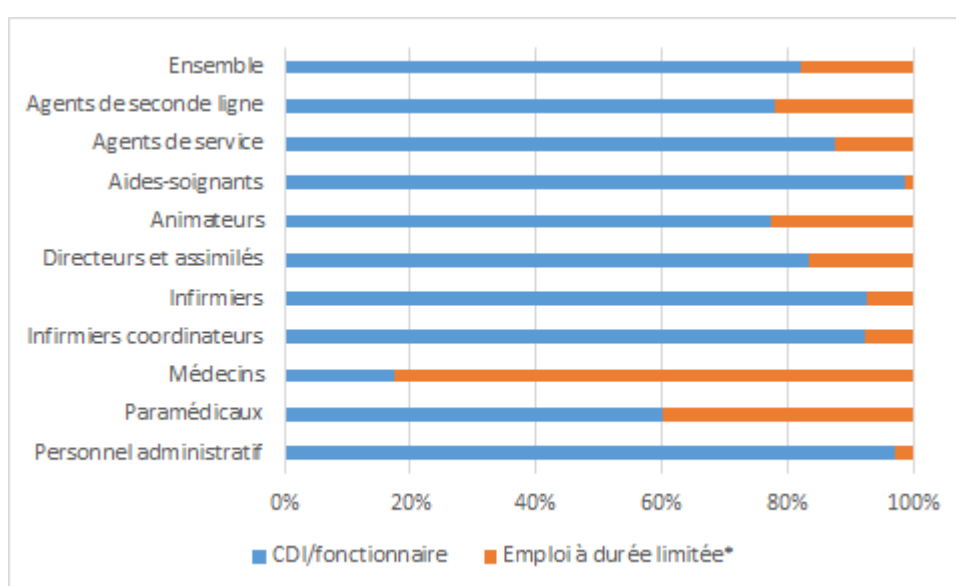
**Graphique 23. Types de contrat de travail en EHPAD selon le statut juridique de l'EHPAD employeur**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le type de contrat de travail et le statut juridique de l'EHPAD employeur est significatif ( $p\text{-value} = 0,0009995$ ). Lecture : 81 % des travailleurs d'EHPAD privés à but non lucratif sont fonctionnaires ou en contrat à durée indéterminée. \* Les emplois à durée limitée regroupent les contrats à durée déterminée, intérimaires, les contrats en alternance, les stages et les autres types de contrat ou prestation.

La proportion de travailleurs en emplois temporaires varie largement selon le métier exercé. Dans notre échantillon, la part de personnes en contrat temporaire est beaucoup plus importante parmi les médecins coordonnateurs (83 %) et les paramédicaux (40 %). La proportion de fonctionnaires est par contre particulièrement élevée parmi le personnel administratif (59 %) et les infirmiers coordinateurs (54 %). L'enquête EHPA 2019 montre que, sans constituer une norme, le recours à des aides-soignants intérimaires concerne près d'un EHPAD sur trois (29 %) ; 27 % d'entre eux emploient des infirmiers intérimaires et 11 % d'autres personnels en intérim.

**Graphique 24. Types de contrats de travail en EHPAD selon le métier**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le type de contrat de travail et le métier exercé est significatif ( $p\text{-value} = 0,0004998$ ). Lecture : 82 % des répondants sont fonctionnaires ou en contrat à durée indéterminée. \* Les emplois à durée limitée regroupent les contrats à durée déterminée, intérimaires, les contrats en alternance, les stages et les autres types de contrat ou prestation.



### Encadré 3. L'emploi temporaire dans le secteur de l'« Hébergement médico-social et social »

Si les données de l'enquête CollSol-EHPAD ne sont pas directement comparables avec celle de l'Enquête Emploi en Continu<sup>25</sup>, les ordres de grandeur sont similaires.<sup>26</sup>

Selon l'enquête Emploi en Continu, en 2022, la part des emplois temporaires (CDD et intérim) est nettement plus importante dans le secteur « Hébergement médico-social et social » (20,2 %) qu'au sein des autres secteurs d'activité (12,9 %) et que dans le secteur tertiaire dans son ensemble (11,9 %). Au total, le secteur « Hébergement médico-social et social » emploie près de 19 % de personnes en CDD (contre 9 % dans les autres secteurs d'activité et 10,4 % dans le secteur tertiaire en général). L'emploi intérimaire est par contre moins développé dans le secteur « Hébergement médico-social et social » que dans les autres secteurs d'activité mais se situe à un niveau similaire à celui du secteur tertiaire dans son ensemble (1,5 %).

**Tableau 7. Types de contrats de travail : comparaison sectorielle en 2022**

	Hébergement médico-social et social	Secteur tertiaire	Autres secteurs d'activité*
Emploi à durée indéterminée (fonctionnaire, CDI)	77,9 %	83,6 %	83,6 %
Contrat à durée déterminée (CDD)	18,6 %	10,4 %	8,9 %
Contrat intérimaire	1,6 %	1,5 %	2,5 %
Autres (apprentis ou non réponse)	1,9 %	4,5 %	4,9 %

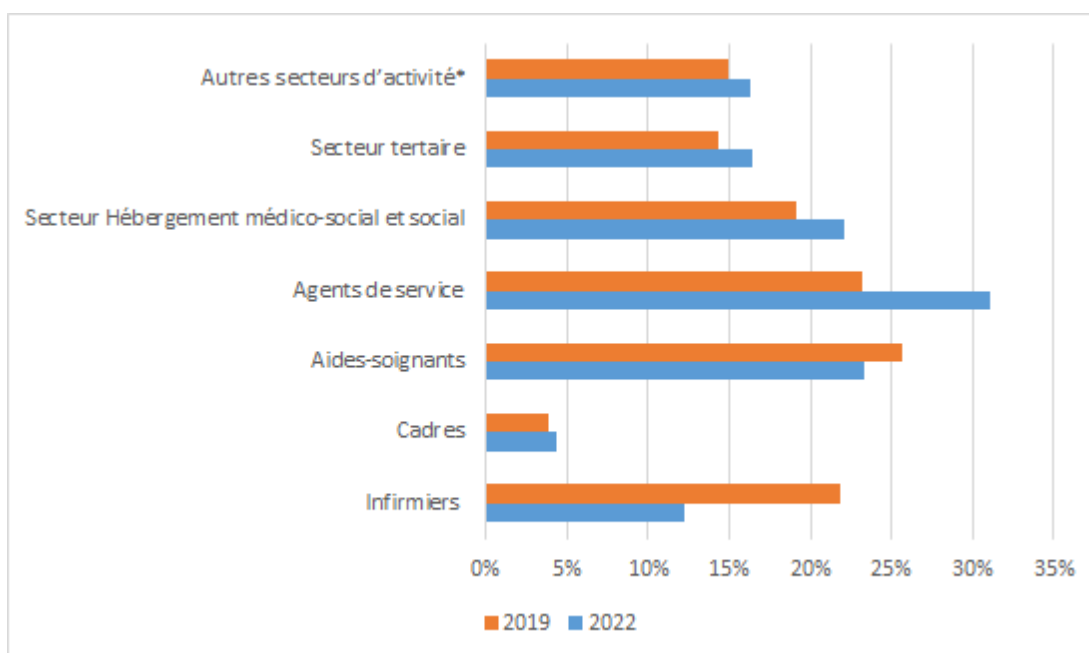
Source : Enquête Emploi en Continu 2022, Insee. Note : Note : le lien entre le type de contrat de travail et le métier exercé est significatif ( $p\text{-value} < 2.2e-16$ ). Lecture : 77,9 % des travailleurs du secteur « Hébergement médico-social et social » sont en emploi à durée indéterminée. \* : tous secteurs d'activité confondus, hors secteur « Hébergement médico-social et social ».

<sup>25</sup> Les données des enquêtes Emploi en Continu ont été mises à disposition par le réseau Quêtelet, réseau français des centres de données pour les sciences sociales.

<sup>26</sup> Nos données montrent une légère surreprésentation des emplois à durée indéterminée et une sous-représentation des emplois en CDD, sans qu'il soit possible d'identifier si cet écart s'explique par un effet d'enquête (plus de participation de la part des travailleurs en contrat stable) ou par un effet de champ (notre enquête porte uniquement sur les EHPAD alors que les données de l'Enquête Emploi en Continu couvrent l'ensemble des travailleurs sur secteur « Hébergement médico-social et social »).

Les enquêtes Emploi en continu 2019 et 2022 permettent de saisir l'évolution de l'emploi temporaire dans le secteur « Hébergement médico-social et social ». Ces données montrent une baisse de la part des emplois à durée indéterminée (81 % en 2019, 78 % en 2022) au profit des emplois temporaires. Cette baisse est plus marquée dans le secteur « Hébergement médico-social et social » que pour les autres secteurs d'activité dans leur ensemble (85 % en 2019 vs 84 % en 2022). Le développement de l'emploi temporaire dans le secteur « Hébergement médico-social et social » épargne certains métiers ou certaines catégories de métiers : la part des emplois temporaires ne varie pas pour les cadres du secteur entre 2019 et 2022 ; elle baisse nettement chez les infirmiers (22 % en 2019 contre 12 % en 2022) et de façon plus mesurée chez les aides-soignants (26 % vs 23 %). Cette tendance peut s'expliquer par des pratiques d'accélération de titularisation de la part des EHPAD qui cherchent à fidéliser leurs soignants. Sur la même période, la part d'emplois temporaires parmi les agents de service du secteur a quant à elle considérablement augmenté, passant de 23 à 31 %.

**Graphique 25. Part de l'emploi à durée limitée selon le métier, en 2019 et en 2022**



Sources : enquêtes Emploi en continu 2019 et 2022. Notes : le détail par métier porte uniquement sur le secteur « Hébergement médico-social et social » ; sont considérés comme des CDI, tous les emplois non CDI/fonctionnaire. \* : tous secteurs d'activité confondus, hors secteur « Hébergement médico-social et social ». Lecture : en 2019, 15 % des travailleurs hors secteur « Hébergement médico-social et social » sont en emploi à durée limitée.

Cette tendance à l'accroissement des emplois temporaires en EHPAD est confirmée par les données des enquêtes EHPA sur le recours aux intérimaires. Entre les enquêtes EHPA 2015 et 2019, la proportion d'établissements déclarant avoir recours à des intérimaires est passée de 39,9 % à 45,3 %, soit une augmentation de 13,5 %. Les EHPAD privés à but non lucratif sont ceux qui y ont le plus recours, en 2015 (54 %) comme en 2019 (57 %). Comme dans les autres secteurs d'activité, le recours à l'intérim est présenté par les directeurs comme une « variable d'ajustement » leur permettant d'adapter les effectifs aux besoins du moment :

*« Aujourd'hui, mes deux infirmiers remplaçants sont tous les deux intérimaires. La semaine prochaine, une partie des remplaçants aides-soignants sont également des intérimaires. Parce qu'on est dans une période où beaucoup de personnels rencontrent des problèmes de santé. Nous, avec nos remplaçantes (habituelles), on n'est pas en capacité de pallier toutes les absences. »* (Antoine, directeur d'un établissement privé à but non lucratif).

#### *De nombreux emplois à temps partiel*

De manière plus générale, le secteur de l'« hébergement médico-social et social » se caractérise par l'importance de l'emploi à temps partiel. Selon l'enquête Emploi en continu, en 2022, 22 % des effectifs du secteur travaillent à temps partiel contre 17 % des salariés des autres secteurs d'activité. Cette part est légèrement en baisse : elle atteignait 25 % en 2019 (contre 18 % en moyenne dans les autres secteurs d'activité)<sup>27</sup>.

Plus précisément dans les EHPAD, la part des répondants au questionnaire travaillant à temps partiel est de 21 % (77 % travaillent à temps plein, 3 % des enquêtés n'ont pas répondu à cette question).<sup>28</sup> On constate toutefois de fortes disparités selon le métier exercé : ainsi, l'emploi à temps partiel est beaucoup plus important parmi les médecins (82 %) et les

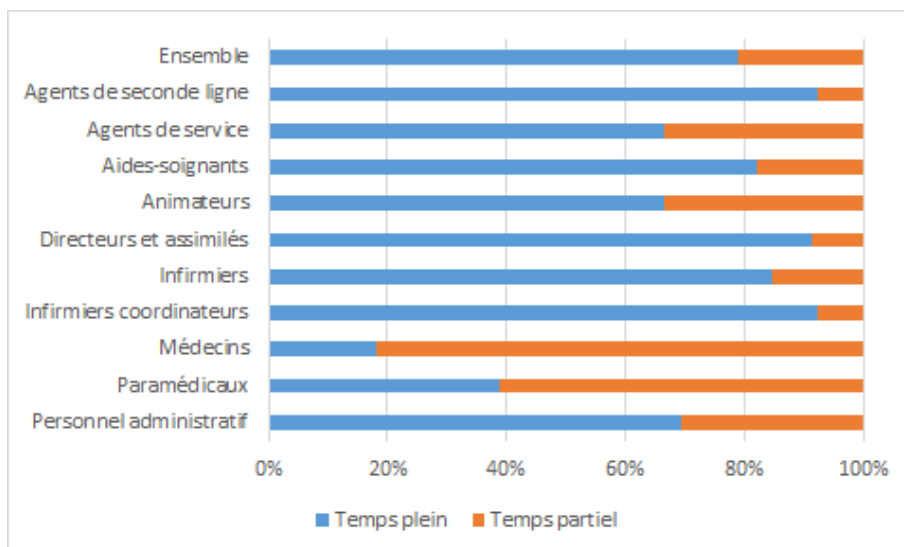
---

<sup>27</sup> Les données à notre disposition ne nous permettent pas de mesurer l'ampleur des temps partiels contraints et ceux des temps partiels choisis.

<sup>28</sup> Cette proportion est plus faible que celle constatée dans EHPA 2015 (32,5 % de travailleurs à temps partiel, 67,4 % à temps plein, 0,2 % de non-réponse), sans que l'on puisse identifier précisément s'il s'agit d'une réelle évolution entre 2015 et 2022 et/ou d'un effet d'enquête lié à une moindre participation des professionnels à temps partiel à l'enquête CollSol-EHPAD.

paramédicaux (61 %). A l'inverse, il est rare au sein des agents de seconde ligne, des infirmiers coordinateurs et des directeurs et assimilés (moins de 9 %).<sup>29</sup>

**Graphique 26. Part des emplois à temps plein et à temps partiel, selon le métier**



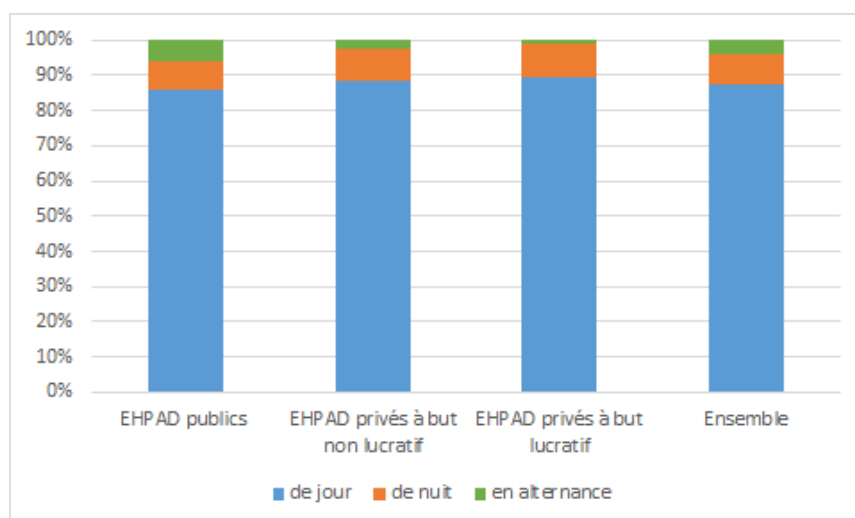
Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 21 % des travailleurs en EHPAD public ou privé à but non lucratif français travaillent à temps partiel. Note : Note : le lien entre le temps de travail et le métier exercé est significatif ( $p\text{-value} = 0,0004998$ ).

### *Des horaires de travail atypiques*

Selon l'enquête EHPA 2019, 87 % des travailleurs des EHPAD travaillent de jour, 9 % de nuit et 4 % alternent le travail de jour et celui de nuit. 6 % des travailleurs d'EHPAD publics, 3 % de ceux d'EHPAD privés à but non lucratif et 1 % de ceux d'EHPAD privés à but lucratif alternent des périodes de travail de jour et de nuit.

<sup>29</sup> Bien que les pourcentages puissent varier, les constats établis sur la disparité de la part de travailleurs à temps partiel selon le métier à partir de l'enquête EHPA 2015 sont similaires à ceux formulés à partir des données CollSol-EHPAD.

**Graphique 27. Répartition du personnel selon qu'il travaille de jour, de nuit ou en alternance et selon le statut juridique de l'établissement**



Source : EHPA 2019. Champ : travailleurs des EHPAD publics ou privés à but non lucratif français. Note : le lien entre le type d'horaires et le statut juridique de l'EHPAD employeur est significatif ( $p\text{-value} = p\text{-value} < 2.2e-16$ ). Lecture : 86 % des travailleurs des EHPAD publics travaillent uniquement de jour.

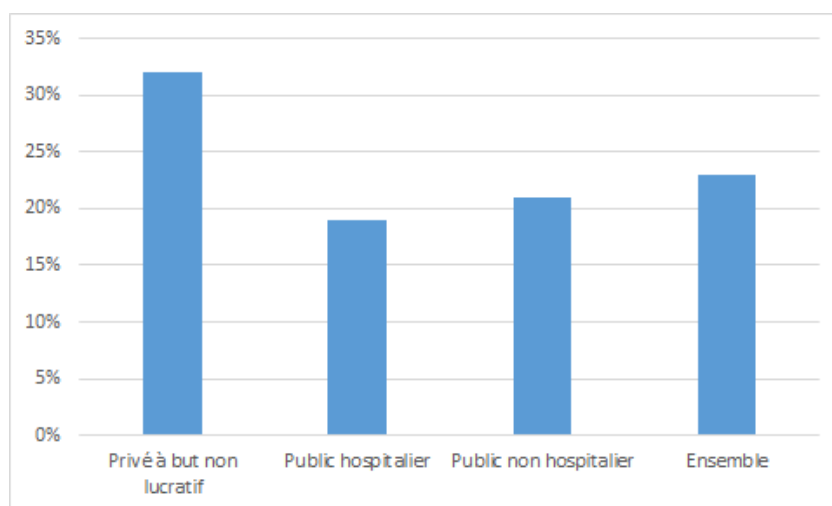
Les professionnels des EHPAD travaillent également fréquemment le week-end : lors de la semaine précédant notre enquête par questionnaire, 65 % des répondants ont déclaré avoir travaillé le samedi et/ou le dimanche.<sup>30</sup> Cette part est plus importante parmi les soignants (79 % des infirmiers et 77 % des aides-soignants sont concernés) et les agents de service (les deux-tiers ont travaillé le week-end précédant l'enquête).

Une autre spécificité de l'organisation du travail en EHPAD est le fait de travailler en horaires coupés (ou fractionnés) : lors de leur dernière semaine travaillée, 23 % des répondants au questionnaire ont vu leur journée de travail fragmentée par des coupures. En conséquence, la durée entre le début et la fin de leur journée de travail est plus longue que pour un salarié exerçant en horaires « classiques ». Par exemple, dans un EHPAD pratiquant les horaires coupés, les aides-soignantes du jour commencent à 7h et terminent leur journée à 20h, voire 20h30, soit une amplitude horaire de 13 heures, voire 13 heures 30. Cette forme d'organisation du travail est plus répandue parmi les professionnels des EHPAD privés à but

<sup>30</sup> Selon l'enquête Emploi en Continu 2022, 24 % des travailleurs du secteur « Hébergement médico-social et social » ont travaillé le samedi de la semaine de référence, 21 % le dimanche. La moitié d'entre eux (49 %) a au moins travaillé deux samedis et/ou deux dimanches (47 %) au cours des 4 semaines précédant l'enquête.

non lucratif répondant au questionnaire (32 %) que parmi ceux des EHPAD publics (21 % des travailleurs des EHPAD non hospitaliers et 19 % de ceux des EHPAD hospitaliers).

**Graphique 28. Horaires de travail coupés au cours de la dernière semaine travaillée, selon le statut juridique de l'établissement**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs non-encadrants présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le type d'horaires et le statut juridique de l'EHPAD employeur est significatif ( $p$ -value = 0,004998). Lecture : 32 % des travailleurs non-encadrants d'EHPAD privés à but non lucratif travaillent en horaires coupés.

En ce qui concerne la volatilité de l'emploi du temps, de manière plus générale, le secteur de l'« hébergement médico-social et social » est marqué par une proportion plus forte d'horaires de travail variables d'une semaine à l'autre que les autres secteurs d'activité (38 % vs 21 % en 2022 selon l'enquête Emploi en continu). Notre enquête montre que les emplois du temps des professionnels des EHPAD sont particulièrement flexibles. Ainsi, seuls 22 % des répondants déclarent que leurs horaires de travail ne sont jamais modifiés au dernier moment. Les soignants et les infirmiers coordinateurs sont particulièrement concernés par ce phénomène.

#### *Des heures supplémentaires fréquentes*

Notre enquête a mis en lumière une autre caractéristique des emplois en EHPAD : des heures supplémentaires fréquentes. Elles concernent 70 % des encadrants et 60 % des non-encadrants répondant au questionnaire. Parmi ces derniers, 34 % ont effectué moins de 7

heures supplémentaires pendant le mois précédant l'enquête, 17 % entre 7 et 14 heures, 4 % 14 heures ou plus.

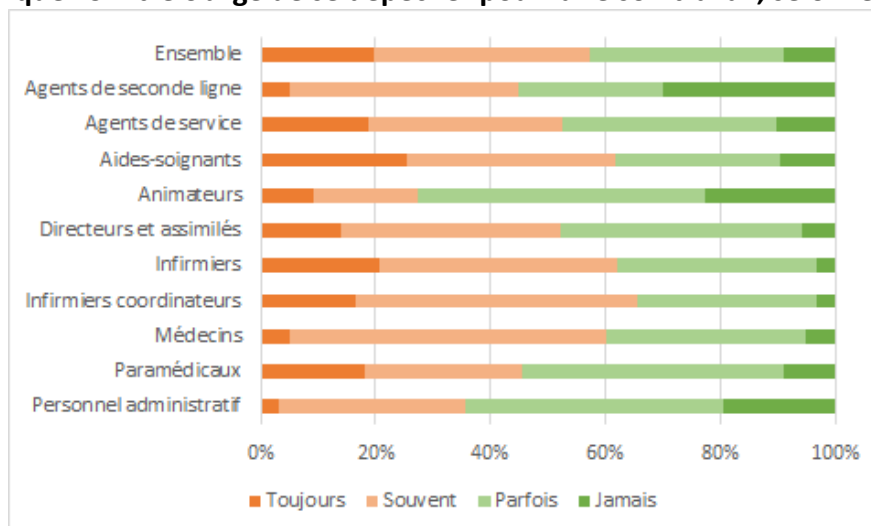
Les heures supplémentaires ne relèvent pas toujours de la volonté des travailleurs, bien au contraire. 49 % des non-cadres ayant effectué des heures supplémentaires déclarent qu'il s'agissait d'une demande de la part des encadrants. Seule une minorité des travailleurs expliquent qu'il s'agit d'un choix volontaire de leur part pour passer plus de temps auprès des résidents (16 %). 11 % évoquent des raisons financières et 6,5 % ont réalisé des heures supplémentaires par solidarité avec les collègues de l'équipe.

Malgré leur quantité importante, ces heures supplémentaires ne sont pas rémunérées dans la majorité des cas : seuls 26 % des répondants qui ont effectué des heures supplémentaires déclarent qu'elles ont été compensées en totalité en salaire, 9 % qu'elles ont été compensées en salaire mais seulement en partie. La récupération des heures supplémentaires sous forme de repos est une pratique courante dans les EHPAD : 33 % des répondants concernés déclarent qu'elles ont été compensées en totalité en repos et 20,5 % qu'elles ont été compensées en partie en repos. Presque un quart des répondants (23 %) déclarent que ces heures supplémentaires n'ont été compensées ni en salaire, ni en repos.

#### *Des cadences de travail soutenues*

La littérature a mis en lumière les cadences du travail soutenues en EHPAD (Blanco-Donoso *et al.*, 2021 ; Marquier *et al.*, 2016 ; Montgomery *et al.*, 2021 ; Yeatts *et al.*, 2018). Les résultats de notre enquête confirment ce constat : 20 % des répondants au questionnaire considèrent qu'ils sont « toujours » contraints de se dépêcher pour faire leur travail, 37 % « souvent », 34 % « parfois » et seuls 9 % « jamais ». Les professionnels qui interviennent directement auprès des résidents (aides-soignants, infirmiers et agents de service) sont plus soumis à cette pression temporelle. Les travailleurs des EHPAD publics hospitaliers ont également des cadences plus soutenues que ceux des autres types d'établissements (63 % déclarent être « toujours » ou « souvent » contraints de se dépêcher pour faire leur travail contre 52 % de ceux des établissements privés à but non lucratif et 48 % de ceux des établissements publics non hospitaliers).

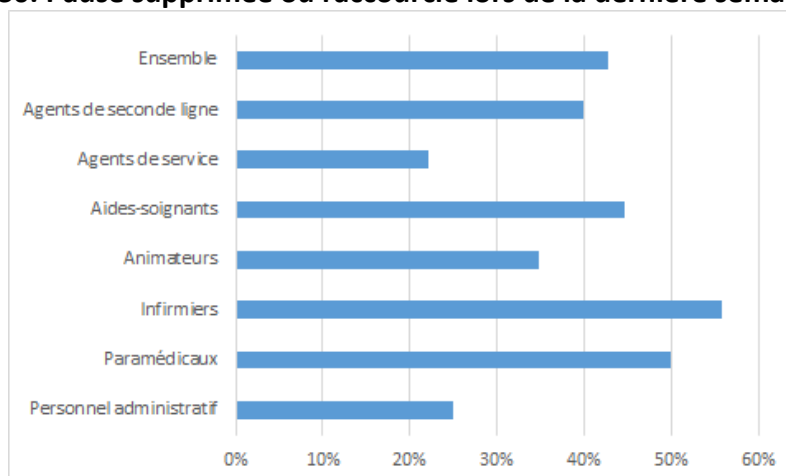
**Graphique 29. Être obligé de se dépêcher pour faire son travail, selon le métier**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le fait de devoir se dépêcher pour faire son travail et le métier est significatif ( $p$ -value = 0,0009995). Lecture : 5 % des agents de seconde ligne travaillent être toujours obligés de se dépêcher pour faire leur travail.

43 % des répondants (non-encadrants) au questionnaire ont été amenés à raccourcir ou supprimer une de leurs pauses lors de leur dernière semaine travaillée. Cette part est beaucoup plus importante parmi les infirmiers (56 %). Elle est moins forte mais non négligeable parmi d'autres catégories de métiers qui ne relèvent pourtant pas du soin : 25 % du personnel administratif et 22 % des agents de service sont concernés. Par ailleurs, les travailleurs des EHPAD publics (hospitaliers et non) sont plus souvent amenés à raccourcir ou supprimer une pause (49 % et 46 %) que ceux des EHPAD privés à but non lucratif (32 %).

**Graphique 30. Pause supprimée ou raccourcie lors de la dernière semaine travaillée**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs non-encadrants présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre le fait d'avoir supprimé ou raccourci une pause et le métier est significatif ( $p$ -value = 0,004998). Lecture : 43 % des travailleurs non-encadrants ont raccourci ou supprimé une de leurs pauses lors de leur dernière semaine travaillée.



### 3.1.3 Entre fort *turnover* et postes non pourvus : un secteur marqué par une pénurie de main-d'œuvre

Le secteur des EHPAD est confronté à une problématique majeure, déjà soulignée et étudiée avant la crise sanitaire par de nombreux travaux de recherche (Bazin et Muller, 2018 ; Castle et Engberg, 2006 ; Martin et Ramos-Gorand, 2017) : celle d'un important *turnover*, c'est-à-dire d'un fort taux de changement de la main-d'œuvre. En conséquence, les directions et les équipes de travailleurs d'EHPAD doivent faire face à une gestion compliquée des mouvements de main-d'œuvre au quotidien.

*Une plus faible ancienneté dans l'établissement employeur mais des variations selon les métiers*

Le taux de rotation permet de mesurer l'ampleur du *turnover*. En 2011, il s'élève en moyenne en France à 51,7 %<sup>31</sup> : cela signifie que l'on compte 51,7 entrées et sorties pour 100 salariés. Mais ce taux est considérablement plus élevé dans le secteur de l'« hébergement médico-social et social et de l'action sociale sans hébergement » dans lequel il atteint 116,3 % (Paraire, 2012), ce qui s'explique en partie par le fort pourcentage de CDD dans les embauches (91,4 % en 2011). Les données ne permettent pas de mesurer le taux de rotation en 2022 dans le secteur des EHPAD. Nous proposons donc de retenir ici l'ancienneté dans l'établissement comme indicateur alternatif pour saisir le *turnover*. Bien que notre échantillon soit restreint, il offre des résultats similaires à ceux de l'enquête EHPA 2019 en matière d'ancienneté dans l'établissement<sup>32</sup>.

L'ancienneté moyenne des répondants à notre enquête par questionnaire est de près de 10 ans ; l'ancienneté médiane de 7 ans. Une proportion importante des répondants (42 %) a une ancienneté égale ou inférieure à 4 ans dans le même établissement, dont les deux tiers

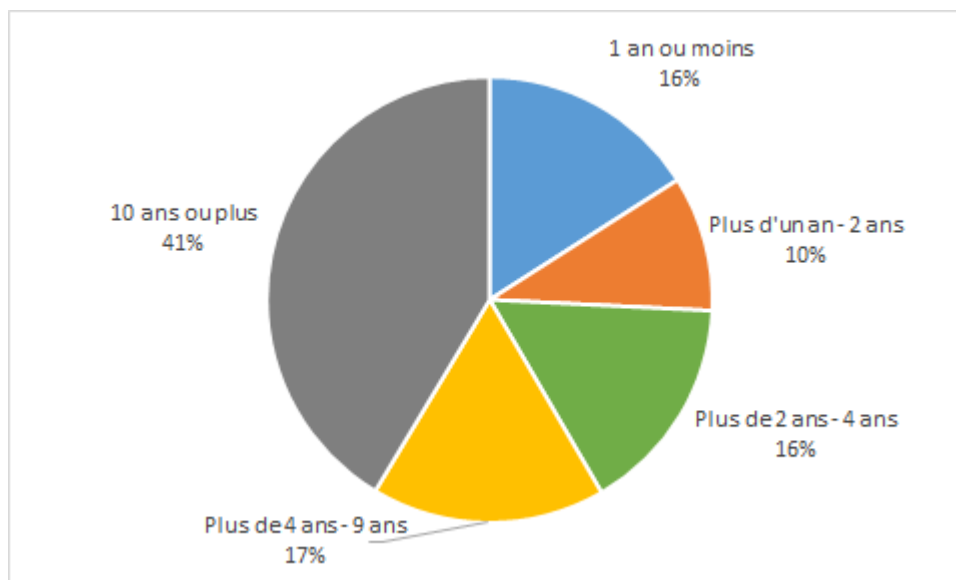
---

<sup>31</sup> Nous n'avons pas trouvé de données plus récentes sur le *turnover* dans le secteur « Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement ».

<sup>32</sup> Selon l'enquête EHPA 2019, 17 % des travailleurs d'EHPAD exercent dans leur établissement depuis moins d'un an, 29 % depuis 1 à 5 ans, 19 % depuis 5 à 9 ans et 35 % depuis 10 ans ou plus.

depuis deux ans ou moins. Seuls 41 % des répondants travaillent dans le même établissement depuis 10 ans ou plus.

**Graphique 31. Ancienneté dans l'établissement du personnel d'EHPAD en 2022**



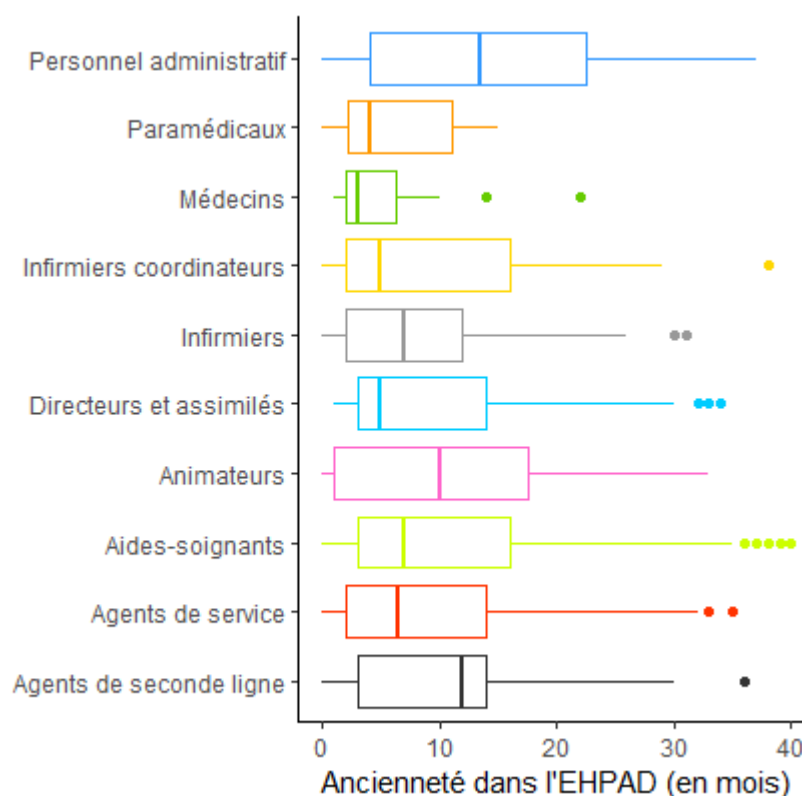
Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 16 % des travailleurs ont une ancienneté dans l'établissement inférieure ou égale à un an.

L'ancienneté dans l'établissement est variable selon les corps de métiers. Les travailleurs non-cadres n'exerçant pas au contact direct des résidents présentent une ancienneté moyenne plus élevée que les soignants et les encadrants : avec des anciennetés moyennes respectives de 15 et 13 ans, le personnel administratif et les travailleurs de seconde ligne apparaissent en effet comme des salariés particulièrement stables. A l'inverse, l'ancienneté moyenne des professionnels de santé les plus qualifiés que sont les médecins et le personnel paramédical est particulièrement faible (5 et 6 ans), ce qui constitue les indices d'un fort *turnover* chez ces professionnels.

Certains métiers sont marqués par une polarisation entre des professionnels arrivés depuis peu dans leur établissement et des employés beaucoup plus stables. C'est notamment le cas des encadrants : l'ancienneté moyenne des directeurs et assimilés est de 10 ans mais leur ancienneté médiane de 5 ans seulement ; ces valeurs atteignent respectivement 9 et 5 ans pour les infirmiers coordinateurs. Les aides-soignants et les agents de service sont également concernés par cette polarisation : ces métiers voient cohabiter une génération de travailleurs

stables et une autre beaucoup plus volatile, ce qui peut avoir des conséquences importantes en matière de gestion de la main-d'œuvre.

**Graphique 32. Boîtes à moustache : ancienneté dans l'établissement du personnel d'EHPAD, selon le métier**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre l'ancienneté dans l'établissement et le métier est significatif ( $p$ -value = 0,006023). Aide à la lecture : les boîtes à moustache permettent de visualiser la distribution de l'ancienneté dans l'établissement par métier. La barre centrale de chaque boîte à moustaches représente la valeur médiane. Les bords du rectangle représentent les quartiles (un quart des observations ont des valeurs plus petites que le bord inférieur et un quart des valeurs plus grandes que le bord supérieur). Les extrémités des moustaches sont calculées en utilisant 1.5 fois l'espace interquartile (la distance entre le 1er et le 3ème quartile). Les points correspondent aux valeurs aberrantes.

*La vacance de postes en EHPAD : une situation minoritaire mais loin d'être marginale*

Les emplois vacants apparaissent comme une préoccupation majeure dans le secteur des EHPAD. Ils sont définis par le règlement européen n° 453/2008 comme « les postes nouvellement créés, inoccupés, ou encore occupés et sur le point de se libérer, pour lesquels des démarches actives sont entreprises pour trouver un candidat ». L'enquête EHPA<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Les données issues de l'enquête EHPA ne peuvent pas être directement comparées à celles portant sur d'autres secteurs d'activités issues de l'enquête Emploi car leurs définitions statistiques sont différentes.

renseigne de façon précise sur les EHPAD confrontés à des postes non pourvus. La situation diverge largement selon les métiers. Nous la développerons ici pour trois d'entre eux : les médecins coordonnateurs, les soignants (infirmiers et aides-soignants) et les accompagnants éducatifs et sociaux.

### **Les médecins coordonnateurs : une situation particulièrement difficile dans certains types d'EHPAD mais moins problématique en Ile-de-France**

En EHPAD, les médecins coordonnateurs jouent un rôle central dans la prise en charge médicale des résidents. Dans deux tiers des cas, ce rôle est assuré par un médecin généraliste libéral qui exerce en même temps une activité salariée à temps partiel en EHPAD (Aquino *et al.*, 2009).

Selon l'enquête EHPA<sup>34</sup>, en 2019, 27 % des EHPAD ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste de médecin coordonnateur non pourvu. Cette proportion est beaucoup plus importante au sein des EHPAD publics non hospitaliers (37 %) et, dans une moindre mesure, dans les EHPAD privés à but non lucratif (26 %). Si cette part est plus faible parmi les EHPAD privés à but lucratif (18 %), notre enquête qualitative suggère que cela s'explique notamment par des niveaux de rémunérations des médecins coordonnateurs supérieures dans ces établissements à but lucratif (entre 4 000 € et 5 500 € par mois, soit un écart de 1000 à 1500 € avec les établissements à but non lucratif).<sup>35</sup> La moindre vacance sur des postes de médecins coordonnateurs dans les EHPAD publics hospitaliers (20 %) s'explique quant à elle par le fait que ce rôle y est souvent assuré par des gériatres des

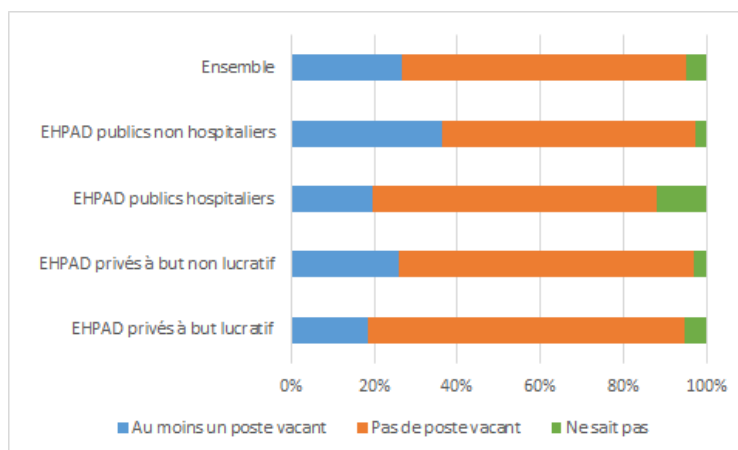
---

<sup>34</sup> Dans l'enquête EHPA 2019, la déclaration du nombre de postes non pourvus fait l'objet d'une question-filtre (« L'établissement rencontre-t-il des difficultés de recrutement ? ») : seuls les établissements déclarant avoir des difficultés de recrutement ont été invités à préciser le nombre de postes non pourvus, pour chaque catégorie d'emploi. Afin de réaliser des statistiques descriptives sur la proportion d'EHPAD ayant des postes non-pourvus, nous avons procédé à une série de recodages des données issues de l'enquête EHPA 2019 : 1) les établissements ayant répondu « Non » ou n'ayant pas répondu à la question-filtre ont été exclus du champ ; 2) les établissements ayant répondu « Oui » à la question-filtre mais n'ayant répondu à aucune des questions sur le nombre de postes non pourvus (pour les catégories de « Médecin coordonnateur », « Infirmier », « Aide-soignant », « Accompagnant éducatif et social » et « Autre ») ont été classés en « non-réponse » ; 3) les non-réponses des établissements ayant fourni une réponse pour au moins une des catégories (« Médecin coordonnateur », « Infirmier », « Aide-soignant », « Accompagnant éducatif et social » et « Autre ») et n'ayant pas rempli une ou plusieurs catégories, ont été recodées comme « Non ».

<sup>35</sup> Notre enquête qualitative suggère que les médecins coordonnateurs exerçant dans un EHPAD privé à but lucratif participent plus fréquemment au service d'astreinte et ont souvent un temps de travail supérieur à leurs collègues exerçant dans d'autres types d'établissements, ce qui contribue à expliquer ces écarts de salaires.

hôpitaux auxquels ils sont adossés. Ces derniers partagent leur temps de travail entre l'EHPAD et l'hôpital. La proportion d'EHPAD déclarant au moins un poste de médecin coordonnateur vacant est par ailleurs plus faible en Ile-de-France (21 %) que sur le reste du territoire métropolitain (27 %).

**Graphique 33. Vacance de poste de médecin coordonnateur en EHPAD en 2019, selon le statut juridique**



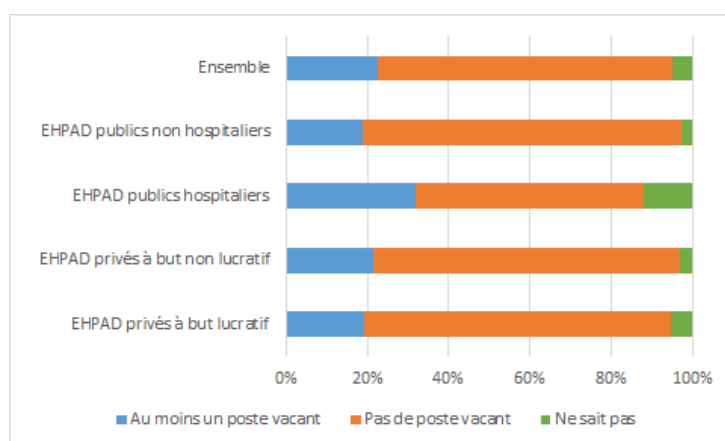
Source : EHPA 2019. Champ : EHPAD publics ou privés à but non lucratif français ayant des difficultés de recrutement.

Note : le lien entre la vacance de poste de médecin coordonnateur et le statut juridique de l'EHPAD employeur est significatif ( $p\text{-value} = 5.237e-13$ ). Lecture : 27 % des EHPAD ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste de médecin coordonnateur non pourvu.

### De réelles difficultés de recrutement pour le personnel soignant

Toujours selon l'enquête EHPA 2019, 22 % des EHPAD ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste vacant d'infirmier. Cette part atteint 32 % dans les établissements publics hospitaliers. Les EHPAD privés à but lucratif et les EHPAD publics non hospitaliers sont quant à eux moins concernés (avec 19 % d'établissement déclarant au moins un poste d'infirmier non pourvu). Les EHPAD franciliens déclarent plus de difficultés de recrutement d'infirmiers que ceux des autres régions (39 % vs 21 %).

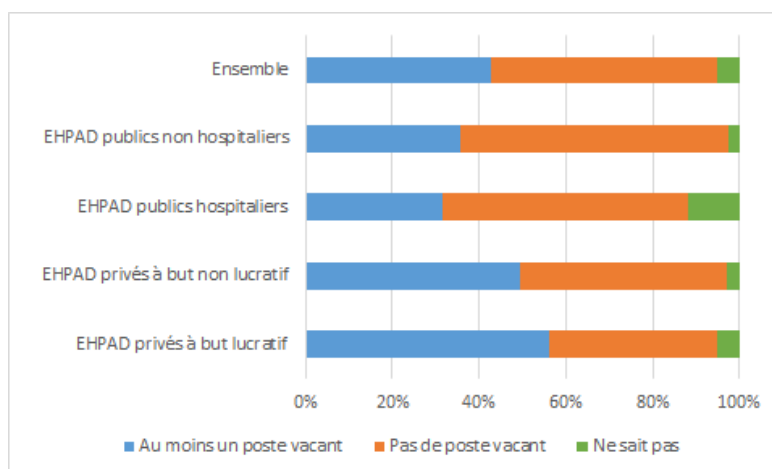
**Graphique 34. Vacance de poste d’infirmier en EHPAD en 2019, selon le statut juridique**



Source : EHPA 2019. Champ : EHPAD publics ou privés à but non lucratif français ayant des difficultés de recrutement.  
 Note : le lien entre la vacance de poste d’infirmier et le statut juridique de l’EHPAD employeur est significatif ( $p\text{-value} = 1.08e-11$ ). Lecture : 22 % des EHPAD ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste d’infirmier non pourvu.

La même enquête révèle que le besoin d’aides-soignants en EHPAD est particulièrement prégnant : en 2019, 43 % des établissements ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste d’aide-soignant non pourvu. Cette proportion est largement supérieure dans les EHPAD privés à but lucratif (56 %) et non lucratif (49 %) que dans les établissements publics non hospitaliers (36 %) et hospitaliers (32 %). Elle ne varie pas significativement selon que l’EHPAD soit implanté en Ile-de-France ou dans le reste de la France.

**Graphique 35. Vacance de poste d’aide-soignant en EHPAD en 2019, selon le statut juridique**

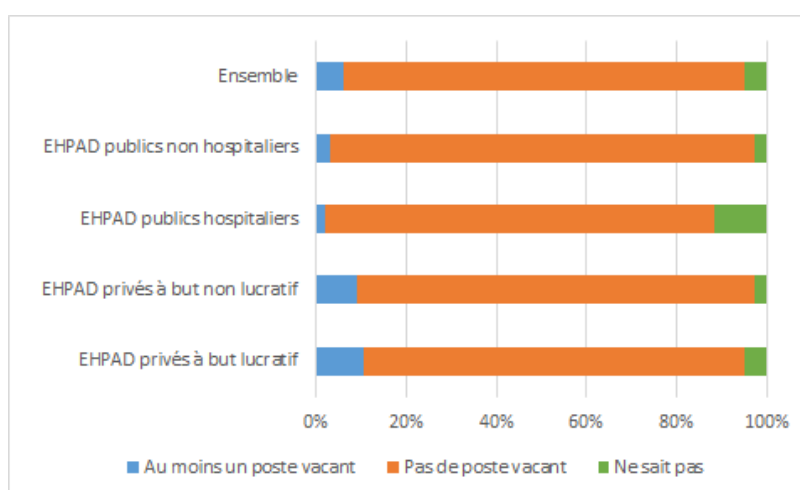


Source : EHPA 2019. Champ : EHPAD publics ou privés à but non lucratif français ayant des difficultés de recrutement.  
 Note : le lien entre la vacance de poste d’aide-soignant et le statut juridique de l’EHPAD employeur est significatif ( $p\text{-value} < 2.2e-16$ ). Lecture : 43 % des EHPAD ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste d’aide-soignant non pourvu.

## Des difficultés moins fortes sur les postes d'accompagnant éducatif et social

Seuls 6 % des EHPAD ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste vacant d'accompagnant éducatif et social (AES) en 2019. Cette proportion est beaucoup plus importante parmi les EHPAD privés (11 % des établissements à but lucratif déclarent des difficultés de recrutement d'AES, 9 % des établissements privés à but non lucratif) que dans les EHPAD publics (3 % des EHPAD publics non hospitaliers et 2 % des EHPAD publics hospitaliers sont concernés par ce type de difficultés).

**Graphique 36. Vacance de poste d'accompagnant éducatif et social en EHPAD en 2019, selon le statut juridique**



Source : EHPA 2019. Champ : EHPAD publics ou privés à but non lucratif français ayant des difficultés de recrutement.  
Note : le lien entre la vacance de poste d'AES et le statut juridique de l'EHPAD employeur est significatif ( $p\text{-value} = 6.697 \times 10^{-12}$ ). Lecture : 6 % des EHPAD ayant des difficultés de recrutement déclarent avoir au moins un poste d'accompagnant éducatif et social non pourvu.

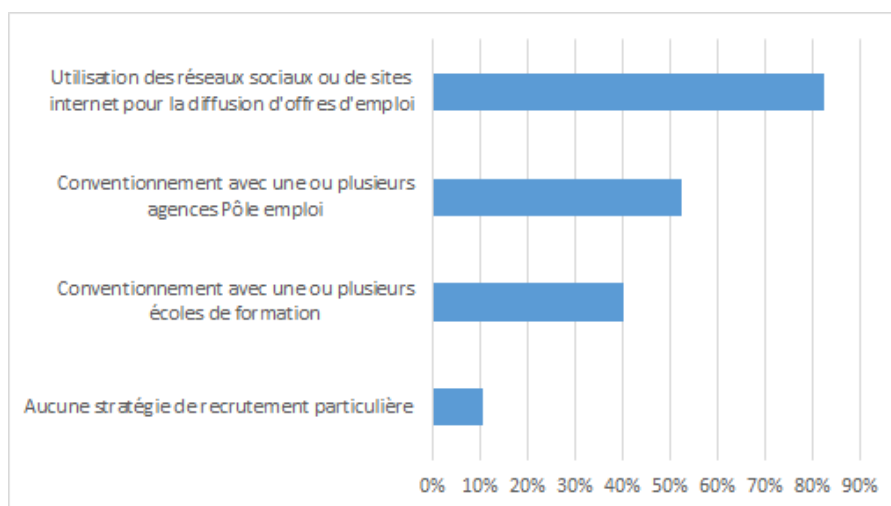
### 3.1.4 Des stratégies de recrutement et de fidélisation diverses

Pour faire face à ces problématiques, la majorité des EHPAD mettent en place des stratégies de recrutement qui diffèrent pour les « titulaires » (fonctionnaire, CDI et CDD de plus d'un an) et les remplaçants. De nombreuses pratiques de fidélisation et de motivation des salariés (quel que soit leur statut d'emploi) sont également adoptées par les établissements. L'enquête par questionnaire permet d'en fournir un aperçu quantifié.

### *Des stratégies de recrutement variées*

Au-delà des moyens de recrutement classiques utilisés par la quasi-totalité des EHPAD (comme diffuser l'offre d'emploi dans les réseaux sociaux ou sur les sites internet), la majorité des établissements a également recours à des stratégies spécifiques pour recruter des titulaires : parmi les enquêtés auxquels cette question a été posée (n = 84 directeurs et assimilés), seuls 10 % n'ont mis en place aucune stratégie particulière. Ces pratiques, bien que diverses, s'appuient beaucoup sur des partenaires institutionnels et correspondent à deux types de ressources que les établissements peuvent mobiliser dans le recrutement de titulaires. Ils peuvent d'abord se tourner vers les populations au chômage *via* Pôle Emploi, en particulier pour les postes peu qualifiés : c'est le cas de 54 % des répondants, qui exercent dans un établissement ayant conventionné avec une ou plusieurs agences Pôle emploi. Ils peuvent aussi compter sur les écoles de formation et le recrutement de stagiaires, dans l'optique de les former et de retenir par la suite ces profils : 43 % des répondants exercent dans un établissement qui ont conventionné avec une ou plusieurs écoles de formation. L'accélération des procédures de titularisation est aussi utilisée par certains directeurs d'EHPAD public pour attirer des candidats sur des postes d'infirmier.

**Graphique 37. Stratégies de recrutement des titulaires**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : directeurs et assimilés présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 82 % des directeurs et assimilés utilisent les réseaux sociaux ou des sites internet pour la diffusion des offres d'emploi.



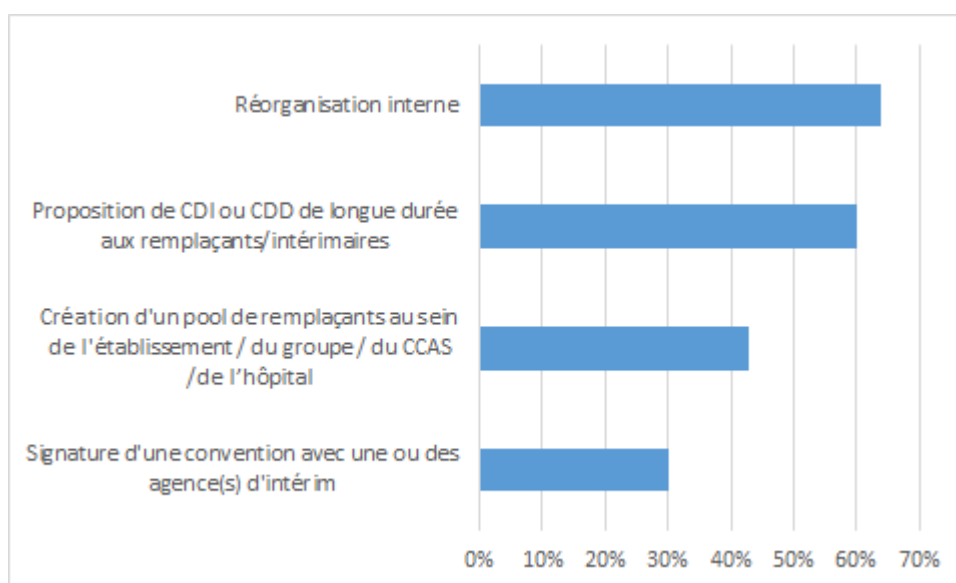
Une cadre supérieure de santé profite ainsi de son réseau d'ancienne formatrice IFSI pour recruter des étudiants, dans le cadre de stages ou de contrats étudiants, ou d'anciens étudiants en soins infirmiers.

*« On a quand même réussi à recruter, notamment j'ai recruté un infirmier de [école], parce que je connais les formateurs, parce qu'ils m'ont dit qu'il cherche en EHPAD. Enfin voilà il y a du réseau. [...] Ce réseau-là pour moi il est indispensable, ça aide bien... ça aide bien. Donc nous c'est pareil quoi, on prend beaucoup d'étudiants ici. On est un petit établissement, mais on prend beaucoup d'étudiants en soins infirmiers de tous les établissements, tous les IFSI de la région. [...] Quand on repère des étudiants qui seraient intéressés, bah voilà... on essaie de les hameçonner un petit peu. »* (Ingrid, cadre supérieure de santé dans un établissement public hospitalier).

La gestion des remplacements des salariés absents s'effectue quant à elle surtout à partir de ressources internes. Afin de gérer ces remplacements, 64 % des directeurs et assimilés procèdent à une réorganisation de service : ils activent un mode de fonctionnement « dégradé » et redistribuent les tâches des salariés absents à ceux qui sont présents ; cette réorganisation interne passe aussi par la sollicitation, des salariés alors au repos, et ce, souvent au dernier moment.

Mais toutes les absences ne peuvent pas être absorbées par les travailleurs de l'établissement : les directeurs doivent alors faire appel à des remplaçants. 43 % des directeurs répondants ont ainsi créé un *pool* de remplaçants, soit propre à l'établissement, soit mutualisé avec d'autres établissements d'un même groupe. 30 % des répondants ont par ailleurs signé une convention avec une ou des agence(s) d'intérim malgré le coût élevé que représente l'emploi en intérim. Afin de continuer une équipe de remplaçants réguliers, 60 % des répondants leur ont proposé des CDI ou CDD de longue durée. Mais cette tactique ne fonctionne pas toujours.

**Graphique 38. Mesures de gestion des remplaçants**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : directeurs et assimilés présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Lecture : 64 % des directeurs et assimilés mettent en place des mesures de réorganisation interne pour gérer les remplacements.

*Des pratiques de fidélisation et de motivation centrées sur le développement des carrières et la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle*

La quasi-totalité des établissements enquêtés (95 %) met en œuvre des pratiques, répondant à certaines demandes des salariés, dans l'optique de favoriser leur motivation et leur fidélisation. Toutes les demandes ne sont évidemment pas prises en compte et notre enquête révèle que ces pratiques concernent principalement deux dimensions : le développement des carrières et l'amélioration de la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Les enquêtes quantitative et qualitative convergent sur la place prépondérante de la formation comme stratégie de motivation et de fidélisation des salariés en EHPAD. Parmi les directeurs et assimilés ayant répondu à notre questionnaire, 69 % proposent un accompagnement à la VAE, 60 % financent des formations qualifiantes et 49 % financent des formations non qualifiantes. Lors des entretiens, plusieurs ont mis en avant d'excellents rapports « coût-bénéfice » des dispositifs de formation : en effet, ces derniers sont souvent au moins partiellement financés par les pouvoirs publics et présentent un coût limité pour

les EHPAD en question. Ils répondent aussi à une demande de la part des salariés qui souhaitent progresser dans leur carrière. Par exemple, un infirmier qui a longtemps travaillé en intérim dans un établissement privé à but non lucratif, a accepté de signer un contrat de CDI proposé depuis plusieurs années par le directeur, en échange du financement de sa formation d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA). Néanmoins, si les formations restent un moyen de fidélisation efficace, les directeurs enquêtés soulignent le fort taux d'échec du personnel non diplômé à la formation d'aide-soignant. Par exemple, selon la directrice d'un EHPAD privé à but lucratif en région parisienne, l'ensemble des 6 agents de service ayant tenté la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) pour obtenir un diplôme d'Etat d'aide-soignant ont échoué, notamment en raison de leur « faible niveau rédactionnel ».

Les EHPAD rattachés à un groupe hospitalier ou associatif bénéficient d'un levier supplémentaire pour répondre à la demande du développement des carrières des salariés : l'accompagnement à la mobilité intragroupe. Il peut s'agir de transitions entre un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et un EHPAD, ou entre un EHPAD et un hôpital.

La question de conciliation entre vie professionnelle et vie familiale constitue un autre enjeu majeur pour la fidélisation de la main-d'œuvre, qui connaît souvent des horaires de travail atypiques. Un tiers des directeurs répondant au questionnaire propose des horaires adaptés à leurs salariés, notamment au personnel infirmier : l'organisation du temps de travail par périodes de 12 heures, c'est-à-dire 3 jours par semaine semble particulièrement attractive pour cette population. Certains directeurs ont mis en place des dispositifs extra-professionnels : par exemple, un des EHPAD enquêtés a un projet de création d'une micro-crèche pour garder les enfants des salariés ; un autre EHPAD se trouvant sur une commune frontalière à la Suisse, propose quant à lui un service d'aide à la recherche d'un logement.

*« On est en train de monter un projet de micro-crèche ici sur la résidence, parce qu'en fait j'ai une des infirmières notamment qui est en arrêt pour matérialité et qui ne trouve pas de crèche avec des horaires adaptés. Alors déjà de crèches, et ensuite de crèches avec des horaires adaptés. Nous on a un projet de micro crèche avec des horaires adaptés pour que les mamans qu'on a eu... En 3 ans j'ai quand même eu 25 grossesses à la résidence. »* (Antoine, directeur d'un établissement privé à but non lucratif).

Malgré la volonté des dirigeants d'EHPAD, les stratégies mises en place ne semblent pas en mesure de résoudre les importants problèmes d'attractivité auxquels sont confrontés les établissements. Le secteur des EHPAD continue en effet de connaître une pénurie de main-d'œuvre (Martin et Ramos-Gorand, 2017) associée à un fort taux de *turnover*, qui a des conséquences importantes sur la charge de travail des travailleuses et travailleurs du secteur et, *in fine*, sur la qualité des services rendus (Cohen-Mansfield, 1997).

### 3.2 Des difficultés de recrutement récurrentes

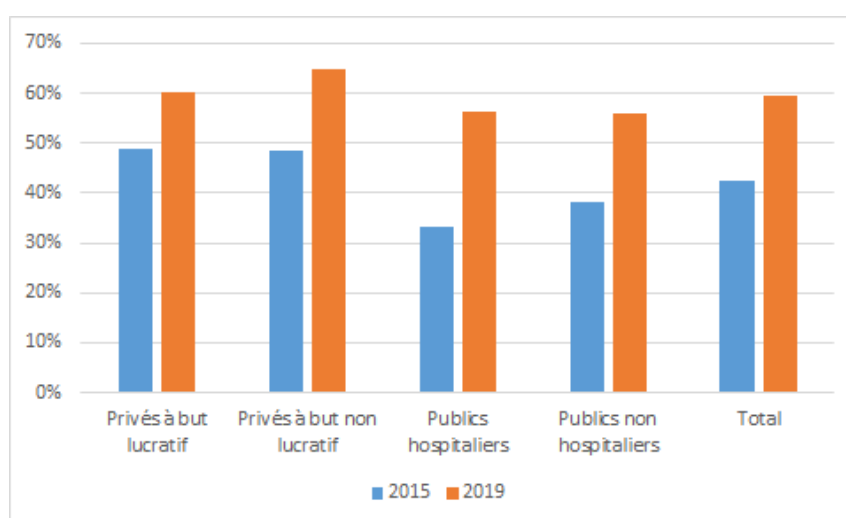
La pénurie de main-d'œuvre dans le secteur médico-social en France est une préoccupation politique majeure en passe d'être accentuée dans les prochaines décennies par l'accélération du vieillissement de la population (France Stratégie et Dares, 2022). Si plusieurs rapports publics ont déjà alerté sur cette problématique (Pinaud, 2004 ; ANAP/CNSA, 2013 ; OPCO Santé, 2022), les difficultés de recrutement restent une question centrale pour les acteurs du secteur et les responsables politiques. Or, selon notre enquête qualitative, elles se sont accrues depuis la crise sanitaire. Bien que l'enquête quantitative ne permette pas de comparer directement la situation avant et après l'épidémie de Covid-19, elle fournit des éléments sur la situation depuis la crise (3.2.1) et met en exergue le recrutement particulièrement difficile des médecins coordonnateurs, qui mérite d'être examiné de plus près (3.2.2).

#### 3.2.1 La crise sanitaire, un facteur d'aggravation des problématiques de gestion de main-d'œuvre

Le secteur des EHPAD est confronté depuis de nombreuses années à d'importantes difficultés de recrutement, en particulier sur les postes de soignants. Or, la crise sanitaire a aggravé la situation. La conséquence de ces difficultés est un accroissement des postes vacants, qui s'explique en premier lieu par un manque de candidatures.

Le secteur est confronté depuis de nombreuses années à des difficultés de recrutement. En 2015, 44 % des EHPAD déclaraient rencontrer des difficultés de recrutement (Bazin et Muller, 2018) ; en 2019 cette part est passée à 59 %. La croissance des difficultés de recrutement s'observe quel que soit le statut juridique de l'EHPAD. Si, en 2015 comme en 2019, les EHPAD privés ont plus de difficultés de recrutement que les établissements publics, les écarts tendent à s'atténuer : c'est pour les EHPAD publics - et en particulier hospitaliers - que la situation s'est le plus dégradée.

**Graphique 39. Part des EHPAD déclarant rencontrer des difficultés de recrutement, selon le statut juridique en 2015 et 2019**



*Sources: enquêtes EHPA 2015 et EHPA 2019. Champ : travailleurs des EHPAD public ou privé à but non lucratif français, non-réponses exclues. Note : le lien entre les difficultés de recrutement et le statut juridique de l'EHPAD employeur est significatif ( $p$ -value pour 2015 :  $< 2.2e-16$  ;  $p$ -value pour 2019 :  $2.065e-05$ ). Lecture : en 2015, 49 % des EHPAD privés à but lucratif déclaraient rencontrer des difficultés de recrutement.*

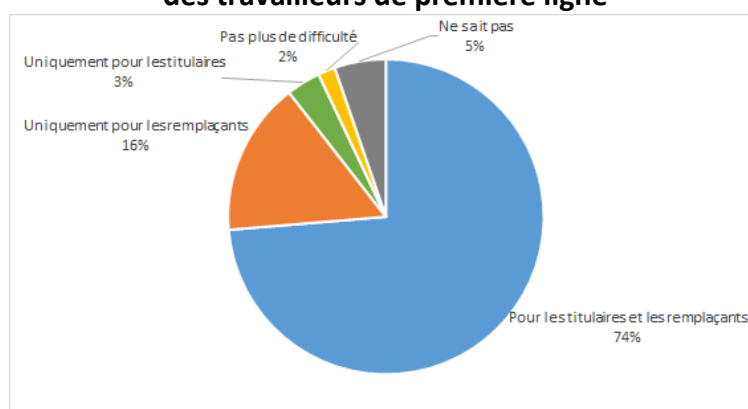
Quant aux disparités territoriales, en 2019, les EHPAD franciliens déclarent moins de difficultés de recrutement (51,5 %) que ceux du reste de la France (62,1 %). Ces moindres difficultés de recrutement en Ile-de-France s'expliquent par une plus grande quantité de main-d'œuvre disponible et par une mobilité facilitée sur le territoire francilien. Il n'est ainsi pas rare de trouver des résidents de Seine-Saint-Denis (93) dans les EHPAD du Val-de-Marne (92) ou des Yvelines (78).

Si l'accroissement des difficultés de recrutement n'est pas un phénomène nouveau dans le secteur des EHPAD, l'épidémie de Covid-19 semble les avoir aggravées, comme l'explique ce directeur d'EHPAD :

*« [On a] énormément, énormément [de difficultés de recrutement]. On a eu des... récemment des grosses difficultés de recrutement d'infirmiers. Là ça va, ça se stabilise mais ouais. Il y a eu un gros turnover sur certaines de nos structures à un moment donné. La période Covid n'a pas aidé. [...] Non avant c'était assez stable. On a eu des départs, de souhaits personnels d'infirmiers. [...] Par contre quand il y a eu des départs pendant la période Covid, des absences, parce que pas forcément des départs mais des absences pour maternité, pour Covid, etc... Là on n'avait plus de CV, et quand on se renseignait autour de nous, avec le CH de [ville], pénurie partout. [...] Là ça se stabilise depuis... on a réussi à retrouver des CV. On a relancé les réseaux donc on a réussi à stabiliser les équipes. Mais très très compliqué pendant un moment, sur les infir', aides-soignantes aussi c'est pas toujours facile parce que... Mais ça, ça datait avant Covid pour moi, mais ça s'est accéléré... ça s'est amplifié avec le Covid. Il y a moins de vocation sur ce type de structures, moins de personnes qui veulent travailler en EHPAD. »*  
(Grégoire, directeur d'un groupe associatif gérant plusieurs établissements).

La quasi-totalité des directeurs d'EHPAD et assimilés répondant à l'enquête par questionnaire (93 %) considèrent que le recrutement des travailleurs de première ligne est en effet plus difficile au moment de l'enquête (en 2022) qu'avant la crise sanitaire en 2019. Près des trois-quarts considèrent que les difficultés de recrutement se sont accrues à la fois pour les titulaires et les remplaçants ; 16 % seulement pour les remplaçants ; 3,5 % uniquement pour les titulaires (5 % ne savent pas répondre à cette question).

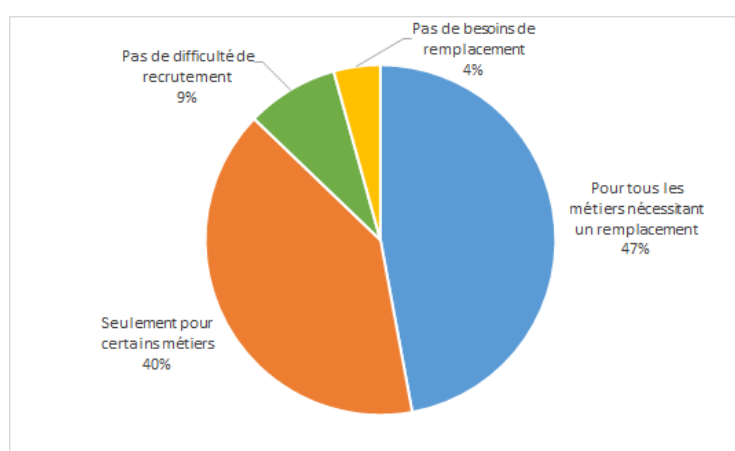
**Graphique 40. Augmentation des difficultés de recrutement des travailleurs de première ligne**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : directeurs d'EHPAD et assimilés travaillant en EHPAD en 2019, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français au moment de l'enquête en 2022. Lecture : 74 % des directeurs d'EHPAD et assimilés déclarent que les difficultés de recrutement des travailleurs de première ligne se sont aggravées entre 2019 et 2022, à la fois pour les titulaires (CDI et fonctionnaires) et pour les remplaçants.

La crise sanitaire a aggravé les difficultés de gestion des remplaçants. En effet, les arrêts de travail liés à la contamination par le Covid-19 ont été très nombreux dans certains EHPAD. Dans ce cas, le recrutement de remplaçants devient particulièrement problématique. Au cours du mois précédant l'enquête en 2022, 87 % des directeurs et assimilés ont rencontré des difficultés de recrutement de remplaçants : 47 % pour tous les métiers pour lesquels il y a eu des besoins ; 40 % seulement pour certains métiers ; 9 % pour aucun métier ; et seuls 4 % des répondants n'ont pas cherché à recruter de remplaçants.

**Graphique 41. Difficultés de recrutement de remplaçants durant le mois précédent l'enquête, en 2022**



Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : directeurs d'EHPAD et assimilés travaillant en EHPAD en 2020, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français au moment de l'enquête en 2022. Lecture : 47 % des directeurs d'EHPAD et assimilés déclarent avoir rencontré des difficultés de recrutement pour tous les métiers nécessitant un remplacement au cours du mois précédent l'enquête.

#### **Encadré 4. Le remplacement des absences : des pratiques diversifiées**

Tous les EHPAD n'ont pas la même politique de gestion des absences (Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, 2021). Certains établissements ont privilégié l'auto-remplacement entre collègues, alors que d'autres ont eu davantage recours aux vacataires déjà connus ou aux travailleurs intérimaires<sup>36</sup>, ou encore, pour les EHPAD hospitaliers, à la mutualisation. De façon générale, il semble que les établissements aient rencontré des difficultés à établir une politique de remplacement viable des « travailleurs de première ligne » : seuls 8 % de nos répondants estiment que les absences des agents et soignants ont été remplacées en totalité en 2020, 59 % dans une majorité de cas, 32 % dans une minorité de cas et 1 % dans aucun cas. Les absences ont été moins remplacées dans les EHPAD hospitaliers que dans les EHPAD publics non hospitaliers ou privés à but non lucratif.

#### *Une croissance des postes vacants expliquée par un manque de candidatures*

La vacance de postes est commune en EHPAD, en particulier pour les aides-soignants. Selon les données de notre enquête, 64 % des répondants à ces questions déclarent avoir au moins un poste d'aide-soignant vacant. En moyenne, ce sont deux postes en Équivalent Temps-Plein (ETP) d'aides-soignants vacants qui sont déclarés par nos répondants. Le taux de postes vacants est également important concernant les médecins coordonnateurs : 38 % des répondants déclarent avoir au moins un poste de médecin coordonnateur vacant pour un équivalent Temps-Plein moyen de 0,15. Un tiers des répondants affirment en outre avoir au moins un poste d'infirmier vacant, un quart des répondants un poste d'agent de service ou équivalent vacant.

En dépit de limites inhérentes à la comparaison (unités différentes et taille réduite de l'échantillon CollSol-EHPAD), la comparaison avec les données issues de l'enquête EHPA

---

<sup>36</sup> Par peur de faire entrer le virus, le recours à l'intérim, surtout d'intérimaires « non stabilisés » et fréquentant plusieurs établissements, a parfois été évité par certains EHPAD.



2019 suggère une augmentation des postes non-pourvus de médecin coordonnateur, d'infirmier et d'aide-soignant (voir tableau 8).

**Tableau 8. Au moins un poste non pourvu en 2019 et 2022, par type de poste**

	En 2019*	En 2022**
Poste de médecin coordonnateur	27 %	38 %
Poste d'infirmier	22 %	31 %
Poste d'aide-soignant	43 %	64 %
Poste d'agent de service	-	25 %

*\* Source : EHPA 2019, champ : EHPAD. \*\*Source : CollSol-EHPAD, champ : directeurs d'EHPAD et assimilés présents en 2019, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français au moment de l'enquête en 2022. Lecture : en 2019, 27 % des établissements déclaraient au moins un poste de médecin coordonnateur non pourvu depuis au moins 6 mois. En 2022, 38 % des directeurs et assimilés répondant à l'enquête CollSol-EHPAD déclarent au moins un poste de médecin coordonnateur non pourvu.*

Les disparités territoriales semblent perdurer et même s'être aggravées depuis la crise sanitaire. L'enquête qualitative montre que depuis 2020, les établissements situés dans des départements de montagne et qui se trouvent dans un bassin d'emploi peu dynamique ont plus de postes vacants, notamment pour les soignants (infirmiers et aides-soignants). Par exemple, parmi les 7 établissements gérés par un même groupe privé à but non lucratif, plus de 50 postes de CDI (infirmiers, aides-soignants et agents de service) sont, à l'été 2022, vacants depuis juillet 2021, malgré les différentes stratégies mises en place par les directeurs. Sur la même période, le nombre de postes vacants était bien inférieur dans les EHPAD d'Ile-de-France et des Hauts-de-France, avec une moyenne de 2-3 postes par établissement.

Le manque de candidatures explique en partie le problème des postes non pourvus. Il s'agit d'un phénomène dont l'ampleur varie considérablement selon le métier et concerne principalement les métiers exigeant une qualification reconnue par un diplôme. Le manque de candidatures expliquerait ainsi entre 84 et 89 % des vacances sur des postes d'aides-soignants, d'infirmiers et de médecins coordonnateurs mais seulement la moitié (47 %) des

vacances sur des postes d'agents de service. Au total, les trois-quarts des répondants ont été confrontés à un manque de candidature sur des postes d'aides-soignants, la moitié sur des postes d'infirmiers et de médecins coordonnateurs et 18 % sur des postes d'agents de service :

*« C'est catastrophique. On a zéro zéro zéro CV, depuis le mois dernier. Et sinon rien là... au cours de l'année on a toujours une dizaine, une quinzaine, enfin j'en sais rien même... On a toujours beaucoup de CV. Là rien... rien rien. [...] Un peu avant le Covid, ça s'est déjà installé depuis plusieurs années... où on est en panne de personnel. Ça devient une denrée rare. [...] C'est suffisamment anormal pour que je puisse faire le constat. [...] C'est très embêtant à savoir que... qu'il y a même eu une pénurie d'intérimaires à un moment. Les agences d'intérim n'arrivaient même plus à nous envoyer du personnel. »* (Joséphine, directrice d'un établissement public non hospitalier).

*« Il n'y a plus de candidats [d'infirmier]. Vous mettez une annonce sur un site pour recruter une hôtesse ou animatrice, vous en avez entre 70 et 100 candidatures. Quand vous mettez une annonce pour une aide-soignante, vous en avez 20, dans les 20, vous n'en avez que 3 qui sont aides-soignants, diplômés hein, et vous mettez une annonce pour une infirmière, vous n'en aurez que deux personnes. »* (Antoine, directeur d'un établissement privé à but non lucratif).

**Tableau 9. Manque de candidatures par métier**

	Oui	Non	Non concerné	Concernés	% oui (sur concernés)	% oui (sur total répondants)
Poste de médecin coordonnateur	21	4	28	25	84%	48%
Poste d'infirmier	25	3	25	28	89%	57%
Poste d'agent de service	8	9	36	17	47%	18%
Poste d'aide-soignant	33	6	14	39	85%	75%

Source : CollSol-EHPAD, champ : directeurs d'EHPAD et assimilés travaillant en EHPAD public ou privé à but non lucratif en 2022. Lecture : 21 répondants déclarent un manque de candidature sur au moins un poste de médecin coordonnateur, soit 84 % des répondants déclarant au moins un poste vacant et 48 % de l'ensemble des directeurs et assimilés.

### 3.2.2 Zoom sur la pénurie de médecins coordonnateurs

La quasi-totalité des directeurs enquêtés a insisté sur la pénurie de médecins coordonnateurs et un répondant sur cinq à notre questionnaire indique que son établissement ne dispose pas de médecin coordonnateur au moment de l'enquête. Or les difficultés de recrutement de médecins coordonnateurs (Bazin et Muller, 2018 ; Cour des comptes, 2022) impactent la capacité de l'établissement à raisonner en termes de « parcours de soins » pour chacun de ses résidents. Il ne s'agit pas d'une problématique nouvelle, mais la crise sanitaire a aggravé la situation. C'est pourquoi il nous semble important d'analyser en détail ce problème majeur auquel est confronté le secteur.

#### *Un manque important et récurrent de médecins coordonnateurs*

Bien que le décret n° 2005-560 impose la présence d'un médecin coordonnateur salarié dans chaque EHPAD, fin 2015 déjà, 32 % des EHPAD ne déclaraient aucun ETP de médecin coordonnateur dans la liste du personnel et 14 % en déclarent moins de 0,2, soit un chiffre inférieur aux seuils réglementaires<sup>37</sup> (Bazin et Muller, 2018).

Si cette situation interroge sur la qualité des soins en EHPAD hors période de crise, les enjeux sont encore plus importants en période de crise épidémique. Or, lors des premières vagues, les contacts habituels avec le monde sanitaire sont devenus plus compliqués : une partie des EHPAD enquêtés s'est retrouvée sans médecin coordonnateur, et parfois sans contact avec les médecins traitants de leurs résidents (Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, 2021). Ainsi, si 57 % des répondants au questionnaire déclarent que le(s) médecin(s) coordonnateur(s) étaient sur place au cours de l'année 2020, ils sont 23 % à affirmer que le poste de médecin coordonnateur n'était pas pourvu dans leur EHPAD en 2020, 6 % que leur médecin coordonnateur était en télétravail et 4 % que ce dernier était en arrêt de travail<sup>38</sup>.

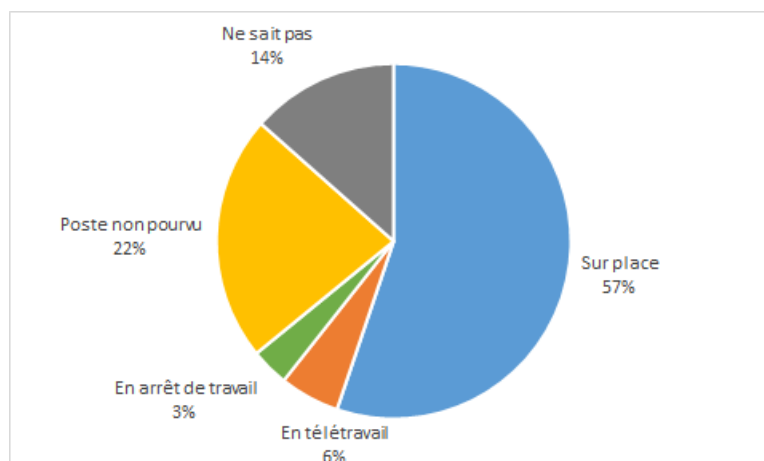
---

<sup>37</sup> Bien que le temps de travail des médecins coordonnateurs soit théoriquement variable en fonction de la capacité d'accueil de l'établissement, le seuil minimal à la date de l'enquête EHPA 2015 était de 0,25 ETP. Ce seuil théorique est aujourd'hui de 0,4 (décret n° 2022-731).

<sup>38</sup> Une partie non négligeable des enquêtés, 14 %, ne sait pas répondre à la question sur la présence d'un médecin coordonnateur au cours de l'année 2020.

L'enquête qualitative suggère qu'une partie des médecins coordonnateurs « seniors » a pris leur retraite lors de cette période de crise. La situation a été particulièrement tendue sur l'un de nos terrains d'enquête : durant toute l'année 2020, un seul médecin coordonnateur (sur 4) était présent sur les 7 EHPAD gérés par un même groupe privé à but non lucratif.

**Graphique 42. Présence du ou des médecins coordonnateurs dans l'établissement employeur en 2020**



*Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs présents dans un EHPAD en 2020, toujours en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français au moment de l'enquête en 2022. Lecture : 57 % des travailleurs d'EHPAD déclarent qu'un ou plusieurs médecins coordonnateurs étaient présents dans leur EHPAD en 2020.*

La situation ne s'est pas beaucoup améliorée au moment de l'enquête. Sur l'ensemble des enquêtés, 17 % des répondants estiment qu'ils travaillent dans un EHPAD qui n'emploie aucun médecin coordonnateur. Mais le manque de médecins coordonnateurs dans les EHPAD ne se limite pas à la question de leurs effectifs ou de leur densité : dans la très grande majorité des cas, l'activité dans l'EHPAD du médecin coordonnateur est souvent complémentaire à une activité libérale<sup>39</sup>. La question de leur temps de travail dans l'EHPAD doit donc impérativement être prise en compte. Or, les établissements où travaillent les encadrants ayant répondu à notre questionnaire emploient en moyenne 0,48 médecin coordonnateur en ETP. Le manque de médecins coordonnateurs est moins prégnant au sein des EHPAD publics hospitaliers, ces derniers disposant en moyenne de deux fois plus de médecins coordonnateurs que dans les autres EHPAD (rappelons toutefois que les

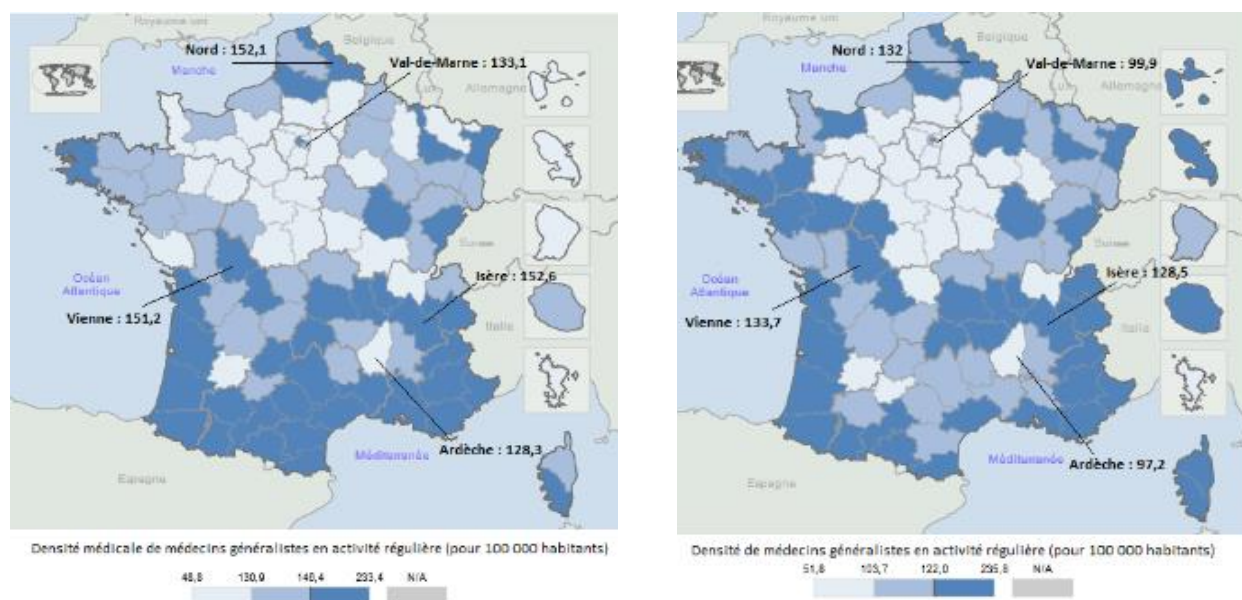
<sup>39</sup> Seuls 8 % des répondants à notre enquête quantitative indiquent travailler dans un établissement disposant d'un médecin coordonnateur exerçant à temps complet ; il s'agit quasi exclusivement d'EHPAD publics hospitaliers.

établissements hospitaliers accueillent généralement des résidents plus dépendants et ont un nombre de lits supérieur aux autres).

### *Une pénurie de médecins coordonnateurs corrélée à la démographie médicale*

La pénurie de médecins coordonnateurs constatée dans les EHPAD doit être replacée dans le contexte plus général de déficit de médecins constaté en France depuis plusieurs décennies. En effet, le nombre de médecins généralistes en activité régulière, au 1er janvier 2023, a diminué de 12 % depuis 2010, soit une perte de 11 300 médecins en 13 ans. En raison de la baisse des effectifs de médecins généralistes et de l'augmentation de la population, la densité de médecins généralistes en activité régulière a nettement diminué, passant de 146,4 pour 100 000 habitants en 2012 à 122 pour 100 000 habitants en 2023<sup>40</sup>. Comme le montrent les cartes 1 et 2, les cinq départements enquêtés sont concernés par cette baisse de densité. La baisse du nombre de médecins devrait se poursuivre dans les dix prochaines années, notamment en raison du départ en retraite de près d'un quart d'entre eux. Les effectifs de médecins généralistes atteindraient leur niveau le plus faible en 2026 (Drees, 2021b, p. 51) pour repartir ensuite à la hausse.

**Cartes 1 et 2. Densité de médecins généralistes en activité régulière, en 2012 (à gauche) et en 2023 (à droite)**

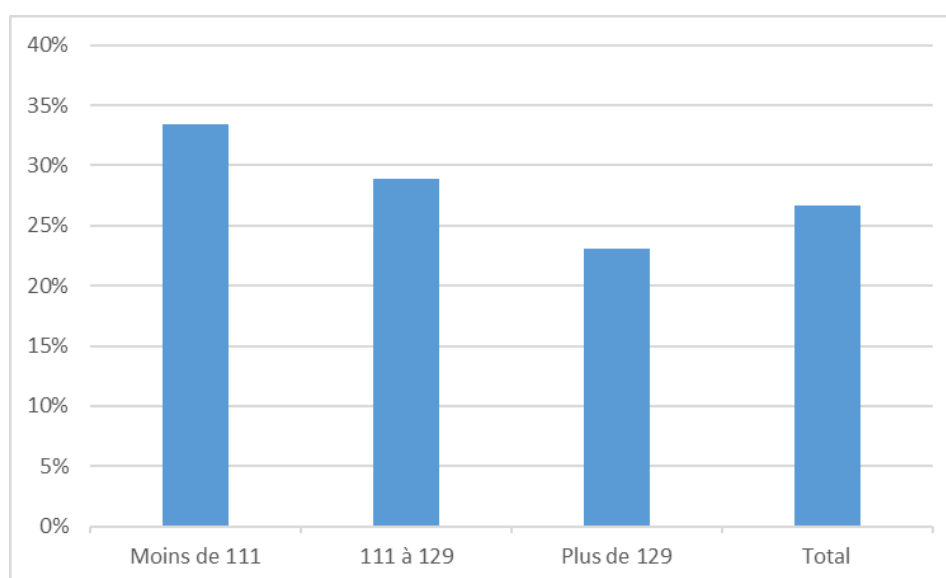


Source : Cnom, <https://demographie.medecin.fr>.

<sup>40</sup> Source : Cnom.

Le corollaire de ce déficit de médecins est un creusement des inégalités territoriales en termes de densité médicale. En France métropolitaine, les écarts de densité en médecine générale entre les départements les plus défavorisés et les départements les mieux dotés sont de l'ordre de 1 à 3 (71 médecins généralistes en exercice régulier pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir contre 236 dans les Hautes-Alpes). Certains territoires apparaissent ainsi comme des déserts médicaux : c'est notamment le cas de l'un des départements enquêtés, à savoir l'Ardèche (97,2 médecins généralistes en activité régulière pour 100 000 habitants). Or il existe un lien entre la pénurie de médecins et les postes de médecins coordonnateurs non pourvus en EHPAD<sup>41</sup> : plus la densité de médecins généralistes en activité régulière est faible, plus les EHPAD connaissent un manque de médecin coordonnateur.

**Graphique 43. Proportion d'EHPAD en manque de médecin coordonnateur (poste vacant) selon la densité de médecins généralistes à l'échelle départementale**



Sources : pour les EHPAD manquant de médecins coordonnateurs : EHPA 2019 ; pour la densité de médecins : Cnom (2019). Note : le lien entre la proportion d'EHPAD déclarant au moins un poste de médecin coordonnateur vacant et la densité de médecins généralistes du département est significatif ( $p\text{-value} = 8.256e-07$ ). Lecture : 33 % des EHPAD situés dans un département ayant une densité de médecins généralistes en activité régulière inférieure à 111 en 2019 et ayant déclaré des difficultés de recrutement déclarent au moins un poste de médecin coordonnateur vacant en 2019.

<sup>41</sup> A partir des données de la carte 2, il est possible de classer les départements en trois groupes selon leur densité médicale de médecins en activité régulière en 2019 ; ces données sont ensuite croisées avec les données sur la part d'EHPAD déclarant au moins un poste de médecin coordonnateur non pourvu par département (EHPA 2019).

### **Encadré 5. La notion de désert médical**

Comme le souligne le Conseil national de l'ordre des médecins, la notion de désert médical n'a à ce jour pas de définition scientifique robuste et partagée. « Ces déserts font tantôt allusion aux zones sous-dotées en médecins traitants, spécialistes de médecine générale, tantôt à l'ensemble des médecins toutes spécialités et modes d'exercice confondus, libéral et salarié, ou parfois encore à l'ensemble des professionnels de santé, les autres professionnels étant eux aussi affectés par cette pénurie, sans oublier la carte des établissements de santé publics et privés... » (Cnom, 2023). Selon le site [vie-publique.fr](http://vie-publique.fr)<sup>42</sup>, la notion de désert médical renvoie à une double dimension :

« une dimension spatiale liée à la densité de professionnels de santé sur un territoire : un désert médical est caractérisé par un éloignement géographique entre les patients et leur médecin, ce qui implique pour eux de parcourir une longue distance pour consulter ;

une dimension temporelle liée au nombre de patients par médecin : plus un médecin a de patients, moins il a de temps à accorder à chacun d'eux.

Le développement des déserts médicaux sur le territoire national a donc pour conséquences :

l'accroissement des "files d'attente" avant de pouvoir consulter un professionnel, au risque d'une dégradation de l'état médical des patients ;

le déport de consultations vers les urgences médicales. D'une part, les patients ne trouvant pas de professionnels en consultation "classique" recourent par défaut aux urgences pour accéder à un médecin. D'autre part, l'absence de consultations régulières aggrave les situations de santé ;

des difficultés majeures pour les patients à s'inscrire auprès d'un nouveau médecin traitant, en particulier lorsqu'un praticien part en retraite. S'il n'est pas immédiatement remplacé, ou si les médecins restants refusent de prendre en charge

---

<sup>42</sup> <https://www.vie-publique.fr/fiches/37859-quest-ce-quun-desert-medical-queelles-actions-des-pouvoirs-publics>

de nouveaux patients, ces derniers subissent une rupture dans leur parcours de soins coordonnés, normalement garantis par le service public. »

Les résidents d’EHPAD situés dans des déserts médicaux sont exposés, au même titre que les autres habitants du territoire, aux conséquences négatives de la pénurie de médecins sur leur santé. Ce problème est toutefois plus saillant pour cette population vieillissante.

### 3.3 Les causes du manque de main-d’œuvre : une analyse sociologique

Après avoir exposé dans les parties précédentes un état des lieux sur l’emploi en EHPAD pré et post-crise sanitaire, il convient d’examiner les causes du manque de main-d’œuvre constaté dans le secteur. Comment comprendre et interpréter ces constats ? Ces évolutions sont-elles davantage imputables à la crise sanitaire ou à d’autres facteurs plus structurels ?

Nous proposons d’abord des explications liées aux caractéristiques générales du travail et des emplois en EHPAD et verrons qu’à ce titre que, plus qu’un effet propre au secteur, la crise sanitaire a mis en exergue des problématiques déjà existantes dans le secteur en matière de difficultés de recrutement et plus généralement d’attractivité (3.3.1). Nous présentons en second lieu un élément commun aux discours de nombreux directeurs d’EHPAD mettant en avant l’idée d’un changement de rapports au travail chez les nouvelles générations de travailleurs (3.3.2). Nous proposons ensuite une analyse mobilisant le concept d’*espace des possibles* qui permet de comprendre que ce sont les opportunités d’emploi et la perception de ces opportunités, propres à chaque métier et territoire, qui conditionnent l’acceptabilité d’un emploi en EHPAD (3.3.3). Pour finir, nous identifions les déterminants précis et les logiques à l’œuvre derrière l’envie de rester (et, en creux, de quitter) le secteur selon le métier exercé (3.3.4).



### 3.3.1 Des causes intrinsèques au secteur, amplifiées par la crise sanitaire

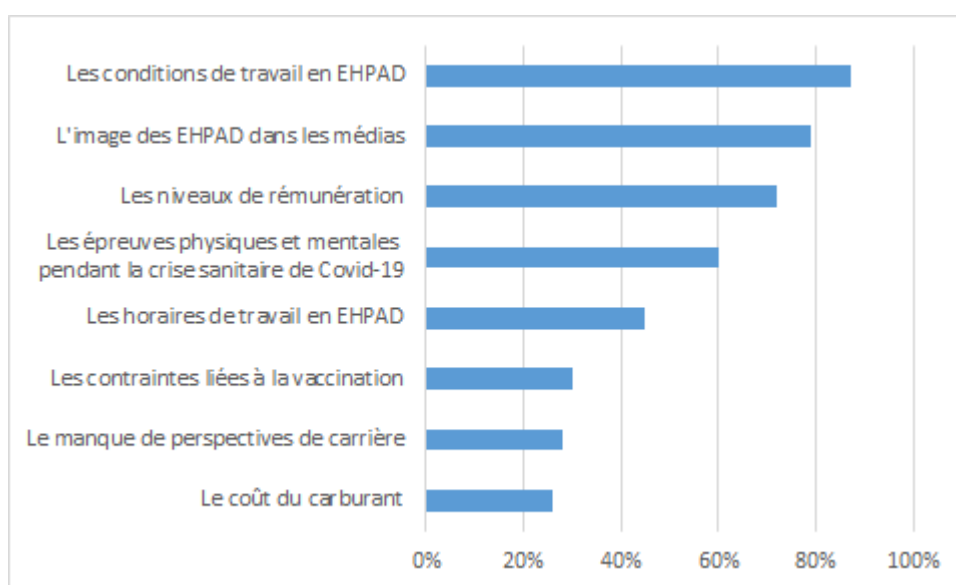
Derrière la problématique de la pénurie de main-d'œuvre se cache plusieurs déterminants, déjà longuement mis en avant dans divers articles scientifiques et rapports politiques : la difficulté des conditions de travail (Marquier *et al.*, 2016 ; Chenal *et al.*, 2016), de faibles perspectives de carrière (Pinaud, 2004 ; El Khomri, 2019), de bas salaires (El Khomri, 2019), des difficultés d'accompagnement rencontrées par l'évolution du profil des résidents (Balavoine, 2022), ou encore la situation géographique de l'établissement (Bazin et Muller, 2018). Notre recherche confirme les éléments d'explication mis en avant par la littérature et en identifie d'autres, propres à la crise sanitaire et à l'image négative du secteur.

D'après notre enquête de terrain, les questions du salaire et des conditions de travail (pénibilité, rythme, etc.) sont largement mises en avant par les professionnels pour expliquer leur réticence à continuer durablement d'occuper leur emploi dans ce secteur. La grande majorité des encadrants ayant déclaré avoir des difficultés de recrutement mettent en avant trois facteurs structurels dans l'explication des difficultés de recrutement générales : les conditions de travail (87 %), l'image des EHPAD dans les médias (79 %) et les niveaux de rémunération (72 %). Ces raisons sont également citées par les travailleurs qui envisagent de quitter le secteur des EHPAD : s'ils devaient changer de travail, 55 % d'entre eux chercheraient un emploi mieux payé. Cette proportion est significativement plus élevée chez les enquêtés du privé à but non lucratif. La recherche de conditions de travail moins pénibles est également largement avancée pour expliquer un changement de domaine d'activité : 55 % des travailleurs qui envisagent de quitter le secteur des EHPAD chercheraient un emploi avec une moindre pénibilité psychologique, 41 % une moindre pénibilité physique et 43 % un rythme horaire moins soutenu ou plus souple. Dans cet extrait d'entretien, un directeur insiste sur les différents facteurs à l'origine de ses difficultés de recrutement actuelles :

*« C'est très compliqué de recruter aussi parce que [il y a] le problème de salaire, problème de l'image, des conventions collectives. Ben oui, les salaires sont figés, il y a pas d'augmentation etc. Le travail est quand même un peu plus important et un peu*

*plus dur au fil des ans, parce que les profils des personnes qu'on accueille bah, elles ont une médicalisation plus importante. Nous on se bat pour rester un habitat, mais en même temps les personnes qui rentrent ont des profils plus médicalisés, donc c'est un peu compliqué à gérer. Et puis il y a l'usure, même si on a de plus en plus d'aides par rapport à avant il y a 50 ans, avec lève-malade, les rails, les machins de transfert, ça reste un travail pénible, ne serait-ce que psychologiquement. Et puis derrière, ben oui, l'image qui est et qui a été fortement impactée par différents reportages il y a 4 ans, le Covid qui a aussi beaucoup marqué, et puis là à la rentrée, les Fossoyeurs, et encore d'autres reportages qui ont encore à nouveau alourdis alourdit. Je ne vois pas comment on peut avoir envie d'aller travailler pour 1700 € 1600 € dans un établissement qui est vu comme étant un endroit de maltraitance. Pour 1600 €, sachant qu'en plus on a un gros risque de manquer de soutien humain pour faire son travail. Donc il n'y a personne de normalement constitué qui a envie de faire ça. » (Antoine, directeur d'un établissement privé à but non lucratif).*

**Graphique 44. Raisons de l'augmentation des difficultés de recrutement depuis 2019**



Source : CollSol-EHPAD. Champ : directeurs d'EHPAD et assimilés présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022 et ayant déclaré avoir des difficultés de recrutement. Lecture : 87 % des encadrants ayant déclaré avoir des difficultés de recrutement estiment que les conditions de travail en EHPAD expliquent l'accroissement des difficultés de recrutement.

Des facteurs directement liés à la crise sanitaire sont également mises en avant par les directeurs d'EHPAD pour expliquer leurs difficultés de recrutement au moment de l'enquête : 55 % d'entre eux évoquent les épreuves physiques et mentales connues par les travailleurs du secteur pendant la crise sanitaire de Covid-19 et 30 % les contraintes liées à la vaccination. Sur certains secteurs en effet, l'obligation faite aux travailleurs d'EHPAD d'être vacciné contre le Covid-19 depuis janvier 2022 a par ailleurs aggravé la situation en réduisant le *pool* de remplaçants :

*« En plus l'obligation vaccinale ça a un peu plombé : c'est-à-dire qu'il y avait des gens qui faisaient ça en complément de rémunération que l'obligation vaccinale a fait basculer dans le groupe "non, ça ne m'intéresse pas, je ne viens plus". On a perdu quelques vacataires comme ça. [...] C'est à la marge mais c'est quand même embêtant. [...] Ça a réduit le nombre de personnes disponibles pour faire de petits contrats. »*  
(Thierry, directeur d'un établissement public non hospitalier).

La dégradation des conditions de travail et d'emploi dans le secteur des EHPAD depuis la crise sanitaire a des répercussions à long terme. La quasi-intégralité des encadrants rencontrés (directeurs, médecins coordonnateurs, cadres de santé, etc.) ont évoqué une inquiétude particulièrement forte concernant l'avenir du recrutement des soignants. Effectivement, dans les départements étudiés, plusieurs instituts de formation des aides-soignants et des instituts de formation en soins infirmiers peinent à recruter des étudiants depuis 2020<sup>43</sup> :

*« Donc c'est pour ça que les IFSI, ils passent et me disent qu'"on est en peine pour remplir les promos et on a dû baisser le niveau. Avant on recrutait avec 15 en concours d'entrée, et maintenant on recrute avec 11 en concours d'entrée." Forcément, vous avez des gens qui sont moins motivés. Il y a beaucoup de personnes qui arrêtent en*

---

<sup>43</sup> Cette tendance semble aujourd'hui limitée. Les effectifs d'inscrits et de diplômés des professions de santé augmentent sur les dernières années : le nombre d'inscrits en formation d'aide-soignant a augmenté de 12 % entre 2020 et 2021, celui des inscrits en formation d'infirmier de 4 %. Toutefois, le nombre de diplômés infirmiers continue de diminuer en 2021 (-4 %) : la formation d'infirmier durant 3 ans, la hausse d'inscrits en 2021 se répercutera sur les diplômés de 2024 (Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/les-formations-aux-professions-de-sante-en-2021-une-nette-hausse-du-nombre>).

*cours de route parce qu'ils viennent de Pôle emploi, qu'on leur a dit que c'était cool, il y avait la lumière qu'il fallait rentrer et finalement, bah ils s'aperçoivent que s'occuper de personnes, c'est pas si évident que ça. Parce qu'il y a une dimension humaine qui, au-delà de la dimension technique, qui est nécessaire et qui est importante. Quand ils n'ont pas cette dimension humaine, ils se retrouvent en difficulté, c'est sûr, c'est sûr. »*  
(Antoine, directeur d'un établissement privé à but non lucratif).

### 3.3.2 Un changement générationnel de rapports au travail ?

De nombreux directeurs enquêtés expliquent leurs difficultés de recrutement par un effet générationnel : les jeunes générations de travailleurs ont, selon eux, une vision du travail différente de celle des générations précédentes. Ce changement de rapports au travail les conduit à refuser des contrats à durée indéterminée, ce qui explique, selon les directeurs, les difficultés de recrutement des titulaires. Le recours au travail temporaire « par défaut », et en particulier au travail intérimaire, a des conséquences délétères sur les conditions de travail des équipes « stables » et participe ainsi *in fine* au manque d'attractivité du secteur.

#### *La perception des directeurs : des jeunes moins engagés dans leur travail*

Les directeurs d'EHPAD rencontrés, dirigeant un établissement public ou privé à but lucratif, homme ou femme, jeune ou sénior, insistent de façon récurrente sur le manque du sens de l'engagement et de responsabilité des jeunes travailleurs. Certains comportements, considérés comme révélateur du manque d'engagement, ont été fréquemment cités lors des entretiens : ne pas se présenter au rendez-vous d'embauche, abandonner soudainement son poste, ne pas prévenir l'établissement en cas d'empêchement, comme l'explique Ingrid, cadre supérieure de santé :

*« Là, ces derniers temps, on a plein de professionnels, la plupart des jeunes malheureusement... qui acceptent de prendre un poste en remplacement, et qui ne se présentent pas. Sans appeler, sans s'excuser, sans... et puis quand on les appelle ils répondent plus au téléphone. En ce moment, depuis trois mois, ça nous est arrivé au*

*moins une dizaine de fois, j'exagère pas. [...] On leur dit "tiens est-ce que ça ne vous intéresserait pas de venir travailler ce week-end, on trouve personne", "ok pas de soucis", on va faire un contrat... Alors ils donnent les papiers pour leur contrat, et ils ne viennent pas.. [...] Il y en a qui viennent, ils font une journée et puis ils ne reviennent pas. » (Ingrid, cadre supérieure de santé dans un établissement public hospitalier).*

Les cadres d'EHPAD rencontrés expriment avoir du mal à comprendre ce phénomène qu'ils ne constatent que depuis quelques années. Mais la grande majorité d'entre eux a tendance à imputer la cause à un changement générationnel des rapports au travail : ils considèrent que les jeunes (futurs) travailleurs ont moins de vocation professionnelle, et « *ne voient plus travail comme étant une fin, mais plus comme un moyen pour accéder à d'autres choses* », comme l'exprime une directrice d'EHPAD. Plus concrètement, ces changements de rapports au travail s'expriment, chez les jeunes candidats, par une exigence accrue des conditions de travail et de rémunération, en particulier en matière d'horaires de travail. Les négociations d'horaires deviennent plus fréquentes, même pendant les entretiens d'embauche, comme l'explique Antoine, directeur d'EHPAD privé à but non lucratif implanté dans une grande métropole :

*« Il y a toutes celles que je vois en entretien et qui me disent "moi, je suis dispo entre 17 et 19 le vendredi, une semaine sur deux". Je peux proposer quoi comme contrat pour ça ? Rien ! [...] Ou alors, ils me disent "bah, est-ce qu'il faut travailler le week-end ? [...] Ah ouais, non alors, non je préfère pas [travailler ici]." Enfin des choses comme ça. [...] Ils ont oublié ce qu'était le fonctionnement d'un EHPAD, que l'accompagnement des personnes âgées, bah c'est encore une fois 24 h sur 24, 7 jours sur 7. [...] Donc au moins travailler un week-end sur 2, et ça, bah, les jeunes générations ne veulent plus. [...] Aujourd'hui dans les équipes, j'en ai beaucoup qui me réclament des aménagements etc., alors qu'on peut parfois faire à la marge mais des fois je leur dis "mais je voudrais pouvoir dire à des mamans, vous commencez à 8h pour pouvoir déposer vos enfants le matin", mais je ne peux pas. » (Antoine, directeur d'un établissement privé à but non lucratif).*

Aux yeux des cadres d'EHPAD enquêtés le changement générationnel de rapports au travail s'exprime d'abord par le manque de vocation professionnelle chez les jeunes, mais il se

manifeste aussi par un manque du sens de l'engagement professionnel : le refus de s'engager dans des contrats longs, comme un CDI, que l'on analysera dans la section suivante.

### *Les refus de CDIisation et leurs conséquences sur le travail des équipes*

Si le recours au travail temporaire est devenu un outil « banalisé » pour faire fonctionner les EHPAD y compris hors temps de crise, c'est, selon les directeurs, parce qu'il existe une certaine désaffection pour le CDI chez une partie des jeunes générations de professionnels des EHPAD qui mettent en avant la liberté que leur procure ce type de contrat, comme l'explique Ingrid :

*« Il y en a par exemple beaucoup qui disent "moi, de toute façon, je viens, je ne veux pas de CDI, je veux pas d'attaches, je veux un CDD [...] c'est très récent... il y a un an et demi, je ne sais pas s'il y a un lien avec le Covid, je ne suis même pas sûre. [...] L'argument qu'ils mobilisent c'est "je ne sais pas si je vais être encore ici dans six mois, donc... dans la région". Ils veulent, alors ils parlent de liberté... voilà, ils disent "si je veux partir, je peux partir". » (Ingrid, cadre de santé d'un EHPAD public hospitalier).*

La grande majorité des directeurs d'EHPAD rencontrés partage ce constat : les refus de CDI par les jeunes travailleurs, étant un phénomène relativement récent, deviennent de plus en plus récurrent dans le secteur, comme le témoigne Juliette, directrice d'un EHPAD privé à but non lucratif :

*« Ça fait plusieurs fois que... j'ai des étudiants infirmiers par exemple qui me dépannent sur des postes mi-temps aide-soignant le soir et le week-end. [...] et ben ils vont être en CDD chez moi pendant des mois et des mois et ils vont refuser un CDI. Je vais leur demander un CDI, ils vont me dire "non ça ne m'intéresse pas, je veux pas être engagé". Ça je ne l'avais pas imaginé, que des jeunes puissent refuser un CDI[...] Ils préfèrent [un CDD], comme ça ils peuvent dire "oui pour cette semaine, non pour la semaine prochaine, oui pour la semaine d'après..." J'apprends à découvrir ça, mais c'est très perturbant. » (Juliette, directrice d'un établissement privé à but non lucratif).*

**Encadré 6. 5 exemples de refus de CDIisation dans un EHPAD privé à but non lucratif**

*Antoine, directeur d'un EHPAD privé à but non lucratif, a longuement détaillé 5 exemples de refus de CDI ayant eu lieu entre 2021 et 2022. Ce phénomène, de plus en plus récurrent, contribue, selon lui, à aggraver les difficultés de recrutement des « titulaires ».*

Directeur : On a beaucoup de personnes, par exemple, qui refusent le CDI.

Enquêtrice : Beaucoup c'est-à-dire ?

Directeur : Moi, j'arrête de compter. Les 3 postes qui sont encore dispo aujourd'hui. Il y a une personne qui a été embauchée en CDI, au bout de 3 mois elle a démissionné du CDI et elle est revenue vers moi en me disant mais je veux bien faire des CDD.

Enquêtrice : Mais avec quel argument ?

Directeur : La liberté, la liberté de pouvoir avoir le planning qu'elle veut, quand elle veut, c'est-à-dire « *bah moi je suis disponible là, de telle heure à telle heure-là, de telle heure à telle heure, tel jour, telle semaine, tel mois, et vous pouvez m'appeler sur ces périodes-là, et sinon les autres, bah, je ne suis pas disponible. Je fais ma vie comme je veux* ». Sauf que ça, ça devient presque une norme.

J'ai une fille ici qui fait des remplacements depuis 2 ans. J'ai proposé un CDI à temps plein. J'ai même pas proposé un CDI à temps partiel, parce que là il me reste des postes à temps partiel. Non, elle ne veut pas, elle est toujours en CDD.

J'ai une petite jeune et qui est très bien, qui est là maintenant depuis un an, à qui j'ai proposé le CDI à temps plein. Ses parents lui ont dit de refuser le CDI.

Enquêtrice : Pour quelles raisons ?

Directeur : Trop tôt, et la liberté. La liberté de faire et de pouvoir décider, etc. C'est un truc euh je n'ai jamais considéré qu'on pouvait... Enfin moi, je prends du plaisir à faire ce que je fais, et je n'ai jamais considéré qu'avoir CDI c'est une contrainte.

Mais le dernier exemple que j'ai encore par rapport à ça, c'est l'intérimaire infirmier qui est là en ce moment. Il ne fait que des matins. C'est bon, il est en intérim, donc il fait ce qu'il veut, je m'en fous. Et quand je lui dis « *bah, écoutez, vous êtes en intérim, et vous ne faites que des matins, etc., mais est-ce que ça vous intéresserait de prendre 7 mois en CDD ?* ». Il m'a dit, « *bah, non, CDD de 7 mois, c'est un CDI, non* ». Pour lui, c'est un CDI, c'est trop long, c'est trop engageant. Donc pour l'instant il réfléchit encore, voilà des exemples comme ça.

J'en ai encore un autre, un jeune que j'avais débauché d'une société, de chez Adecco. J'ai proposé un CDD, pareil de presque un an et j'allais lui proposer un CDI. En fait, il m'a dit « *bah non, en fait je ne peux pas le CDI, tout simplement parce que 6 mois de l'année, je suis aide-soignant et 6 mois de l'année, je suis saisonnier à la montagne pour faire des massages dans les hôtels* ». Donc quand je vous dis « plaisir », « liberté », voilà, vous avez tous les exemples, et ça c'est des personnes avec qui je travaille.

Mais non pas parce qu'il n'y a pas de poste, c'est parce qu'ils ne veulent pas la CDIisation. Quand les gens acceptent, souvent c'est parce qu'ils ont un emprunt, parce que c'est l'âge. C'est des personnes qui ont envie, enfin dans leur discours, qui disent « *Ben moi, j'ai envie de me poser et de fixer les choses de manière durable* ». Donc c'est des personnes qui ont conscience qu'un CDI, c'est quand même de sortir de la précarité. Le CDI, on en fait encore de temps en temps hein, mais ils ne sont pas longs. Parce que soit c'est des personnes qui, finalement, malgré les entretiens, malgré les quelques remplacements ils ont fait, ben on s'est trompé, parce qu'elles, dans leur façon de faire, nous ont trompé aussi, soit c'est des personnes qui, de toute façon, n'ont pas envie de s'installer dans la durée, et puis du coup vous avez des démissions.



Précisons qu'au-delà des valeurs de liberté mises en avant par les directeurs rencontrés, les intérimaires ou individus en CDD bénéficient d'avantages financiers effectifs par rapport à leurs collègues au statut de fonctionnaire ou de salarié en CDI<sup>44</sup>. Le choix du statut intérimaire permet également de conserver une latitude plus grande en matière d'horaires de travail (en refusant par exemple de travailler le week-end). Ces phénomènes poussent ces professionnels à conserver leur statut d'intérimaire, et ce même s'ils représentent des intérimaires « stabilisés ».

Néanmoins, si le recours à l'emploi temporaire peut apparaître comme une solution de gestion des difficultés de recrutement à court terme, il participe activement à la dégradation des conditions de travail pour les équipes présentes sur place. De nombreux soignants et encadrants expliquent qu'il suffit d'un ou deux intérimaires non-familiers de l'établissement pour chambouler le travail quotidien d'une équipe :

*« Après il y a des gens qui viennent la journée parce qu'on a trouvé personne. Ils viennent la journée, ils n'ont pas forcément envie de venir, ils ne connaissent pas l'établissement, ils trouvent que c'est mal organisé. Ils savent qu'ils reviendront pas le lendemain donc ils font leur après-midi mais pas plus. Et ces gens-là bah voilà ils nous mettent dans le... ils nous mettent dans le jus quoi. [...] Ils viennent, ils font leur journée de travail et puis ils repartent. Ils se posent pas la question de est-ce qu'ils ont nettoyé, est-ce qu'ils ont laissé propre pour la collègue derrière, parce qu'ils s'en foutent, ils reviendront pas. »* (Sarah, agent de service faisant fonction d'aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

L'été constitue la période la plus critique : de nombreux aides-soignants font part du recrutement d'intérimaires qui ne viendront qu'une fois ou ponctuellement dans l'établissement et qui ne sont pas toujours formés aux tâches qu'ils doivent assurer, comme l'explique Louise :

*« Ils [les remplaçants d'été] n'ont jamais travaillé dans le métier, alors que la nuit on devrait avoir quelqu'un de qualifié, on est que deux, y a pas d'infirmière donc c'est à l'aide-soignante à tout gérer. Des fois ça m'arrivait de dire "bah écoute reste assis là je*

---

<sup>44</sup> Le CDI est alors souvent pensé comme uniquement nécessaire dans le cas d'un prêt auprès de la banque.

*vais me démerder toute seule” [...] Je perdais plus de temps et ça m’énervait. Et encore à l’heure actuelle, ça arrive encore. » (Louise, aide-soignante dans un EHPAD privé à but non lucratif).*

L’organisation du travail pâtit de ces situations. Les salariés permanents se voient souvent contraints d’accompagner les intérimaires qui ne connaissent pas la structure et les résidents, ce qui conduit à un surcroît de travail. Les intérimaires se voient parfois assignés aux étages « les plus faciles », les titulaires se retrouvant contraints de gérer les cas les plus difficiles, ce qui participe aussi à l’intensification de leur propre charge de travail :

*« Donc par exemple quand moi je travaillais et qu’il manquait une infirmière, et que c’était une intérim qui venait, qui avait jamais vu l’établissement, je lui laissais faire absolument les [étages] 2, 3, 4, qui étaient avec les personnes les plus autonomes, qui pouvaient répondre d’eux-mêmes, si jamais il manquait un traitement. Qui avaient toute leur tête justement, pour aider la personne qui venait m’aider. » (Benoit, infirmier diplômé d’état dans un établissement privé à but non lucratif).*

En conséquence, comme Sophie Divay le soulignait déjà en 2010 à propos du secteur hospitalier, « [...] le déséquilibre induit par la présence constante de remplaçantes, dont le fort *turnover* bouleverse l’organisation du travail, la définition des tâches et les relations entre agents. Les plus fortement touchées sont de toute évidence les “anciennes” titulaires qui perdent progressivement leurs repères et une part de leur prestige. » (Divay, 2010, p. 89). Nos données confirment que la présence d’intérimaires constitue l’un des déterminants de l’envie de quitter le secteur pour les travailleurs « faisant-fonction » (voir partie 3.3.4). Le recours au travail temporaire participe bien *in fine* à la désaffection des travailleurs pour les emplois dans le secteur.

### 3.3.3 Un espace des possibles variable selon le métier et le territoire

Comment expliquer les difficultés de recrutement et leur variabilité selon le métier dans le secteur des EHPAD ? Afin de répondre à cette question, il nous semble important de replacer les EHPAD dans un espace social plus large et d’articuler les échelles d’analyse méso (le

marché de l'emploi) et micro (trajectoires individuelles) en recourant à la notion sociologique, d'*espace des possibles* (Bourdieu, 1992)<sup>45</sup>. Nous employons cette notion dans la même perspective que Nicolas Roux (2017) qui considère que « d'un côté, l'espace des possibles structure la "trajectoire objective" des deux populations [étudiées par l'auteur], par une distribution inégale du capital et des droits sociaux. De l'autre, la "trajectoire subjective" donnera accès au rapport qu'entretiennent les individus envers cette trajectoire, leur situation et l'avenir » (Roux, 2017, p.28). Selon nous, l'espace des possibles professionnels est structuré avant tout par une logique de métier - le métier exercé conditionne les opportunités d'emploi d'un individu -, et dans une moindre mesure par le marché du travail local. Mais la perception de cet espace des possibles, elle-même influencée par l'âge, le sexe et le milieu d'origine d'un individu, conditionne l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD, et plus généralement les trajectoires professionnelles.

#### *Un espace des possibles variable selon le métier*

Si la plupart des EHPAD connaissent des difficultés de recrutement, leur ampleur varie selon le métier des travailleurs, comme le montre la partie 3.2 : dans un *continuum* des métiers de l'agent de service au médecin coordonnateur, en passant par l'aide-soignant et l'infirmier, plus le métier tend vers le soin, plus les difficultés sont importantes.

En effet, selon le niveau de diplôme et le métier exercé, les travailleurs n'ont pas les mêmes opportunités d'emploi. Ces dernières varient à la fois en termes de quantité et de qualité. L'acceptabilité du travail en EHPAD dépend donc de son appréciation, par les travailleurs, comparée aux autres opportunités d'emploi : pour certains métiers, l'emploi en EHPAD est considéré comme un *good job*<sup>46</sup>, c'est-à-dire un emploi qui présente des qualités positives (en termes matériel mais aussi de prestige) relativement aux autres emplois de l'espace des

---

<sup>45</sup> Selon Pierre Bourdieu, l'espace des possibles est « un espace orienté et gros de prises de position qui s'y annoncent comme des potentialités objectives, des choses "à faire", "mouvements" à lancer, revues à créer, adversaires à combattre, prises de positions établies à "dépasser", etc. » (Bourdieu, 1992, p. 326).

<sup>46</sup> Nos réflexions sur les *good jobs* et *bad jobs* sont inspirées des travaux de Arne L. Kalleberg (2011 ; 2012).

possibles ; à l'inverse, l'emploi en EHPAD est appréhendé comme un *bad job* peu attractif, matériellement, financièrement et socialement.

Les postes d'agents de service, ne demandant pas (ou peu) de qualification, bénéficient d'une large population de candidats potentiels, dont des travailleurs étrangers qui ne maîtrisent pas complètement la langue française. Selon notre enquête, les opportunités d'emploi possibles pour les candidats à ces emplois sont diverses : aide à domicile, ménage chez des particuliers, travail ouvrier ou de manutention... Or, selon les agents de service interviewés, au sein de ces opportunités, l'emploi en EHPAD n'est ni plus pénible, ni moins rémunéré, et peut même au contraire présenter l'intérêt de la stabilité. Autrement dit, le travail en EHPAD ne représente pas un *bad job* pour cette population. Différentes enquêtes y compris la nôtre confirment que ces postes ne font pas l'objet d'importants problèmes de recrutement.

Les postes d'aide-soignant exigent, théoriquement, un diplôme d'Etat d'aide-soignant. La population de candidats potentiels est donc réduite. Pour les aides-soignants diplômés, les opportunités d'emploi prises en considération par les enquêtés sont généralement des emplois d'aide-soignant, mais ceux-ci peuvent s'exercer dans différents contextes institutionnels du secteur sanitaire et médico-social : hôpitaux, EHPAD, maison d'accueil spécialisée pour les personnes en situation du handicap, services de soins infirmiers à domicile, etc. Parmi ces possibilités, l'emploi en EHPAD est considéré comme « neutre » entre *good jobs* et *bad jobs* : la centralité de la dimension relationnelle est souvent valorisée, mais sa rémunération et son prestige sont moindres qu'à l'hôpital, et le travail y est plus intense qu'en maison d'accueil spécialisée. Néanmoins, les différents scandales ont noirci l'image des EHPAD et ont rendu le travail en EHPAD moins désirable et appréciable, contribuant à bouger les lignes en rapprochant ces emplois de *bad jobs*.

Afin de pallier aux difficultés de recrutement d'aides-soignants diplômés, les EHPAD élargissent la population de candidats potentiels en diminuant leurs exigences en matière de qualification et recrutent ainsi des travailleurs ne disposant pas du diplôme nécessaire.

Les opportunités d'emploi possibles pour ces candidats « faisant-fonction » d'aide-soignant se situent entre celles des agents de service et des aides-soignants diplômés. Si le prestige d'exercer un emploi d'aide-soignant leur apparaît comme un point positif, le manque de reconnaissance salariale de leurs responsabilités effectives constitue un point négatif qui fait pencher légèrement la balance du côté des *bad jobs*.

Contrairement aux postes d'aide-soignant, les postes d'infirmier sont strictement réservés aux titulaires d'un diplôme d'Etat d'infirmier, ce qui contraint très fortement la population de candidats potentiels. Or les opportunités d'emplois d'infirmier sont importantes et ces derniers peuvent être exercés sous différents statuts et dans différents contextes institutionnels : cabinet d'infirmier libéral, salariés dans un hôpital, un EHPAD, une administration, une école, ou dans un service de soins infirmiers à domicile. Parmi ces possibilités, l'emploi en EHPAD est souvent considéré comme un *bad job*, tant du point de vue financier que symbolique. En effet, bien que le travail d'infirmier dans un hôpital soit souvent considéré comme plus intense et plus fatigant, il est mieux rémunéré et mieux apprécié que celui en EHPAD, à la fois en raison d'un plus grand prestige institutionnel et parce que la dimension technique des tâches y est jugée supérieure. La crise sanitaire a joué sur les opportunités d'emploi possibles : le recrutement, pendant une courte durée, de nombreux infirmiers dans des centres de vaccination proposant des rémunérations largement supérieures aux salaires pratiqués habituellement dans le secteur a participé à rendre l'emploi en EHPAD encore moins favorable pour les candidats potentiels ; de plus, la pénurie d'infirmiers en milieu hospitalier a également incité les hôpitaux à proposer des conditions d'emplois plus souples. En conséquence, les emplois en EHPAD sont encore plus apparus comme des *bad jobs* aux yeux des candidats potentiels, comme le montre l'entretien ci-dessous :

*« En fait, c'est l'hôpital qui nous absorbe tout tout tout tout les étudiants [infirmiers]. C'est difficile face au centre hospitalier. Notre IDEC, sa fille travaille à l'hôpital. Quand vous êtes à l'hôpital, vous changez d'échelon tous les ans. Alors déjà, c'est un peu plus motivant. Aujourd'hui vous arrivez à l'hôpital, vous êtes infirmière, si vous dites je veux être payé 100 € de plus, il y a de grandes chances qu'à l'hôpital, on vous dise oui.*

*Maintenant ils sont obligés, ils sont obligés, parce que sinon ils ferment les services. [...] A un moment donné à l'hôpital, il y a des heures supplémentaires, vous pouvez en faire et du coup elles sont payées. Donc vous avez 2 mondes qui cohabitent avec des métiers qui sont identiques - infirmier, aide-soignant -, mais en fait avec des réalités qui sont différentes. Une infirmière, elle fait beaucoup plus de choses en EHPAD qu'à l'hôpital, par contre elle est un peu moins rémunérée qu'à l'hôpital. Et souvent les infirmières aiment bien la technique, [en EHPAD] il y en a aussi moins. Donc comment voulez-vous réussir à attirer... Si l'hôpital était blindé, on aurait encore la possibilité de se dire "bah tous ceux qui n'ont pas réussi à percer à l'hôpital, ils vont se rabattre chez nous" ». (Antoine, directeur d'un établissement privé à but non lucratif).*

Ces éléments expliquent les fortes difficultés de recrutement, même si les EHPAD attirent certains profils d'infirmiers à la recherche d'horaires de travail plus flexibles et de conditions de travail moins intenses qu'à l'hôpital (mères de jeunes enfants, travailleurs seniors).

#### *Un espace des possibles dépendant du territoire*

L'espace des possibles professionnels est également structuré par le marché de l'emploi local. Le dynamisme de ce dernier, c'est-à-dire la quantité de main-d'œuvre disponible et l'offre de l'emploi locale, a un impact direct et indirect sur les difficultés de recrutement des EHPAD.

Notre enquête quantitative montre que les EHPAD implantées en zone rurale ne rencontrent pas plus de difficultés de recrutement que ceux en milieu urbain, au moins pour les postes d'agent de service et ceux d'aide-soignant. En effet, les bassins d'emploi des zones rurales sont souvent peu dynamiques (les emplois y sont plus rares qu'en ville) mais les EHPAD implantés dans ces zones sont moins confrontés à la concurrence d'autres employeurs. Ceci est confirmé par notre enquête qualitative. Néanmoins, si les directeurs d'EHPAD implantés dans des zones rurales isolées ne rencontrent pas plus de difficultés de recrutement pour les formes d'emploi « classiques », c'est-à-dire des CDI à temps plein, ils semblent plus confrontés aux problèmes de recrutement de remplaçants, notamment en raison de leur

situation géographique (long trajet domicile - lieu de travail), comme le témoigne un directeur d'EHPAD public :

*« Quand je peux proposer des contrats à minimum à 80 % ou à temps complet et puis de la durée, voire de la perspective définitive de CDI, qui chez nous veut dire de la titularisation, je trouve. J'ai du mal à trouver des remplacements, quand j'ai besoin de quelqu'un pour trois semaines, un mois, 15 jours, c'est du temps non complet [...]. Si je dois dire à quelqu'un "vous allez venir pendant 3 mois à mi-temps, ça veut dire qu'en gros vous allez toucher 600 € à la fin du mois". Si elle fait 50 km par jour pour venir, sur les 600 € qu'elle va toucher, elle va en mettre 150 € dans le gazoil. Donc ça commence à devenir beaucoup moins sympa. Donc là, oui j'ai des difficultés à recruter sur des cas comme ça. Même par les agences intérimaires ça devient compliqué. »* (Thierry, directeur d'un établissement public non hospitalier).

Les candidats potentiels situés dans des zones rurales ont moins d'opportunités d'emploi que les travailleurs en zone urbaine. Contraints par le nombre limité d'offres d'emploi, le travail en EHPAD pourrait plus facilement être considéré par les professionnels comme un *good job*, offrant une stabilité tout en leur permettant de vivre en milieu rural. Ces derniers sont aussi plus inclinés à accepter les conditions de travail proposées par les EHPAD.

### 3.3.4 Les déterminants de l'envie de rester dans le secteur des EHPAD

Les travaux abordant la question de l'intention de partir se mêlent aux recherches traitant du départ avéré, renvoyant au phénomène de *turnover*. Depuis les années 1990, la littérature internationale abonde de travaux sur ces sujets, y compris centrés sur le secteur médico-social et/ou les métiers du *care*, en particulier au sein des *nursing studies* et dans le champ disciplinaire du management et de la gestion ; elle l'est moins en économie, en sciences politiques ou en sociologie. Les études existantes, qu'elles traitent du *turnover* ou de l'intention de partir ou de rester dans le secteur, se focalisent majoritairement sur un seul métier, notamment celui d'infirmier ou d'aide-soignante.

C'est souvent via la satisfaction professionnelle qu'est explorée l'intention de rester. Adoptant très fréquemment une méthodologie quantitative, les études existantes sur le sujet soulignent à l'unanimité l'importance de la satisfaction professionnelle, en la considérant comme une variable explicative (Chen *et al.*, 2015 ; McCarthy *et al.*, 2007) ou intermédiaire (Quéméner *et al.*, 2023). Le rôle des caractéristiques démographiques a été longuement investigué. L'âge s'avère un facteur augmentant l'envie de rester (Bratt et Gautun, 2018 ; Camerino *et al.*, 2006 ; Chao et Lu, 2020 ; Wang *et al.*, 2012) tout comme le niveau de diplôme (Min *et al.*, 2022 ; Wang *et al.*, 2012). L'influence des caractéristiques de l'emploi, et en particulier celle du salaire a par ailleurs été souvent soulignée (Brannon *et al.*, 2007 ; Francis-Felsen *et al.*, 1996 ; Lum *et al.*, 1998 ; Steinmetz *et al.*, 2014 ; Zhang *et al.*, 2020). L'intention de rester ou de quitter le secteur facteurs s'explique également par les conditions de travail (Bratt et Gautun, 2018 ; Dill *et al.*, 2012 ; King *et al.*, 2013 ; McGilton *et al.*, 2014 ; Zhang *et al.*, 2020), et notamment par le niveau de (sur)charge de travail (Brannon *et al.*, 2007 ; Quéméner *et al.*, 2023) par le degré d'autonomie des travailleurs (Francis-Felsen *et al.*, 1996 ; Simons et Jankowski, 2007 ; Wendsche *et al.*, 2016). Les caractéristiques de l'établissement ont également été prises en compte : c'est notamment le cas du statut juridique et de la taille de la structure. Un plus grand nombre de lits, ainsi que le fait d'être dans un établissement privé plutôt que public (Min *et al.*, 2022), diminuent l'intention de rester des infirmiers d'EHPAD au sein de leur profession. Le rôle du stress, et plus largement, de l'état émotionnel a aussi été identifié (Simons et Jankowski, 2007 ; Letvak et Buck 2008 ; March, 2011 ; Williamson, 2015). Le soutien des supérieurs (Brannon *et al.*, 2007 ; Eltaybani *et al.*, 2018 ; Kennedy et Mohr, 2023 ; March, 2011 ; Simons et Jankowski, 2007) et le style de management (Abualrub et Alghamdi, 2012 ; Ellenberck *et al.* 2007 ; Karsh *et al.*, 2005) apparaissent aussi comme des facteurs explicatifs importants.

Contrairement à de nombreuses études qui considèrent la satisfaction professionnelle comme principale variable explicative du *turnover*, nous l'appréhendons comme une variable elle-même déterminée d'une part par les conditions de travail et d'emploi et d'autre part par le sens que les travailleurs donnent à leur travail, qui est à ce jour peu pris en compte. En nous appuyant sur les données quantitatives et qualitatives récoltées lors de cette recherche, nous identifions quatre logiques idéales-typiques propres à chaque métier (ou situation dans le cas des agents de service « faisant-fonction » d'aide-soignant) pour



expliquer l'envie de rester ou de quitter le secteur des EHPAD : une logique de « gagne-pain » chez les agents de service, une logique relationnelle pour les aides-soignants, une logique de reconnaissance typique des « faisant-fonction » et une logique de liberté chez les infirmiers. Ces différentes logiques ne sont pas exclusives à chaque métier (la logique relationnelle est présente chez de nombreux travailleurs des EHPAD, quel que soit leur métier) mais elles peuvent en être considérées comme caractéristiques.

### *Statistiques descriptives sur le futur professionnel envisagé par les enquêtés*

Aux difficultés de recrutement s'ajoute la hausse du nombre de démissions des soignants rapportée par nos enquêtés. D'après notre enquête, une part non négligeable de nos enquêtés pense à quitter le secteur. Parmi les travailleurs ayant répondu à notre questionnaire, seuls 47 % souhaitent continuer à occuper leur emploi actuel (38 %) dans les 5 prochaines années ou prévoient de partir en retraite (9 %).<sup>47</sup> L'envie de rester dans le secteur des EHPAD diffère significativement existant selon le métier : si 71 % des agents de service souhaitent continuer à occuper leur emploi actuel (ou prévoient de prendre leur retraite), ce n'est le cas que de 48 % des aides-soignants, 37 % des infirmiers et seulement 16 % des paramédicaux.

28 % des répondants sont hésitants quant à leur avenir professionnel à moyen terme : 47 % des paramédicaux, 43 % des animateurs et 42 % des directeurs et assimilés déclarent que leur décision n'est pas encore prise. 16 % envisagent de quitter le secteur des EHPAD : c'est le cas de 34 % des paramédicaux et de 31 % des infirmiers. 9 % des répondants souhaitent changer de métier tout en continuant à travailler dans le même EHPAD, ou changer d'EHPAD ; c'est notamment le cas pour 15 % des infirmiers coordinateurs. Le souhait concernant l'avenir professionnel à l'horizon de 5 ans ne dépend pas de façon statistiquement significative du statut juridique de l'EHPAD employeur.

---

<sup>47</sup> L'enquête qualitative confirme ce résultat : plus de la moitié des jeunes de moins de 35 ans (tous métiers confondus) interviewés en juillet et août 2021 en Ardèche nous ont déclaré avoir l'intention de quitter le secteur.

**Tableau 10. Avenir professionnel envisagé par les répondants selon le métier**

Métier	Pas de changement (ou retraite)	Hésitants	Changement d'EHPAD ou de métier	Départ du secteur	Total
Agents de seconde ligne	<b>11 (61 %)</b>	4 (22 %)	2 (11 %)	1 (6 %)	18 (100 %)
Agents de service	<b>46 (71 %)</b>	9 (14 %)	4 (6 %)	6 (9 %)	65 (100 %)
Aides-soignants	162 (48 %)	89 (27 %)	36 (11 %)	48 (14 %)	335 (100 %)
Animateurs	11 (52 %)	9 (43 %)	0 (0 %)	1 (5 %)	21 (100 %)
Directeurs et assimilés	28 (42 %)	28 (42 %)	3 (5 %)	7 (11 %)	66 (100 %)
Infirmiers	34 (37 %)	22 (24 %)	7 (8 %)	<b>28 (31 %)</b>	91 (100 %)
Infirmiers coordinateurs	23 (40 %)	16 (28 %)	9 (15 %)	10 (17 %)	58 (100 %)
Médecins	8 (44 %)	7 (39 %)	2 (11 %)	1 (6 %)	18 (100 %)
Paramédicaux	5 (16 %)	15 (47 %)	1 (3 %)	<b>11 (34 %)</b>	32 (100 %)
Personnel administratif	<b>17 (59 %)</b>	7 (24 %)	2 (7 %)	3 (10 %)	29 (100 %)
<b>Total</b>	<b>345 (47 %)</b>	<b>206 (28 %)</b>	<b>66 (9 %)</b>	<b>116 (16 %)</b>	<b>733 (100 %)</b>

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : travailleurs en emploi en EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022. Note : le lien entre l'avenir professionnel envisagé et le métier est significatif ( $p$ -value = 0,0004998) ; afin de faciliter la lecture, les proportions les plus importantes de chaque colonne sont en caractère gras. Lecture : 61 % des agents de de seconde ligne veulent continuer, à l'horizon de 5 ans, à occuper leur emploi ou envisagent de partir à la retraite.

### *Des logiques différenciées derrière l'envie de rester au sein du secteur*

Les statistiques descriptives et l'enquête qualitative suggèrent un important effet métier lié à l'envie de rester ou de quitter le secteur. Nous avons donc réalisé, dans un premier temps, une régression logistique pour identifier les déterminants de l'envie de rester ou de quitter le secteur pour un ensemble de métiers (agents de service ( $n = 89$ )<sup>48</sup>, agents « faisant-fonction » d'aides-soignants ( $n = 139$ ), aides-soignants diplômés ( $n = 169$ ), infirmiers ( $n = 81$ ), pour un total de 478 sur 919 questionnaires)<sup>49</sup>.

<sup>48</sup> Par « agents de service », nous entendons des agents ayant un contrat d'agent de service et effectuant des tâches correspondant à leur fiche de poste : ménage de chambre, ménage des parties communes, vaisselles, etc. Nous les distinguons des agents « faisant-fonction » d'aides-soignants qui réalisent des tâches exigeant une qualification plus élevée.

<sup>49</sup> Nous n'avons retenu que les métiers qui connaissent des difficultés de recrutement et dont les effectifs nous permettent de réaliser des traitements statistiques.

Les deux tiers de l'échantillon (63 %) déclarent vouloir rester dans le secteur des EHPAD. Les résultats de la régression confirment l'hypothèse selon laquelle l'envie de rester dans le secteur varie significativement selon le métier : toutes choses égales par ailleurs, par rapport aux agents de service, les aides-soignants et les infirmiers ont respectivement 3,3 et 5,3 fois moins de chances d'avoir envie de rester dans le secteur (voir tableau 10).

Partant de ce constat, nous avons décidé, dans un second temps, de réaliser une régression logistique par métier pour repérer les facteurs explicatifs propres à chaque métier. Nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'enquête qualitative pour construire les différents modèles. Nous avons testé de nombreuses variables relatives aux caractéristiques sociodémographiques du travailleur (âge, pays d'origine, situation familiale, nombre d'enfants à charge, niveau de diplôme, trajectoires antérieures, etc.), aux caractéristiques de l'EHPAD (taille, statut juridique, etc.), aux conditions d'emploi (type de contrat, temps de travail, etc.), aux conditions de travail (organisation du temps de travail, pénibilités physiques, relations hiérarchiques, relations avec les collègues, etc.) et à l'effet propre de la crise sanitaire (pourcentage des résidents contaminés, prise en charge ou non des résidents par l'hôpital, etc.). Nous n'avons conservé que les variables significatives pour chaque modèle.

**Tableau 10. Résultats de la régression logistique binomiale sur l'envie de rester des professionnels au sein du secteur des EHPAD, en France (n = 478)**

Caractéristique	Ensemble			
	Valeur / Effectifs	OR	90% IC	p-valeur
<b>Groupe de métiers</b>				
Agents de service	89	—	—	
Agents faisant fonction d'aides-soignants	139	0,66	0,36 – 1,19	0,3
Aides-soignants diplômés	169	0,30	0,17 – 0,53	<0,001
Infirmiers	81	0,19	0,10 – 0,37	<0,001
<b>Classe d'âge</b>				
50 ans et plus	142	—	—	
Entre 30 et 49 ans	235	0,27	0,16 – 0,46	<0,001
Moins de 30 ans	101	0,28	0,15 – 0,48	<0,001
<b>Enfants de moins de 12 ans à charge</b>				
Non	312	—	—	
Oui	166	1,77	1,14 – 2,77	0,035
<b>Mon travail me permet d'agir en accord avec mes valeurs personnelles</b>				
Non	172	—	—	
Oui	306	3,37	2,27 – 5,05	<0,001
<b>Planning élaboré en tenant compte de l'avis de l'enquêté</b>				
Entièrement	112	—	—	
Non	260	0,40	0,24 – 0,65	0,003
Partiellement	106	0,54	0,30 – 0,96	0,078
<b>Recours quotidien à des intérimaires dans l'établissement</b>				
Non ou non réponse	327	—	—	
Oui	151	0,60	0,40 – 0,91	0,046
<b>Sentiment d'appartenance à une équipe de travail solidaire</b>				
Oui	325	—	—	
Non	153	0,60	0,40 – 0,90	0,037
<b>Pourcentage de contaminés dans l'établissement</b>				
Moins de 30 %	59	—	—	
30 % et plus	350	0,20	0,08 – 0,43	<0,001
Ne sait pas ou Non réponse	69	0,17	0,07 – 0,41	0,001
<b>Statut juridique de l'établissement</b>				
Privé à but non lucratif	183	—	—	
Public autonome	59	1,03	0,55 – 1,93	>0,9
Public hospitalier	236	2,06	1,34 – 3,19	0,006
<b>Soutien des supérieurs hiérarchiques pendant la crise de Covid-19</b>				
Oui	159	—	—	
Non ou non réponse	319	0,52	0,34 – 0,79	0,011

AIC : 516.31. Nagelkerke  $R^2$  = .3592.

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : agents de service, aides-soignants diplômés et infirmiers présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022 (n = 478). Lecture : la modalité de référence de la variable « métier » est « agents de service ». Toutes choses égales par ailleurs, les aides-soignants ont 3,3 fois plus de chance que les agents de service de vouloir rester dans le secteur des EHPAD plutôt que de vouloir le quitter (OR = 0,30 avec un intervalle de confiance entre 0,17 et 0,53). Ce résultat est statistiquement significatif au seuil de 0.1 % (p-valeur inférieure à 0,001).

*« Je travaille en EHPAD pour payer mes factures » : la logique « gagne-pain », une logique en creux chez les agents de service*

Les résultats de la régression montrent que l'envie de rester dans les EHPAD déclarée par les agents de service, dépend de leur âge, de leur trajectoire d'emploi (activité professionnelle antérieure de plus d'un an dans le secteur social, médico-social ou sanitaire hors EHPAD et éventuelle période d'arrêt d'activité), du fait d'avoir des enfants à charge mais aussi de considérer que le travail est en accord avec leurs valeurs personnelles (voir tableau 11). Les agents de service les plus âgés, ayant au moins un enfant de moins de 12 ans à charge et qui ont connu au moins une période d'arrêt d'activité et qui n'ont aucune expérience antérieure dans le secteur social, médico-social et sanitaire, se déclarent ainsi plus désireux de rester dans le secteur des EHPAD que leurs collègues se trouvant dans des situations inverses. En revanche, cette population s'avère très peu sensible aux caractéristiques du travail au quotidien : les variables relatives à l'organisation et aux conditions de travail s'avèrent non significatives sur l'envie de rester de cette population.

L'enquête qualitative permet de mieux comprendre ces résultats en mettant en évidence le fait que leur choix de l'emploi est marqué avant tout par une logique « gagne-pain ». D'abord parce que l'exercice du métier d'agent de service résulte souvent d'un choix sous contrainte pour cette population peu diplômée dont les opportunités d'emploi sont limitées. Ces contraintes pèsent encore plus fortement pour le personnel le plus âgé (toutes choses égales par ailleurs, les agents de service de 50 ans et plus ont plus envie de rester dans le secteur que les plus jeunes). Elles se font davantage ressentir chez les agents de service n'ayant pas eu d'expérience professionnelle antérieure. En effet, l'expérience professionnelle est appréciée par les employeurs au moment de l'embauche. Mais elle permet aussi aux candidats potentiels de constituer un réseau professionnel plus important dans lequel circulent des informations de recrutement, ce qui élargit leurs opportunités de recrutement. Leur expérience antérieure leur offre également des points de comparaison en matière de rémunération et de conditions de travail. On comprend alors que les agents de service ayant eu une expérience antérieure de plus d'un an dans les secteurs sanitaire, social ou médico-social (hors EHPAD) ont moins envie de rester en EHPAD que ceux qui n'en ont pas eu (OR : 0,05).

**Tableau 11. Résultats de la régression logistique binomiale sur l'envie de rester des agents de service au sein du secteur des EHPAD, en France (n = 89).**

Caractéristique	Ensemble			
	Valeur / Effectifs	OR	90% IC	p-valeur
<b>Classe d'âge</b>				
50 ans et plus	33	—	—	
Entre 30 et 49 ans	42	0,1	0,02 – 0,43	0,015
Moins de 30 ans	14	0,4	0,07 – 2,32	0,4
<b>Au moins un enfant de moins de 12 ans à charge</b>				
Non	63	—	—	
Oui	26	4,28	1,07 – 20,7	0,1
<b>Mon travail me permet d'agir en accord avec mes valeurs personnelles</b>				
Non	27	—	—	
Oui	62	12	3,72 – 46,6	0,001
<b>Période d'arrêt d'activité au cours de la carrière</b>				
Oui	34	—	—	
Non	55	0,16	1,91 – 26,0	0,017
<b>Activité professionnelle antérieure de plus d'un an dans le secteur social, médico-social ou sanitaire (hors EHPAD)</b>				
Non	78	—	—	
Oui	11	0,05	0,01 – 0,25	0,003

AIC : 71.713. Nagelkerke  $R^2 = .4747$ .

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : agents de service présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022 (n = 89). Lecture : la modalité de référence de la variable « Mon travail me permet d'agir en accord avec mes valeurs personnelles » est « Non ». Toutes choses égales par ailleurs, ceux qui affirment que leur travail leur permet d'agir en accord avec mes valeurs personnelles ont 12 fois plus de chances de vouloir rester dans le secteur des EHPAD plutôt que de vouloir le quitter (OR = 12 avec un intervalle de confiance entre 3,72 et 46,6) que ceux qui déclarent le contraire. Ce résultat est statistiquement significatif au seuil de 0.1 % (p-valeur égale à 0,001).

Or, parmi les opportunités d'emploi possibles, le travail en EHPAD offre une certaine stabilité à des candidats potentiels susceptibles d'avoir des difficultés à stabiliser leur carrière et à garantir leurs ressources financières familiales. Ceci explique que, par rapport aux agents de service n'ayant pas connu d'interruption de carrière (chômage, congé parental, etc.), les agents de service ayant interrompu leur carrière ont 6,25 fois plus de chances d'avoir envie de rester dans le secteur plutôt que de le quitter (OR : 0,16). Mais aussi que les agents de service ayant un enfant de moins de 12 ans à charge aient également plus envie de rester plutôt que de quitter le secteur (OR : 4,28) que ceux (et surtout celles) qui n'en n'ont pas. Comme l'expliquent les deux enquêtées travaillant dans des EHPAD privés à but non lucratif en région parisienne, le travail revêt donc avant tout une logique financière : « *Je travaille*

*en EHPAD pour payer mes factures » (Amira) ; « Et comme je cherchais un logement, c'est là qu'on m'a demandé d'avoir un CDI. Donc, là où je travaille actuellement, il y avait un CDI, mais à la lingerie. J'étais obligée de le prendre pour obtenir un logement avec les enfants. [...] Donc... on est obligés de travailler parce qu'il faut payer le loyer, il faut s'occuper des enfants, il faut il faut... » (Diane).*

Bien que la majorité des variables explicatives de l'envie de rester dans le secteur des EHPAD relève d'une logique de « gagne-pain », la question du sens du travail n'est pas totalement évacuée : les agents de service qui déclarent que leur travail leur permet d'agir en accord avec leurs valeurs personnelles ont plus de chances d'avoir envie de rester dans le secteur des EHPAD que ceux déclarant le contraire (OR : 12).

*« Je fais ce métier pour aider les autres » : la logique relationnelle, au cœur des choix d'emploi des aides-soignantes*

Les résultats de la régression logistique portant sur les aides-soignants diplômés montrent que leur envie de rester dans les EHPAD, dépend de leur âge, des relations au travail que ce soit hiérarchiques ou entre collègues (sentiment d'appartenance à une équipe solidaire, aide des collègues de l'équipe, soutien des supérieurs hiérarchiques pendant la crise), de la réalisation des tâches relevant du métier d'infirmier, du statut juridique de l'établissement, du fait de pouvoir agir en accord avec ses valeurs personnelles et du pourcentage de résidents contaminés pendant la crise sanitaire ((voir tableau 12).

**Tableau 12. Résultats de la régression logistique binomiale sur l'envie de rester des aides-soignants au sein du secteur des EHPAD, en France (n = 169).**

Caractéristique	Ensemble			
	Valeur / Effectifs	OR	90% IC	p-valeur
<b>Classe d'âge</b>				
50 ans et plus	51	—	—	
Entre 30 et 49 ans	90	0,3	0,13 – 0,68	0,017
Moins de 30 ans	28	0,16	0,05 – 0,44	0,004
<b>Mon travail me permet d'agir en accord avec ses valeurs personnelles</b>				
Non	64	—	—	
Oui	105	3,1	1,58 – 6,28	0,007
<b>Sentiment d'appartenance à une équipe de travail solidaire</b>				
Oui	110	—	—	
Non	59	0,41	0,19 – 0,84	0,044
<b>Pourcentage de contaminés dans l'établissement</b>				
Moins de 30 %	20	—	—	
30 % et plus	128	0,18	0,05 – 0,56	0,02
Ne sait pas ou Non réponse	21	0,15	0,03 – 0,62	0,034
<b>Assurer des tâches du métier d'infirmier</b>				
Non ou non réponse	150	—	—	
Oui	19	0,33	0,11 – 0,97	0,094
<b>Statut juridique de l'établissement</b>				
Privé à but non lucratif	55	—	—	
Public autonome	20	0,73	0,23 – 2,23	0,6
Public hospitalier	94	6,23	2,82 – 14,6	<0,001
<b>Soutien des supérieurs hiérarchiques pendant la crise de Covid-19</b>				
Oui	58	—	—	
Non ou non réponse	111	0,31	0,14 – 0,63	0,008
<b>Aide des collègues de l'équipe</b>				
Oui	155	—	—	
Non	14	0,23	0,07 – 0,75	0,045

AIC : 193.14. Nagelkerke  $R^2 = .4093$ .

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : aides-soignants diplômés présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022 (n = 169). Lecture : la modalité de référence de la variable « Statut juridique » est « Privé à but non lucratif ». Toutes choses égales par ailleurs, les répondants dont le statut de l'établissement employeur est public hospitalier ont 6,23 fois plus de chances de vouloir rester dans le secteur des EHPAD plutôt que de vouloir le quitter (OR = 6,23 avec un intervalle de confiance entre 2,82 et 14,6) que ceux employés par un établissement privé à but non lucratif. Ce résultat est statistiquement significatif au seuil de 0.1 % (p-valeur inférieure à 0,001).

Le choix des aides-soignants de rester ou quitter le secteur des EHPAD est avant tout marqué par la centralité de la logique relationnelle. Ceux qui ont un sentiment d'appartenance à une équipe de travail solidaire (OR : 2,4), se font aider par leurs collègues (OR : 5,3) et peuvent compter sur le soutien de leur hiérarchie (OR : 3,2) ont plus de chances de vouloir rester dans l'EHPAD que de vouloir le quitter. Ce résultat fait écho à des études qui soulignent l'enjeu



des soutiens hiérarchiques et entre collègues sur l'intention de quitter les EHPAD (Chao et Lu, 2020 ; Simons et Jankowski, 2007 ; Trybou *et al.*, 2015).

La variable sur la concordance entre travail et valeurs personnelles renvoie également à cette logique relationnelle. Comme pour les agents de service, la régression logistique confirme l'importance de pouvoir agir en accord avec ses valeurs personnelles sur l'envie de rester dans l'EHPAD des aides-soignantes (OR : 3,1). Or, lorsque les aides-soignantes expriment leurs valeurs personnelles, la dimension relationnelle du travail en EHPAD est systématiquement mise en avant. Dans les rhétoriques de nos enquêtés, les discours de type « je fais ce métier pour aider les autres », « je reste parce que je veux aider les gens » sont récurrents. D'une certaine manière, ces rhétoriques mettant en valeur la dimension relationnelle et altruiste du travail constitue un argument important pour les aides-soignantes pour accepter les conditions difficiles de travail et de continuer à travailler dans le secteur :

*« Bah moi j'aime le... j'aime mon métier pour l'instant. Franchement je fais abstraction un peu des problèmes de personnel tout ça. Mais moi j'adore la relation avec le résident, pouvoir lui apporter du positif en fait, dans... dans sa vie. En fait je retiens que le positif, pour l'instant je suis encore dans cet état d'esprit. Si un jour je vois plus de négatif que de positif j'arrête. Moi clairement c'est le relationnel. Je te dis les soins les soins en eux-mêmes..., non c'est vraiment les gens. [...] Ah bah si j'aime plus là ce que je fais j'arrête. Parce que forcément quand on aime plus ce qu'on fait, qu'on aime plus travailler avec des gens on va être maltraitant. »* (Louise, aide-soignante dans un établissement privé à but non lucratif).

Au-delà de la logique relationnelle, le modèle montre que l'envie de rester des aides-soignants diffère selon le statut juridique de l'établissement qui les emploie. Par rapport à leurs collègues d'EHPAD privé à but non lucratif, ceux qui travaillent dans un EHPAD public hospitalier ont plus envie de rester (OR : 6,23). Cela peut s'expliquer par le fait que les établissements privés à but non lucratif présentent un taux d'encadrement moyen plus faible (Reynaud, 2020) et un taux de *turnover* plus fort (Martin et Ramos-Gorand, 2017) que les EHPAD publics. Selon l'enquête qualitative, les aides-soignants diplômés de ces établissements consacrent ainsi plus de temps à former leurs collègues non-diplômés ou

nouveaux arrivants, ce qui alourdit leur emploi du temps souvent déjà très chargé et renforce leur envie de quitter le secteur.

Enfin, la crise sanitaire de Covid-19 a laissé des traces sur l'envie des aides-soignants de continuer à travailler en EHPAD. Ceux qui exercent dans un établissement ayant été touché assez sévèrement par le Covid (plus de 30 % des résidents) déclarent avoir moins envie de rester en EHPAD que ceux ayant exercé dans des établissements moins touchés (OR : 0,18).

*« Pourtant, on fait le même travail ! » : la logique de reconnaissance, centrale chez les « faisant-fonction »*

Comme expliqué dans la partie 3.1.1, les EHPAD s'appuient sur les agents de service « faisant-fonction » d'aide-soignant pour assurer leur fonctionnement au quotidien. La prise en compte de la réalité du secteur dans la conception du questionnaire nous permet d'identifier les « faisant-fonction » au sein de notre échantillon. Nous employons ici le terme « faisant-fonction » pour désigner les travailleurs sans diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS)<sup>50</sup> et embauchés en tant qu'agents de service mais qui effectuent des tâches correspondant à la fiche de poste d'un aide-soignant : toilettes / soins d'hygiène, aide à la prise des repas, entretien du matériel de soins, etc.

Les résultats de la régression logistique portant sur cette population montrent que leur envie de rester dans les EHPAD, dépend de leur âge, des reconnaissances monétaire (salaire satisfaisant ou non), professionnelle (prise en compte de leur avis dans l'élaboration du planning) et sociale (sentiment d'injustice relative au déséquilibre entre efforts fournis et reconnaissance par la population pendant la crise sanitaire), du sentiment d'appartenance à une équipe solidaire et du pourcentage de résidents contaminés pendant la crise sanitaire (voir tableau 13).

---

<sup>50</sup> La population de « faisant-fonction » est généralement titulaire d'un diplôme équivalent à ceux d'accompagnant éducatif et social (AES), aide médico-psychologique (AMP), auxiliaire de vie sociale (AVS), d'un baccalauréat professionnel ou d'un brevet d'études professionnelles (BEP).

**Tableau 13. Résultats de la régression logistique binomiale sur l'envie de rester des agents de service « faisant-fonction » au sein du secteur des EHPAD, en France (n = 139).**

Caractéristique	Ensemble			
	Valeur / Effectifs	OR	90% IC	p-valeur
<b>Classe d'âge</b>				
50 ans et plus	39	—	—	
Entre 30 et 49 ans	64	0,37	0,14 – 0,92	0,082
Moins de 30 ans	36	0,28	0,09 – 0,78	0,046
<b>Planning élaboré en tenant compte de l'avis de l'enquête</b>				
Entièrement	24	—	—	
Non	29	0,26	0,07 – 0,78	0,059
Partiellement	886	0,24	0,05 – 0,97	0,11
<b>Recours quotidien à des intérimaires dans l'établissement</b>				
Non ou non réponse	95	—	—	
Oui	44	0,27	0,12 – 0,59	0,007
<b>Salaire satisfaisant</b>				
Non	93	—	—	
Oui	46	3,94	1,64 – 10,4	0,014
<b>Sentiment d'injustice éprouvé pendant la crise de Covid-19</b>				
Non	78	—	—	
Oui	61	0,33	0,15 – 0,70	0,017
<b>Sentiment d'appartenance à une équipe de travail solidaire</b>				
Oui	93	—	—	
Non	46	0,45	0,20 – 0,97	0,088
<b>Pourcentage de contaminés dans l'établissement</b>				
Moins de 30 %	19	—	—	
30 % et plus	96	0,27	0,05 – 0,97	0,12
Ne sait pas ou Non réponse	24	0,11	0,02 – 0,51	0,026

AIC : 155.9. Nagelkerke  $R^2 = .3375$ .

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : agents de service « faisant-fonction » présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022 (n = 139). Lecture : la modalité de référence de la variable « Classe d'âge » est « 50 ans et plus ». Toutes choses égales par ailleurs, les répondants ayant moins de 30 ans ont 3,57 fois plus de chance de vouloir rester dans le secteur des EHPAD plutôt que de vouloir le quitter (OR = 0,28 avec un intervalle de confiance entre 0,09 et 0,78) que ceux ayant 50 ans et plus. Ce résultat est statistiquement significatif au seuil de 5 % (p-valeur inférieure à 0,05).

Les résultats de la régression mettent en avant la centralité de l'enjeu de la reconnaissance sur l'envie des agents « faisant-fonction » de rester ou quitter les EHPAD : toutes choses égales par ailleurs, un agent satisfait de son salaire a plus de volonté de continuer à travailler dans son établissement (OR : 3,94). Les agents « faisant-fonction » semblent plus sensibles que les aides-soignants diplômés, à la reconnaissance professionnelle, notamment par leur hiérarchie. L'écoute et la prise en compte de leur avis, par la direction, dans l'élaboration du planning constitue un facteur non négligeable dans leur choix de rester ou quitter

l'établissement (OR : 3,8). De même, ceux qui exercent dans un EHPAD qui n'emploie pas d'intérimaire ont plus envie de rester que ceux étant dans des EHPAD ayant recours à l'intérim (OR : 3,7). En effet, la présence d'intérimaires, mieux rémunérés que les salariés permanents et ayant plus de marges de manœuvre pour gérer leur planning, aggrave le sentiment d'une reconnaissance monétaire et professionnelle insuffisante du travail fourni. La reconnaissance intervient aussi au niveau symbolique : les agents de service « faisant-fonction » déclarant éprouver un sentiment d'injustice entre les efforts qu'ils fournissent et leur reconnaissance sociale ont moins de chances de souhaiter rester que ceux n'ayant pas ce ressenti (OR : 0,33).

L'enquête qualitative fournit des éléments permettant de mieux comprendre l'importance de la question de la reconnaissance dans le choix d'emploi des agents de service « faisant-fonction ». En effet, ces derniers fournissent un travail quasi-identique à celui des aides-soignants diplômés mais ne bénéficient ni du statut officiel d'aide-soignant, ni du niveau de rémunération correspondant. La majorité des agents « faisant-fonction » enquêtés déclare vivre cette situation comme une injustice.

Comme les aides-soignants diplômés, l'envie de rester des agents faisant fonction dépend de leur inscription dans un collectif de travail. Les agents « faisant-fonction » ayant un sentiment d'appartenance à une équipe de travail solidaire ont plus envie de rester dans les EHPAD que ceux qui déclarent le contraire (OR : 2,2). Autre révélateur de l'engagement professionnel et de l'importance de la cohésion d'équipe, les agents « faisant-fonction » n'ayant pas répondu à la question sur l'ampleur de l'épidémie de Covid-19 au sein de leur établissement ou déclarant ne pas la connaître ont moins envie de rester que ceux exerçant dans les établissements les plus préservés (moins de 30 % de résidents contaminés) (OR : 0,11).

« La direction est arrangeante », une logique de liberté au travail, typique des infirmières

Les résultats de la régression logistique portant sur cette population montrent que leur envie de rester dans les EHPAD dépend de leur âge, des relations hiérarchiques (de la prise en compte de leur avis dans l'élaboration du planning et du soutien des supérieurs hiérarchiques pendant la crise sanitaire) et du fait de pouvoir travailler en accord avec leurs valeurs personnelles. En revanche, les variables relatives au sentiment d'appartenance à un collectif de travail ou à l'entraide n'ont pas d'effet significatif sur leur choix de rester ou quitter le secteur des EHPAD (voir tableau 14).

Les résultats montrent que les infirmiers sont très sensibles aux relations hiérarchiques : lorsque leur planning est élaboré en tenant compte de leur avis, les infirmiers ont plus envie de continuer à travailler en EHPAD que ceux qui déclarent le contraire (OR : 4,8). De même, les infirmiers déclarent pouvoir compter sur le soutien de leur hiérarchie ont plus de chances de vouloir rester dans l'EHPAD que de vouloir le quitter (OR : 4,8).

**Tableau 14. Résultats de la régression logistique binomiale sur l'envie de rester des infirmiers au sein du secteur des EHPAD, en France (n = 81).**

Caractéristique	Ensemble			
	Valeur / Effectifs	OR	90% IC	p-valeur
<b>Classe d'âge</b>				
50 ans et plus	19	—	—	
Entre 30 et 49 ans	39	0,27	0,07 – 0,91	0,086
Moins de 30 ans	23	0,46	0,11 – 1,76	0,3
<b>Mon travail me permet d'agir en accord avec mes valeurs personnelles</b>				
Non	33	—	—	
Oui	48	4,83	1,79 – 13,9	0,011
<b>Planning élaboré en tenant compte de l'avis de l'enquêté</b>				
Entièrement	26	—	—	
Non	31	0,21	0,06 – 0,68	0,033
Partiellement	24	1,22	0,37 – 4,03	0,08
<b>Soutien des supérieurs hiérarchiques pendant la crise de Covid-19</b>				
Oui	28	—	—	
Non ou non réponse	53	0,21	0,07 – 0,60	0,018

AIC : 87.207. Nagelkerke  $R^2 = .4888$ .

Source : enquête CollSol-EHPAD. Champ : infirmiers présents dans un EHPAD public ou privé à but non lucratif français en 2022 (n = 81). Lecture : la modalité de référence de la variable "Soutien des supérieurs hiérarchiques pendant la crise de Covid-19" est "Oui". Toutes choses égales par ailleurs, les répondants ayant répondu "Non" ou n'ayant pas répondu ont 4,8 fois plus de chance que ceux ayant répondu "Oui" de vouloir rester dans le secteur des EHPAD plutôt que de vouloir le quitter (OR = 0,21 avec un intervalle de confiance entre 0,07 et 0,60). Ce résultat est statistiquement significatif au seuil de 1 % (p-valeur égale à 0,018).

Pour comprendre ces résultats, il est important de les restituer dans un contexte professionnel plus large grâce à l'enquête qualitative. En effet, les infirmiers ont de larges choix d'emploi dans différents secteurs : exercer leur métier en libéral, ou comme salarié dans un hôpital, un établissement médico-social ou un établissement scolaire par exemple. Comme le montre les différentes études sur ce métier (Longchamp *et al.*, 2020 ; Longchamp *et al.*, 2016), il s'agit d'un champ où ces différentes possibilités d'emploi et les carrières associées sont hiérarchisées, avec les postes hospitaliers les plus techniques en tête du classement. Exercer le métier d'infirmier dans un EHPAD constitue rarement le premier choix professionnel de nos enquêtés, car celui-ci est peu prestigieux. Nos enquêtés expliquent qu'ils ne restent pas travailler dans le secteur pour des enjeux de carrières, mais plutôt pour les conditions de travail, et en particulier pour les marges de liberté que l'EHPAD leur offre ; ce constat est d'autant plus vrai pour les infirmiers seniors. En effet, par rapport à d'autres opportunités, l'emploi en EHPAD présente certains avantages : l'EHPAD offre à ses infirmiers salariés une stabilité plus grande qu'un emploi en libéral et les conditions d'exercices y sont considérées moins difficiles qu'à l'hôpital, notamment en termes de cadence de travail, comme l'explique Benoît, infirmier dans un EHPAD privé à but non lucratif et ayant exercé dans un centre hospitalier : « *C'est une question de rythme de travail en fait. En hôpital, c'est vraiment... on travaille vraiment dans un système.* »

L'EHPAD est en outre une structure de taille réduite avec généralement moins de niveaux hiérarchiques qu'à l'hôpital, ce qui facilite les communications entre les encadrants et les travailleurs et rend généralement le cadre du travail plus souple : les infirmiers d'EHPAD bénéficient souvent d'une marge de manœuvre plus importante dans les négociations autour de leur planning et en matière de formation. Le cas de Jeanne, infirmière salariée d'un EHPAD privé à but non lucratif en est un bon exemple : dans cet établissement, les horaires et congés sont décidés et répartis collectivement par les infirmiers, et sont également toujours acceptés par la hiérarchie. L'infirmière coordinatrice se chargeant de trouver des remplacements. C'est ainsi que Jeanne échappe au travail de 12h auquel elle est peu favorable, sans aucune imposition de sa hiérarchie, qu'elle est en mesure de prendre un congé d'un mois chaque année, et que les infirmiers de son établissement peuvent travailler, s'ils le souhaitent, en horaires coupés afin de profiter chacun d'un week-end libre. Selon

Jeanne, cette liberté accordée par la direction dans la gestion de son emploi du temps constitue la raison principale de son envie de rester dans l'établissement.

Les résultats de la régression mettent également en lumière l'enjeu de la concordance entre le travail et la valeur personnelle sur le choix d'emploi des infirmiers : à l'instar des agents de service non « faisant-fonction » et des aides-soignants diplômés, l'envie des infirmiers de rester dans le secteur des EHPAD est très liée au fait de pouvoir travailler en accord avec leurs valeurs personnelles (OR : 4,83). Or, l'une des spécificités de l'emploi infirmier en EHPAD est qu'il permet aux soignants d'entretenir des relations de longue durée avec les résidents (souvent sur quelques années). Plusieurs infirmiers enquêtés ont mis en avant cette dimension relationnelle avec les résidents comme facteur de leur choix d'exercer en EHPAD. Lorsque leurs valeurs personnelles portent davantage sur cette dimension relationnelle (et moins sur une approche « carriériste »), ces professionnels ont plus de probabilité de vouloir rester travailler en EHPAD.

*« C'est trop bien parce que ben t'es dans ta bulle et entre guillemets, t'es chez le patient donc t'as plus de contact humain avec ton patient, tu vois. [...] à l'hôpital t'as moins le temps de parler et tout genre là vraiment t'es chez le patient. [En EHPAD] Tu fais toujours la même chose et tout calme dans le sens où c'est pas... tes responsabilités sont moins on va dire hautes qu'à l'hôpital. »* (Thibault, étudiant infirmier stagiaire dans un établissement privé à but non lucratif).

### Conclusion de la partie 3

Le secteur des EHPAD est confronté à d'importantes difficultés de recrutement et à un *turnover* récurrent : notre recherche montre que la situation s'est encore aggravée depuis la crise sanitaire. Toutefois l'effet direct de l'épidémie de Covid-19 sur la pénurie de main-d'œuvre est limité : les départs volontaires ont été marquants mais très exceptionnels ; dans certaines zones, les remplacements ont été plus tendus du fait de l'obligation vaccinale ; et le recrutement d'intérimaires infirmiers a été parfois plus compliqué en 2020-2021 car cette

population a pu choisir de travailler dans des centres de vaccination où les rémunérations et les conditions de travail étaient meilleures qu'en EHPAD.

Mais si la crise sanitaire n'a pas eu un effet propre d'ampleur sur les difficultés de recrutement et sur le *turnover*, elle a en revanche mis en exergue des problématiques plus profondes et structurelles dans le secteur. De façon générale, les EHPAD souffrent d'une mauvaise image et d'une faible reconnaissance sociale du fait de conditions de travail difficiles physiquement et psychologiquement, ainsi que de faibles salaires. Les directeurs enquêtés mettent également en avant un changement de rapports au travail des jeunes générations marqué par un manque de vocation professionnelle et le refus de s'engager dans des contrats à durée indéterminée.

Cette explication d'ordre général ne permet pas de comprendre la variabilité des difficultés de recrutement. Or le niveau de difficulté varie fortement selon les métiers : dans un *continuum* des métiers de l'agent de service au médecin coordonnateur, plus le métier tend vers le soin, plus les difficultés de recrutement sont importantes. Pour les médecins coordinateurs la principale explication est d'ordre démographique et renvoie au contexte plus large de pénurie de médecins en France. Pour les autres métiers (agent de service, aide-soignant et infirmier), la notion d'*espace des possibles* - empruntée à Pierre Bourdieu (1992) - permet de comprendre que les opportunités d'emploi et la perception de ces opportunités, propres à chaque métier et territoire, conditionnent l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD. C'est en fonction de l'*espace des possibles professionnels* propre à chacun qu'un emploi sera considéré comme un *good* ou un *bad job*. Nos résultats montrent que l'emploi en EHPAD est souvent considéré comme un *god job* par les agents de service mais comme un *bad job* pour les infirmiers, la perception des aides-soignants se trouvant à un niveau intermédiaire. L'*espace des possibles professionnels* étant également structuré par le marché de l'emploi local, il apparaît que l'emploi en EHPAD serait plus désirable en milieu rural. Cette interprétation nous paraît en mesure d'expliquer la variabilité des difficultés de recrutement. Pour aller plus loin, nous nous sommes intéressées aux différentes logiques à l'œuvre derrière la volonté de rester ou de quitter secteur. Dans cette approche, la satisfaction professionnelle n'est pas considérée comme la principale variable explicative du *turnover* mais est appréhendée comme une variable elle-même déterminée d'une part par les conditions de travail et d'emploi et d'autre part par le sens que les travailleurs donnent à



leur travail, à ce jour peu pris en compte dans la littérature. Notre recherche identifie quatre logiques idéales-typiques propres à chaque métier ou situation : une logique de « gagne-pain » chez les agents de service, une logique relationnelle pour les aides-soignants, une logique de reconnaissance typique des « faisant-fonction » et une logique de liberté chez les infirmiers. Nous espérons que la prise en compte de ces logiques différenciées et de la variabilité de *l'espace des possibles* permettra, en complément des différents facteurs expliquant le manque d'attractivité des EHPAD, de mieux répondre aux enjeux de l'emploi dans le secteur.

## Partie 4. Déroulement de la recherche

## 4.1. Les difficultés rencontrées et les solutions mises en œuvre

Les principales difficultés de notre recherche ont concerné l'accès au terrain (4.1.1), la gestion du rythme d'enquête (4.1.2) et la passation du questionnaire (4.1.3). Nous avons mis en œuvre des dispositifs pour contourner ces difficultés (prise de contact avec l'ensemble des établissements dans les cinq départements enquêtés, passation des questionnaires sous format papier et en ligne, etc.) mais ceux-ci n'ont pas toujours été suffisants : en particulier, nous n'avons pas été en mesure d'enquêter auprès d'EHPAD privés à but lucratif. Les difficultés auxquelles nous avons été confrontées et les réponses que nous avons pu (ou non) y apporter constituent une expérience qui invite à développer des dispositifs d'enquête spécifiques adaptés au secteur des EHPAD.

### 4.1.1 L'accès au terrain

Nous avons rencontré des difficultés d'accès au terrain tout au long de notre recherche, à la fois pour l'enquête qualitative et pour l'enquête par questionnaire. Pour rappel, le protocole d'enquête consistait à prendre un premier contact avec le directeur de l'EHPAD avant d'organiser la diffusion des questionnaires au sein de l'établissement. Le manque de disponibilité des directeurs, en particulier pendant la période de crise, avait été anticipé. Nous savions en effet qu'en temps normal, les directeurs d'EHPAD ont très souvent un emploi du temps chargé. Au moment de l'enquête, de nouvelles tâches s'ajoutaient encore à leur agenda : la gestion de la crise sanitaire, la gestion de la pénurie de main-d'œuvre, la gestion plus complexe des relations avec les familles, etc. De plus, pendant cette période de crise, de nombreux directeurs étaient sollicités par les autorités publiques (notamment les ARS) pour faire remonter les données épidémiologiques et vaccinales. Pour pallier cette difficulté, nous avons cherché à être très flexibles et disponibles, en proposant par exemple des rendez-vous en visioconférences. Néanmoins, beaucoup de directeurs contactés ont repoussé ou refusé notre sollicitation en mettant en avant leur manque de temps.

Nous avons par ailleurs dû faire face à une autre difficulté, que nous n'avons pas pu anticiper, mais avec laquelle nous avons essayé de composer : le scandale médiatique engendré par l'« affaire Orpéa » avec la publication de l'ouvrage *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet en février 2022, soit quelques semaines avant nos premières prises de contacts en vue de diffuser le questionnaire. A la suite de cet événement, une partie des directeurs d'EHPAD semblait réticente vis-à-vis des enquêtes sociologiques. Certains d'entre eux ont eu tendance à assimiler notre recherche à une inspection ou à une enquête journalistique, nous demandant parfois explicitement s'il y avait un lien entre notre recherche et l'affaire Orpéa. Nous avons répondu à ces questionnements lors des premiers rendez-vous avec les directeurs. Toutefois, dans la très grande majorité des cas, les directeurs des EHPAD privés à but lucratif n'ont pas du tout répondu à nos sollicitations, en dépit de nombreuses relances par mail et par téléphone.

Afin de maximiser les réponses au questionnaire, nous avons cherché à multiplier les canaux de contact. Nous avons d'abord établi une liste exhaustive des EHPAD présents dans les cinq départements sélectionnés à partir des informations disponibles sur le site [pour-les-personnes-agees.gouv<sup>51</sup>](https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/departements) : chacun d'entre eux a été sollicité par téléphone. Lorsque cela a été possible, nous avons expliqué l'objet de la recherche au directeur de l'établissement ou à son adjoint. Dans le cas contraire, nous avons pris les coordonnées mail d'un membre de la direction et envoyé un mail explicatif à cette adresse ou, en dernier recours, laissé nos coordonnées. Nous avons également fait relayer la diffusion du questionnaire par différents réseaux professionnels : des fédérations nationales et leurs antennes régionales ou départementales (FHF, Synerpa, etc.) ; des associations professionnelles (de directeurs d'EHPAD, de médecins coordonnateurs, d'IDEC, etc.) ; d'associations ou de groupements locaux d'EHPAD (groupement des établissements publics du Nord, etc.) et des organisations syndicales (CGT et CFDT). Ces acteurs ont communiqué sur l'enquête par le biais de leurs réseaux sociaux et par l'envoi de mails contenant un lien vers la version en ligne du questionnaire. Nous avons par ailleurs mobilisé nos réseaux personnels (anciens enquêtés et réseau amical).

---

<sup>51</sup> <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/departements>

En dépit de ces adaptations, la prise de contact avec les directeurs d'EHPAD - et, plus généralement, l'accès aux travailleurs du secteur - reste difficile. Nous avons essuyé beaucoup de refus de participation à l'enquête. Cette difficulté est commune aux enquêtes sur ce secteur d'activité : le taux de participation à l'enquête EHPA tend ainsi à s'affaiblir au fil des éditions, la participation des établissements privés à but lucratif étant particulièrement problématique<sup>52</sup>.

#### 4.1.2 La gestion du rythme d'enquête

Le contexte social (l'affaire Orpéa mais aussi sa gestion par les ARS sous forme d'inspections massives et systématiques) et le contexte sanitaire ont également freiné le rythme de notre recherche. Entre la réponse positive d'un directeur d'EHPAD face à notre sollicitation (généralement par mail ou par téléphone), le premier entretien avec ce dernier et la diffusion des questionnaires aux travailleurs de ce même établissement, les délais ont couvert des périodes de trois semaines à deux mois. La situation sanitaire et le positionnement vis-à-vis de notre étude avaient pu évoluer entre temps. L'entrée en contact avec les ARS a également été difficile : lorsque cela a été possible, nous avons dû attendre trois mois avant de rencontrer les agents, car ces derniers disaient être pris par les plans d'action à mettre en œuvre suite à l'« affaire Orpéa ».

L'avancement de notre recherche a également été ralenti par les vacances d'été. Pendant cette période, les EHPAD fonctionnent souvent en mode dégradé, avec des difficultés de gestion du personnel liées aux départs en congés et à la gestion d'une pénurie accrue de remplaçants. Les établissements ne répondaient donc plus à nos sollicitations à partir de la mi-juillet. Le questionnaire en ligne a également connu une période de fort ralentissement. Nous invitons les chercheurs qui souhaiteraient réaliser une recherche sur le secteur des EHPAD à prendre en compte cette contrainte de rythme de travail dans le secteur dans la conception de leur enquête.

---

<sup>52</sup> Deux membres du projet CollSol-EHPAD participent au comité de concertation de l'enquête EHPA, à l'occasion duquel ces difficultés sont fréquemment soulignées.

#### 4.1.3 Les modalités de passation du questionnaire

Le secteur des EHPAD impose des contraintes particulières à une enquête par questionnaire. D'abord, les travailleurs manquent souvent de temps pour répondre à un long questionnement : c'est pourquoi nous en avons proposé une version en ligne. Celui-ci pouvait donc être renseigné en plusieurs fois, par exemple sur un smartphone, pendant le temps de transport pour les usagers des transports collectifs. Toutefois, certains travailleurs n'étant pas familiers des outils numériques, nous avons tenu à proposer également une version papier du questionnaire afin de maximiser le nombre de répondants.

Par ailleurs, une partie des travailleurs présente des difficultés à l'écrit. Nous l'avons particulièrement constaté dans le Val-de-Marne, département dans lequel nous estimons que les deux tiers des enquêtés avaient besoin d'une assistance pour remplir le questionnaire. Pour pallier ce problème, nous avons organisé des séances de passation collective du questionnaire papier dans certains EHPAD publics hospitaliers. Ces séances se sont déroulées en présence d'une enquêtrice qui pouvait lire les questions à haute voix et répondre aux potentielles interrogations des enquêtés. Pendant les phases de test du questionnaire, la durée de moyenne de passation était estimée à 20 minutes. Mais sur le terrain, nous avons constaté que celle-ci était plutôt de 40 minutes et atteignait même une heure dans le cadre des séances de passation collective.

En outre, l'enquête de terrain montre que certains professionnels (agents de service, agents de seconde ligne et, dans une moindre mesure, personnel administratif) ressentent un certain sentiment d'illégitimité à répondre à une enquête qu'ils pensent davantage destinée aux soignants. Lors des séances collectives de passation du questionnaire les enquêtrices ont constaté qu'une partie des professionnels du secteur éprouvent un sentiment de méfiance ou de perte d'espoir, ce qui les conduit à douter de l'utilité d'une telle recherche et participe à la non-réponse. C'est pourquoi nous nous sommes personnellement déplacées dans les établissements et sommes intervenues lors de réunions de transmission : à cette occasion, nous avons présenté notre recherche et répondu aux questions des professionnels. Nous

avons également reçu le soutien actif de certains directeurs d'EHPAD qui ont encouragé le personnel à répondre à l'enquête.

#### 4.2. Les interactions entre les équipes, les efforts en matière d'interdisciplinarité

L'équipe est composée de quatre membres (deux enseignantes-chercheuses, une post-doctorante et une stagiaire de Master) réparties sur les universités de Lille et de Grenoble. L'ensemble des membres a été mobilisé à la fois sur les terrains qualitatifs et quantitatifs. La coordination a été assurée par l'organisation de visioconférences à un rythme régulier (au minimum deux fois par semaine, souvent plus).

Cette recherche s'inscrit pleinement dans la discipline sociologique mais un effort particulier a été mené pour établir des liens avec la discipline économique. Un économiste spécialiste du *long-term care* (Roméo Fontaine, CR à l'INED) fait partie du comité scientifique de recherche du projet. Il a participé aux discussions et à la validation de la conception de l'enquête. Les résultats sur la charge émotionnelle vécue par les travailleurs des EHPAD pendant la crise sanitaire ont été discutés par François-Xavier Devetter, économiste du travail, lors d'une séance du séminaire de recherche de l'Axe 2 du Laboratoire Clersé (UMR 8019, CNRS/Université de Lille). Les retours d'autres économistes du travail participant à cette séance, comme Guillemette de Larquier et Martine Pernod, ont également été très utiles à nos réflexions. La littérature économique a été également mobilisée au côté de la littérature sociologique.

#### 4.3. Justification des écarts par rapport aux prévisions initiales

Notre recherche a connu des modifications par rapport au projet initial. Les premières remontées de terrain nous ont conduites à en élargir le champ en incluant la problématique de la gestion de la main-d'œuvre (4.3.1). Parallèlement, faute d'ouverture de terrains dans des EHPAD privés à but lucratif, notre enquête ne porte que sur les établissements publics et privés à but non lucratif (4.3.2). Enfin, le retentissement de l'« affaire Orpéa » a ralenti

notre enquête de terrain, ce qui nous a conduit à demander une prolongation de trois mois (4.3.3).

#### 4.3.1 Un élargissement du champ de la recherche

Notre projet initial visait à interroger l'impact de la crise sanitaire sur l'organisation et les conditions de travail en EHPAD, en analysant les situations avant, pendant et après la pandémie de Covid-19. Il cherchait à comprendre l'expérience vécue des professionnels des EHPAD, quel que soit le métier, ainsi qu'à produire des données statistiques sur le travail en EHPAD (organisation, conditions de travail concrètes, satisfaction au travail, gestion de la main-d'œuvre, etc.). Suite aux premières remontées de terrain la question des collaborations professionnelles et solidarités au travail dans les EHPAD a bien été explorée dans la recherche mais elle n'en constitue plus le cœur. Nous avons en effet fait le choix de l'intégrer à une compréhension plus large des conséquences de l'épidémie de Covid-19 sur les conditions de travail d'une part et sur la gestion de la main-d'œuvre d'autre part.

#### 4.3.2 Un champ d'enquête restreint aux EHPAD à but non lucratif

Comme expliqué plus haut, malgré nos efforts, nous n'avons pas réussi à ouvrir de terrain d'enquête dans des EHPAD à but privé lucratif. Le questionnaire n'a également pas permis de saisir la population des travailleurs de ces EHPAD : seuls 19 personnes employées dans des EHPAD privés à but lucratif ont répondu au questionnaire. Cet effectif ne permet pas d'exploitation statistique fiable : nous avons donc fait le choix de ne pas intégrer ces réponses à notre base de données. En conséquence, c'est seulement par défaut que notre recherche porte uniquement sur les EHPAD publics et privés à but non lucratif.



#### 4.3.3 Une enquête ralentie par l' « affaire Orpée »

Quelques semaines avant nos premières prises de contacts en vue de diffuser le questionnaire, la publication de l'ouvrage *Les Fossoyeurs* de Victor Castanet en février 2022 a provoqué un important scandale médiatique. L'« affaire Orpée » a considérablement compliqué nos accès au terrain et la diffusion de notre questionnaire, en particulier auprès des professionnels des EHPAD privés à but lucratif. Ce ralentissement a été à l'origine d'une demande de prolongation de notre recherche de 3 mois.

## Partie 5. Apports et stratégie de valorisation et de diffusion des résultats

Après avoir présenté les originalités et les principaux apports scientifiques de notre recherche (5.1), nous exposons les perspectives en termes d'aide à la décision pour l'action publique (5.2) et notre stratégie de valorisation des résultats en direction de la communauté scientifique mais aussi des professionnels du secteur (5.3).

## 5.1. Apports scientifiques

Basée sur un dispositif d'enquête articulant des méthodes qualitatives et quantitatives, notre recherche a permis de constituer des données inédites sur les conditions de travail, le vécu subjectif des professionnels, et la gestion de la main-d'œuvre dans les EHPAD pendant la crise sanitaire. Elle confirme certains constats mis en avant par des rapports publics et des travaux scientifiques (Cour des comptes, 2022 ; Iborra et Fiat, 2018 ; Marquier *et al.*, 2016), notamment à propos de la dégradation des conditions de travail des soignants (résultat n° 1), du renforcement de la collaboration professionnelle (résultat n° 2) et des relations avec les autorités publiques (résultat n° 3). Elle propose aussi des résultats originaux, sur la charge émotionnelle des professionnels des EHPAD (résultat n° 4), la différenciation des conditions de travail et d'emploi selon le métier (résultat n° 5), les causes de la pénurie de main-d'œuvre (résultat n° 6) et enfin les raisons de rester dans les EHPAD (résultat n°7).

Cette partie commencera par une synthèse des 5 originalités de notre recherche, à la fois d'un point de vue méthodologique et analytique, suivie d'une présentation des 7 résultats majeurs détaillés dans le rapport.

### 5.1.1 Les 5 originalités de notre recherche

La première originalité du projet Collsol-EHPAD consiste en une production des données quantitatives inédites sur l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 en matière de conditions de travail et de gestion de la main-d'œuvre dans les EHPAD en France. Articulant différentes méthodes de recherche, notre recherche complète l'analyse qualitative de l'expérience vécue des travailleurs des EHPAD pendant la crise sanitaire, qui commence à

être de plus en plus documentées en sociologie, par une mesure chiffrée et objectivée des faits observés : elle permet donc de produire des résultats à la fois généralisables et contextualisés. Nous espérons à ce titre, contribuer à la littérature française et internationale sur le Covid-19 dans le secteur du *care*.

La seconde originalité de cette recherche est qu'elle articule l'analyse des conditions de travail, des conditions d'emploi et de la gestion de la main-d'œuvre. En sociologie, ces thèmes sont généralement traités dans des sous-champs qui dialoguent peu entre eux. Or, d'après notre recherche, la dégradation des conditions de travail et de la qualité d'emploi, les difficultés de recrutement et la pénurie de main d'œuvre s'entraînent en formant un cercle vicieux. Cette approche globale ouvre des pistes d'interprétation alternatives sur les difficultés auxquelles est confronté le secteur des EHPAD, notamment en matière de gestion du personnel.

La troisième originalité de cette recherche tient à l'adoption d'une approche comparative par métier qui prend en compte de l'ensemble des travailleurs des EHPAD (résultat n° 5), alors que la littérature s'intéresse surtout aux infirmiers et aux aides-soignants (Brady *et al.*, 2021 ; Martínez-López J.Á., Lázaro-Pérez C., Gómez-Galán J., 2021). Nos résultats montrent que le métier est un facteur structurant du secteur des EHPAD, notamment en termes de conditions de travail et d'emploi : le vécu subjectif des travailleurs des EHPAD varie selon leur métier (résultat n° 4) ; l'*espace des possibles professionnels*, les opportunités d'emploi et leur perception par les travailleurs dépendent du métier de ces derniers (résultat n° 6). L'analyse portant sur l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD révèle que les travailleurs ne sont pas motivés par les mêmes logiques, et le métier est, encore une fois, l'une des principales variables explicatives de cette acceptabilité (résultat n° 7). L'approche comparative par métier nous a permis d'avoir une vision plus globale sur le travail et l'emploi en EHPAD, et de mieux appréhender les caractéristiques et les spécificités de différents groupes professionnels, dont certains sont « invisibilisés » dans la littérature.

La quatrième originalité de notre recherche est qu'elle sociologise l'analyse organisationnelle des EHPAD, en les considérant comme des structures imbriquées dans leur contexte social et géographique (résultats n° 3, 4 et 6). Notre analyse dépasse la seule prise en compte des facteurs internes à l'établissement (l'organisation du travail, la gestion de la pandémie, etc.) et replace les EHPAD dans leur contexte social plus large en étudiant leurs relations d'interdépendance avec d'autres offreurs de soins et d'accompagnements locaux, et plus généralement avec l'organisation territoriale de santé et du *care*.

La cinquième et dernière originalité de cette recherche est qu'elle adopte une approche quantitative pour étudier la dimension émotionnelle du travail (résultat n° 4). Il s'agit d'un objet encore peu exploré en sociologie : si les articles et dossiers thématiques à ce sujet se sont multipliés au cours des dernières années à l'échelle internationale, il s'agit majoritairement des travaux qualitatifs et ne portent que très rarement sur le cas français.

#### **Encadré 7. Apport pédagogique**

Le financement du projet CollSol-EHPAD a permis le recrutement d'un post-doc de 12 mois, mais également la formation d'une stagiaire sur 2 périodes, respectivement de 4 mois (en M1) et 5 mois (en M2). L'équipe a accordé une importance particulière à l'apprentissage de la recherche sur le tas : la stagiaire a participé à toutes les étapes du projet, de la création du questionnaire à la rédaction de ce rapport et d'articles scientifiques, en passant par la diffusion du questionnaire, la saisie des données, et leur exploitation. Formée par une pédagogie active, c'est-à-dire apprendre en faisant, cette stagiaire poursuit ses recherches sur le secteur médico-social, en préparant aujourd'hui une thèse de doctorat en sociologie sur les carrières des femmes de classes populaires du secteur (laboratoire Clersé, UMR 8019 - Université de Lille).

### 5.1.2 Résultat n°1. La crise sanitaire, un facteur aggravant des conditions de travail déjà difficiles

Le constat principal de notre recherche est que l'épidémie de Covid-19 a souvent constitué un facteur aggravant les conditions de travail en EHPAD : que ce soit avant, pendant ou après la crise sanitaire, le travail en EHPAD est difficile, physiquement et psychologiquement pour les travailleurs en première ligne mais aussi pour les travailleurs souvent « invisibilisés » dans la littérature (personnel administratif ou de seconde ligne notamment). A plus fort de la crise, leur charge de travail s'est souvent accrue en raison de nombreuses absences de collègues et de l'introduction de nouvelles tâches. Or, les effets de la crise se font toujours ressentir au moment de l'enquête en 2022. La solidarité des professionnels a permis de faire face à cette situation inédite : les travailleurs des EHPAD (et en particulier ceux ont contrat stable) se sont organisés pour répondre à l'urgence mais ils sont souvent sortis de cette épreuve affaiblis et de plus en plus sceptiques vis-à-vis de la capacité du champ politique à proposer une réponse à la hauteur de leurs problématiques. L'enjeu est de briser un cercle vicieux de processus qui s'autoalimentent : en effet les conditions de travail difficiles expliquent et s'expliquent par une gestion de la main d'œuvre contrainte par un manque récurrent de personnel.

### 5.1.3 Résultat n°2. Les relations sociales au travail : tenir ensemble face à la crise

En raison du nombre très important de résidents décédés pendant l'épidémie de Covid-19, les EHPAD ont été au centre de l'attention des médias. Différents reportages ont révélé le manque de personnel, de matériel et de moyens dont ils souffrent, tout en mettant en avant l'enjeu de la mobilisation du personnel et de la solidarité au travail dans la lutte contre la pandémie. Le risque est grand cependant d'essentialiser cette mobilisation, en attribuant son mérite uniquement aux circonstances exceptionnelles de l'épidémie, ou à des qualités morales intangibles et à la vocation des professionnels, voire à des prédispositions féminines au soin et au souci des autres supposées naturelles.

Les travaux sociologiques existants sur les mécanismes d'entraide au sein des EHPAD (Aubry, 2010 ; Billaud et Xing, 2016 ; Xing, 2018) laissent supposer une solidarité obligée minimale entre soignants dans le contexte de restriction budgétaire et de réduction des effectifs. Les résultats de notre enquête de terrain sont mitigés : les professionnels ont surmonté cette situation inédite en adoptant de nombreuses mais éphémères pratiques de solidarité qui ont parfois contribué à remettre en question des rapports hiérarchiques, mais cette solidarité intense n'a pas perduré sur le long terme, ce qui interroge la capacité des collectifs de travail à faire face à d'éventuels nouveaux événements perturbateurs. De même, la crise sanitaire a eu un léger impact positif mais éphémère sur les rapports hiérarchiques. Toutefois, les travailleurs des EHPAD ont parfois dû faire face à des vagues de méfiance et à des critiques venant d'une partie des familles des résidents qui ont engendré un sentiment de culpabilité chez certains professionnels.

#### 5.1.4 Résultat n°3. Les relations institutionnelles : entre contrôles et soutiens

La crise sanitaire constitue une situation de test de la résilience de nos systèmes sanitaire et médico-social. Notre recherche invite à dépasser la seule prise en compte des facteurs internes à l'établissement (l'organisation du travail, la gestion de la pandémie, etc.) et à étudier les relations d'interdépendance entre les EHPAD et d'autres offreurs de soins et d'accompagnements locaux, et plus généralement l'organisation territoriale de santé et du *care*, que ce soit en situation de crise sanitaire ou non.

Nous proposons ainsi d'appréhender la question de l'impact de la crise sanitaire au regard des régulations des pouvoirs publics et des contraintes locales spécifiques. En effet, malgré la dégradation de l'état de santé des résidents à leur entrée en établissement (Balavoine, 2022 ; Quéméner *et al.*, 2023), l'EHPAD n'est pas considéré comme un lieu de soins et ses ressources médicales sont limitées. Les EHPAD s'appuient donc sur de nombreux acteurs de l'organisation de santé extérieurs pour assurer les soins des résidents : des médecins libéraux et du personnel paramédical (ergothérapeutes, psychologues, etc.) ou encore des hôpitaux pour assurer les soins des résidents. En dépit de fréquentes situations d'aide et de soutien au plus fort de la crise, la crise sanitaire met en exergue les difficultés de coordination entre

les EHPAD et le système sanitaire, qui ont d'importantes répercussions sur l'accès et la continuité des soins des résidents. Les EHPAD sont en outre sous l'autorité conjointe de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental et doivent régulièrement leur fournir des remontées administratives. Le contrôle et le suivi par les autorités sanitaires, variables selon le territoire, ont été vivement critiqués par les directeurs des EHPAD qui regrettent leur approche administrative jugée peu pertinente au regard de la réalité du terrain.

#### 5.1.5 Résultat n°4. Pour une prise en compte de la charge émotionnelle au travail : une contribution à la littérature sur l'*Emotional labour*

Cette recherche contribue à la réflexion sur la dimension émotionnelle du travail qui est sous-développée dans la sociologie du travail. La crise sanitaire a constitué une épreuve psychologique pour de nombreux professionnels des EHPAD qui ont ressenti un fort sentiment d'incertitude et d'abandon au plus fort de l'épidémie, auquel s'est substitué un sentiment d'injustice face au manque de reconnaissance monétaire et sociale. Alors que les rares travaux sociologiques sur ce sujet adoptent une approche qualitative (Hochschild, 1983 ; Lopez, 2006 ; Rodriguez, 2014 ; Theodosius, 2008), nous avons pris le parti d'aborder la question de la charge émotionnelle en adoptant une approche quantitative qui permet d'en identifier les facteurs explicatifs.

Les résultats montrent qu'une majorité de travailleurs a éprouvé une forte charge émotionnelle. L'intensité de cette charge varie, à la fois selon des facteurs déjà identifiés par la littérature (caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques de l'établissement, organisation du travail, etc.), mais également selon trois facteurs originaux, mis en lumière par notre analyse : l'ampleur de l'épidémie dans l'établissement (la proportion des résidents contaminés), sa gestion interne (notamment les politiques et les pratiques de remplacement) et l'accès aux soins hospitaliers et ambulatoires (le refus ou non de prise en charge par les hôpitaux, la continuité de soin assuré ou non par les médecins traitants des résidents, etc.).



#### 5.1.6 Résultat n°5. Une approche comparative des différents métiers des EHPAD

Prenant en compte l'ensemble des métiers exercés en EHPAD à la fois dans le questionnaire et dans les entretiens, notre recherche permet de croiser les regards des encadrants et des non-cadres et de mettre en lumière les caractéristiques et les spécificités de certains groupes « invisibilisés », comme le personnel administratif et les agents de première ligne hors soins.

A titre d'exemple, les études centrées sur la charge émotionnelle des encadrants d'EHPAD insistent sur leur fort risque de *burnout* (Iaconi *et al.*, 2022 ; Membrive-Jiménez *et al.*, 2020). Or une perspective comparative plus large montre que les cadres sont moins exposés aux risques psycho-sociaux que les autres catégories socioprofessionnelles (Dares, 2021). Nos résultats invitent à porter plus grande attention au personnel administratif, souvent ignoré dans la littérature sur les EHPAD, et dont la charge émotionnelle est pourtant comparable à celle des soignants. En effet, le personnel administratif est fréquemment et directement en contact avec les familles des résidents. Cette dimension relationnelle a été accentuée pendant la crise sanitaire : le maintien des liens sociaux entre les résidents et leurs familles a été en grande partie assuré par ce groupe de travailleurs (notamment *via* des contacts quotidiens par téléphone et des visioconférences).

#### 5.1.7 Résultat n°6. Appréhender la pénurie de main-d'œuvre avec la notion d'*espace des possibles*

Depuis de nombreuses années les EHPAD sont confrontés à une pénurie structurelle en matière de recrutements. Cette pénurie, qui s'est aggravée depuis la crise sanitaire, constitue une préoccupation politique majeure qui risque d'être accentuée à moyen terme sous l'effet du vieillissement de la population française. Notre recherche montre que l'épidémie de Covid-19 n'a pas eu un effet propre d'ampleur sur les difficultés de recrutement mais a mis en exergue des problématiques plus profondes et structurelles dans le secteur (conditions de travail difficiles, manque de reconnaissance salariale et mauvaise image). Si ces dernières sont bien à l'origine du manque d'attractivité du secteur en général, elles ne sont en revanche pas en mesure d'expliquer la variabilité des difficultés de

recrutement selon le métier, plus importantes à mesure que le métier tend vers le soin. Au-delà des raisons imputables à la démographie médicale, la notion d'*espace des possibles* empruntée à Pierre Bourdieu permet de comprendre que les opportunités d'emploi et la perception de ces opportunités, propres à chaque métier et territoire, conditionnent l'acceptabilité d'un emploi en EHPAD par les candidats potentiels. C'est en fonction de l'*espace des possibles professionnels* propre à chacun qu'un emploi sera considéré comme un *good* ou un *bad job*. Nos résultats montrent que l'emploi en EHPAD est souvent considéré comme un *god job* par les agents de service mais comme un *bad job* pour les infirmiers, la perception des aides-soignants se trouvant à un niveau intermédiaire. L'*espace des possibles professionnels* étant également structuré par le marché de l'emploi local, il apparaît que l'emploi en EHPAD serait plus désirable en milieu rural.

#### 5.1.8 Résultat n°7. Pourquoi continuer à travailler en EHPAD ? Des logiques différenciées selon les métiers<sup>53</sup>

Les salariés des EHPAD sont soumis à des conditions de travail souvent difficiles et à un manque de reconnaissance salariale et sociale. Si le secteur est peu attractif et peine à fidéliser les salariés déjà en poste, il apparaît nécessaire de s'interroger sur les facteurs explicatifs de l'acceptabilité de ces emplois : pourquoi les professionnels des EHPAD souhaitent-ils continuer à travailler dans ce secteur ?

En examinant les motivations, et plus largement les rapports au travail, nous avons identifié quatre logiques idéales-typiques propres à chaque métier ou situation : une logique de « gagne-pain » chez les agents de service (« *Je travaille en EHPAD pour payer mes factures* »), une logique relationnelle pour les aides-soignants (« *Je fais ce métier pour aider les autres* »), une logique de reconnaissance typique des « faisant-fonction » (« *Pourtant, on fait le même travail !* ») et une logique de liberté chez les infirmiers (« *La direction est arrangeante* »).<sup>54</sup> La prise en compte de ces logiques permet d'identifier des facteurs de

---

<sup>53</sup> Cette problématique fera l'objet d'un article actuellement en cours de rédaction.

<sup>54</sup> Ces différentes logiques ne sont pas exclusives à chaque métier (la logique relationnelle est présente chez de nombreux travailleurs des EHPAD, quel que soit leur métier), mais elles peuvent en être considérées comme caractéristiques.

(dé)motivation au travail, de ce fait, de fournir aux directeurs d'EHPAD et aux pouvoirs publics des leviers d'action adaptés à chaque métier.

#### 5.1.9 Résultat n°8. Des pistes d'approfondissement pour un nouveau projet sur l'attractivité des emplois en EHPAD

Dans la continuité du projet CollSol-EHPAD, nous souhaitons approfondir nos réflexions sur l'attractivité des emplois dans ce secteur en tension en proposant un nouveau projet de recherche au printemps 2024. Ce projet s'appuiera sur les entretiens biographiques auprès de salariés d'EHPAD et de personnes ayant quitté le secteur. Il aura pour objectif de comprendre les motifs de choix des travailleurs à deux moments clés : l'entrée et la sortie du secteur. L'un des points innovants de ce nouveau projet sera la prise en compte d'une population rarement étudiée par les chercheurs : les travailleurs ayant quitté le secteur des EHPAD. La comparaison entre les travailleurs en poste et ceux ayant quitté le secteur permettra de mieux saisir les facteurs explicatifs de la perception de l'emploi en EHPAD et de son acceptabilité par les (potentiels) travailleurs, et, *in fine*, de proposer les actions appropriées pour atténuer le phénomène de pénurie de main-d'œuvre.

### 5.2. Perspectives en termes d'aide à la décision pour l'action publique

Bien que les rapports sur la situation des EHPAD se soient succédé (Weber et Vérollet, 2011 ; Défenseur des droits 2021, 2023 ; Iborra et Fiat, 2018), force est de constater que la situation du travail dans le secteur - et, *in fine*, la prise en charge des résidents - ne s'est pas améliorée. Dans le contexte de vieillissement de la population française, il s'agit d'un sujet politique majeur. Notre recherche montre une aggravation des constats déjà établis par la littérature préalablement à la crise sanitaire : les conditions de travail des professionnels des EHPAD se sont encore dégradées et la pénurie récurrente de main-d'œuvre dans le secteur s'est accentuée. Ces processus s'autoalimentent dans un cercle vicieux : les conditions de travail difficiles expliquent et s'expliquent par une gestion de la main d'œuvre contrainte par un

manque récurrent de personnel. Il convient dès lors d'identifier des leviers d'action susceptibles de briser ce cercle vicieux (5.2.1) et des pistes d'amélioration de la prise en charge des soins en EHPAD (5.2.2).

#### 5.2.1 Des leviers pour briser le cercle vicieux entre conditions de travail dégradées et manque d'attractivité du secteur

Les processus de dégradation des conditions de travail et d'aggravation de la pénurie de main d'œuvre constatés dans notre recherche sur les EHPAD s'autoalimentent dans un cercle vicieux : des conditions de travail difficiles contribuent largement au manque d'attractivité du secteur ; en retour, la pénurie de main-d'œuvre a des conséquences concrètes sur les travailleurs en place en participant à l'intensification et à la désorganisation de leur travail.

Pour répondre à ce problème majeur, les pouvoirs publics, les partenaires sociaux, les acteurs de terrain et les chercheurs doivent réfléchir ensemble aux moyens de casser ce cercle vicieux. Plusieurs leviers d'action mériteraient d'être activés conjointement. Deux d'entre eux sont coûteux mais nécessaires : améliorer la reconnaissance monétaire du travail en EHPAD en augmentant les rémunérations des travailleurs du secteur et augmenter le taux d'encadrement *via* la création de postes de soignants<sup>55</sup>. Ces deux recommandations ayant déjà soulignées par de nombreux rapports (Défenseur des droits 2023, 2021 ; Iborra et Fiat, 2018, etc.), nous ne développerons ici que les leviers directement issus de notre travail de recherche : ces derniers cherchent à favoriser d'une part la rétention de la main d'œuvre et d'autre part l'attractivité du secteur. Ils impliquent une mobilisation conjointe des employeurs du secteur et des autorités publiques.

---

<sup>55</sup> Les revalorisations des rémunérations qui font suite au Ségur de la Santé et la création de 3 000 postes d'infirmiers et d'aides-soignants dans les EHPAD prévue par le projet de loi de finances de la Sécurité sociale (PLFSS) pour l'année 2023 vont dans ce sens mais mériteraient d'être amplifiées.

L'accompagnement au développement des carrières professionnelles - par le biais de financement de formations et/ou par un soutien à la mobilité - est déjà répandu dans le secteur des EHPAD. Toutefois le taux d'échec du personnel le moins qualifié (typiquement : un agent de service inscrit en formation d'aide-soignant) interroge sur l'efficacité et l'efficience de la politique de formation envers cette population. Nous recommandons aux pouvoirs publics et aux acteurs du secteur de concevoir des dispositifs de formation adaptés à la population concernée (dont une partie de femmes peu ou pas diplômées, qui ont un savoir-faire du métier du *care* ou du soin, mais qui maîtrisent mal le savoir théorique et la rédaction). Améliorer la qualité du suivi du parcours de formation des professionnels les moins diplômés, et en particulier les agents de service en formation d'aide-soignant, permettrait d'augmenter la main d'œuvre disponible sur des métiers en tension.

Au-delà d'une meilleure adaptation des dispositifs de formation, notre recherche recommande aux pouvoirs publics et aux acteurs de terrain de revoir les dispositifs facilitant la circulation et la reconversion des travailleurs. En effet, les métiers soignants en EHPAD souffrent particulièrement de problèmes liés à l'usure professionnelle. Pour y répondre, certains établissements organisent la mobilité de leur personnel vers d'autres structures (ex comme le SAAD ou le SSIAD). Pour l'instant, cette pratique est surtout réservée aux EHPAD faisant partie d'un groupe hospitalier ou d'un groupe gestionnaire composé de multiples établissements et services.

Il nous semble par ailleurs important de favoriser la mise en réseau des EHPAD avec d'autres types d'établissements et de services (établissements et les services pour les personnes handicapées et services de soins et d'accompagnement à domicile) afin de fluidifier la circulation des travailleurs et de faciliter les reconversions, ce qui permettrait *in fine*, d'améliorer l'attractivité et la fidélisation de la main d'œuvre.

### *Mieux répondre aux contraintes familiales des salariés*

La continuité du service en EHPAD impose des contraintes organisationnelles fortes, en particulier pour le personnel soignant : la prise en charge des résidents assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 implique des horaires de travail atypiques et parfois variables, et un travail le week-end et la nuit. Cette organisation du travail a d'importantes répercussions sur la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle des travailleurs des EHPAD, notamment pour les femmes ayant de jeunes enfants.

Les résultats de notre enquête montrent que la prise en compte, même partielle, de l'avis des salariés dans l'établissement de leur emploi du temps, a un impact non négligeable sur leur motivation de travail et leur envie de rester dans l'EHPAD. Conscientes des fortes contraintes qui pèsent sur les directeurs d'EHPAD pour établir les plannings, nous recommandons toutefois d'assouplir, dans la mesure du possible, la gestion des emplois du temps pour mieux répondre aux attentes de certains salariés.

L'amélioration de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle des travailleurs des EHPAD peut également s'appuyer sur des expérimentations déjà mises en œuvre dans certains établissements, comme la création de micro-crèches ou l'accompagnement à la recherche de logements dans les zones en tension immobilière. Les autorités publiques pourraient inciter les directeurs à porter des projets innovants de ce type et favoriser leur éventuelle mutualisation sur un territoire donné (par exemple, une garderie pour l'ensemble des travailleurs du secteur médico-social d'une commune).

### *Mutualiser les embauches pour proposer des contrats à temps complet*

Nous souhaitons par ailleurs attirer l'attention sur l'importance du recours aux emplois à temps partiel dans le secteur. Or une partie importante de ces emplois, lorsque le temps de travail est inférieur à 80 %, relève souvent du travail à temps partiel subi qui induisent des salaires mensuels peu élevés : ces situations sont fréquentes dans le cadre de remplacements de longs arrêts-maladie dans les EHPAD publics.

Une mutualisation des embauches sur le modèle des groupements d'employeurs constitue une piste pour permettre aux EHPAD de favoriser leur attractivité en proposant plus

d'emplois à temps complet tout en répondant à leurs besoins spécifiques (un salarié répartissant son temps de travail sur deux établissements).

### *Améliorer la reconnaissance sociale du travail des EHPAD*

Notre enquête montre que l'image médiatique des EHPAD, souvent très négative et marquée par les scandales autour de la maltraitance des résidents, a un impact indirect sur l'envie de travailler en EHPAD et la motivation des salariés, et plus généralement sur le manque d'attractivité du secteur. Les révélations sur les conditions de vie des résidents et de travail des salariés sont tout à fait justifiées mais contribuent à ternir l'image du secteur.

Notre enquête suggère que l'ouverture des EHPAD sur leur territoire pourrait contribuer à améliorer l'image des établissements tout en améliorant le bien-être des résidents. Plusieurs directeurs portent déjà une attention particulière à cet enjeu en organisant des manifestations ouvertes à toutes et à tous (concerts, soirées cabaret, journée "cochon grillé", etc.). Ces actions ont un coût financier modéré et pourraient être encouragées par les pouvoirs publics *via* l'attribution de budgets dédiés.

### *Mieux préparer les futurs travailleurs du secteur*

Avant la crise sanitaire, le stage en EHPAD constituait un moyen efficace de recrutement des soignants. C'est moins le cas aujourd'hui, la situation étant particulièrement critique au cours des années 2021 et 2022, lorsque les formations de professionnels de santé étaient peu remplies.

La circulaire interministérielle N° DGCS/SD4B/DGOS/DGEFP/2021/245 du 12 décembre 2021 relative à la mise en place d'une campagne de recrutement d'urgence sur les métiers du soin et de l'accompagnement, dans les secteurs sanitaire, du grand âge et du handicap<sup>56</sup> développe déjà des recommandations visant à orienter les demandeurs d'emploi vers les formations adaptées et les recruteurs potentiels. Nous proposons une mesure

---

<sup>56</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir\\_45263/CIRC](https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/cir_45263/CIRC)

complémentaire de ces recommandations en créant de nouvelles structures d'accompagnement des demandeurs d'emploi, spécialisées pour le secteur médico-social.

### 5.2.2 Des pistes pour améliorer la prise en charge des soins en EHPAD

Notre enquête met également en lumière des problématiques autour de la prise en charge des soins en EHPAD : la pénurie de médecins coordonnateurs et les difficultés d'accès aux soins courants et aux soins hospitaliers, particulièrement pendant la crise sanitaire. Les résultats de notre recherche nous conduisent à proposer deux pistes d'amélioration : renforcer et généraliser le dispositif de médecins prescripteurs en EHPAD et améliorer la coordination du réseau territorial de soins et mieux intégrer les EHPAD dans ce réseau.

#### *Renforcer et généraliser le dispositif de médecins prescripteurs en EHPAD*

Notre recherche confirme un constat déjà relevé par plusieurs rapports publics (Cour des comptes, 2022) : le secteur des EHPAD est confronté à une grave pénurie de médecins coordonnateurs. La démographie médicale de cette population fait craindre une baisse de l'offre de médecins alors que, parallèlement, le vieillissement de la population française fera augmenter les besoins en soins. Ces indices conduisent à redouter une dégradation de la situation à moyen terme.

Nous suggérons une piste d'intervention pour répondre en partie à cette problématique : la fusion des rôles de médecin coordonnateur et de médecin prescripteur. Actuellement, le médecin coordonnateur est chargé de l'élaboration et du suivi du projet de soins de l'établissement, de l'évaluation médicale des résidents et de l'animation de l'équipe soignante. La prescription médicale est souvent assurée par un médecin libéral ou hospitalier. Si le décret portant réforme du cadre du médecin coordonnateur, paru en juillet 2019, élargit le pouvoir de prescription des médecins coordonnateurs en incluant le suivi des épidémies de grippe saisonnière, nous proposons d'aller plus loin dans la fusion des rôles de médecin coordonnateur et de médecin traitant des résidents au sein d'un même



établissement, comme ce qui est déjà le cas dans les EHPAD en tarif global. Ce type d'expérimentation est actuellement testé en Ile-de-France et les retours des EHPAD qui ont pu bénéficier de ce dispositif sont très positifs.

*Améliorer la coordination du réseau territorial de soins et mieux intégrer les EHPAD dans ce réseau*

Durant la dernière décennie, les autorités sanitaires ont mis en place différents dispositifs visant à améliorer la coordination territoriale des acteurs de soins et à garantir un meilleur parcours de soins des patients (Bloch et Hénaut, 2014). Cet effort s'avère toutefois insuffisant, la crise sanitaire ayant montré que cette coordination est plus symbolique qu'effective : les EHPAD ont fait face à la crise dans une logique de « chacun pour soi ».

Une expérience menée au plus fort de l'épidémie de Covid-19 nous apparaît comme un bon exemple de coordination des soins à destination des personnes âgées : suite à un appel d'actions lancé par l'ARS, le médecin gériatre d'un centre hospitalier a occupé un rôle de référent-expert assurant une permanence 7j sur 7 et 10 heures par jour par téléphone et sur WhatsApp pour répondre aux directeurs d'EHPAD de son secteur. Selon notre enquête, cet interlocuteur a été sollicité par une trentaine d'EHPAD autour de questions sur la gestion de la crise sanitaire, et notamment sur les soins à apporter aux résidents malades. Les directeurs d'EHPAD rencontrés ont jugé ce dispositif très utile car il leur a permis de pallier le manque de médecins coordonnateurs et l'absence de certains médecins traitants mais aussi de les rassurer, eux-mêmes et leurs équipes. Nous proposons de tirer des leçons de cette expérience, et de concevoir des dispositifs de référent-expert permettant aux structures du secteur médico-social de bénéficier également des expertises des spécialistes hospitaliers, afin de répondre à une éventuelle nouvelle épidémie de grande ampleur.

## 5.3 Stratégie de valorisation scientifique et de diffusion des résultats

### 5.3.1. Valorisation scientifique

Comme détaillé dans la partie « Livrables » de ce document, les résultats de cette recherche ont été présentés lors de séminaires et de congrès nationaux et internationaux. Trois articles en lien avec la problématique de cette recherche ont été soumis à des revues scientifiques, et un quatrième est en cours d'écriture. Un numéro de revue thématique coordonné par les trois rédactrices du rapport scientifique sur les conditions de travail a été accepté et sera publié en mars 2024. Un projet d'ouvrage issu de ce rapport scientifique est en cours de remaniement et sera soumis à l'éditeur Presses Universitaires du Septentrion (PUS) fin 2023, dans le cadre de sa collection Regards sociologiques.

Les éléments récoltés dans le cadre du projet CollSol-EHPAD ont aussi raisonné avec d'autres projets, qui ont été valorisés sous forme de 5 articles.

Les résultats de cette recherche ont par ailleurs été présentés lors de séminaires (séminaire de recherche de l'axe 2 du Laboratoire Clersé de l'Université de Lille en novembre 2021, séminaire de recherche TRANSFO de l'Université Libre de Bruxelles en décembre 2021, séminaire Sète du Laboratoire Clersé en avril 2022), d'une journée d'études (2 présentations à la journée d'étude sur « les directeurs et cadres d'établissements sociaux et médico-sociaux face aux régulations publiques », organisée par le laboratoire LABERS de Université de Brest Occidentale en mars 2022) et de congrès (deux présentations au Congrès de l'Association Française de Sociologie en juillet 2023, une présentation lors de la 7<sup>e</sup> rencontre de la CNSA « Recherche et Innovation » en novembre 2023).

### 5.3.2 Diffusion des résultats auprès des professionnels du secteur

Une présentation des premiers résultats de notre recherche auprès des professionnels du secteur a déjà été organisée en février 2023 auprès du Comité de pilotage « Personnes âgées » d'un groupe gestionnaire d'EHPAD privés à but non lucratif. Nous y avons présenté les

principaux résultats de notre article sur les déterminants de la charge émotionnelle. Cet article a par ailleurs été envoyé à deux directeurs d'EHPAD en ayant fait la demande.

Afin de favoriser la diffusion des résultats auprès des professionnels du secteur, nous avons prévu d'envoyer un exemplaire du rapport scientifique et des synthèses à chaque enquêté ayant accepté de réaliser un ou plusieurs entretiens. Nous contacterons également les différents acteurs qui ont relayés le questionnaire en ligne pour les informer de la publication de nos résultats (fédérations professionnelles, observatoires de santé, URIOPSS, fédérations syndicales etc.).

Une journée de restitution sera par ailleurs organisée en ligne : nous y invitons les directeurs des établissements enquêtés mais aussi les ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et Hauts-de-France. Nous envisageons également une action de communication des principaux résultats sur le réseau LinkedIn, avec un lien vers les synthèses et le rapport. Nous nous interrogeons encore sur les moyens de présenter nos résultats aux travailleurs non encadrants.

## Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé.

CFDT : Confédération française démocratique du travail.

CGT : Confédération générale du travail.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique.

Dares : Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques.

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

EHPA : Enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires.

FFIDEC : Fédération française des infirmières diplômées d'Etat coordinatrices.

FHF : Fédération Hospitalière de France.

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaire et Sociaux.

FNADEPA : Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées.

IDEC : Infirmier diplômé d'Etat coordinateur.

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques.

RGPD : Règlement général sur la protection des données.

Synerpa : Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées.

URIOPSS : Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux.

## Bibliographie

Abrahamson K., Jill Suitor J., Pillemer K., 2009, « Conflict between nursing home staff et residents' families: Does it increase burnout? », *Journal of Aging et Health*, vol. 21, n°6, p. 895-912.

AbuAlRub R. F., Alghamdi M. G., 2012, « The impact of leadership styles on nurses' satisfaction and intention to stay among Saudi nurses », *Journal of Nursing Management*, vol. 20, n°5, p. 668-78.

Anap/Cnsa, 2013, *Le secteur médico-social*.

Aquino J.-P., Fontaine D., Hérault T. *et al.*, 2009, « Médecins généralistes libéraux et médecins coordonnateurs en EHPAD : des réponses de proximité pour une prise en charge au long cours », *La lettre de l'observation des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer*, n°12.

Arborio A-M., 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Economica.

Aubry F., 2010, « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*.

Balavoine A., 2022, « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Études et résultats*, n° 1237, juillet.

Bazin M., Muller M., 2018, « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Études et Résultats*, n°1067.

Benallah S., Domin J-P., 2017a, « Intensité et pénibilités du travail à l'hôpital », *Travail et Emploi*, n°152, p. 5-31.

Benallah S., Domin J-P., 2017b, « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », *La Revue de l'Ires*, vol. 1-2 (n° 91-92), p. 155-183.

Bergman A., Song H., David G. *et al.*, 2022, « The Role of Schedule Volatility in Home Health Nursing Turnover », *Medical Care Research and Review*, vol. 79, n°3, p.382-393.

Billaud S., Xing J., 2016, « “On n’est pas si mauvaises !” Les arrangements des aides-soignantes en établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS*.

Blanco-Donoso L., Moreno-Jiménez J., Amutio A. *et al.*, 2021, « Stressors, Job Resources, Fear of Contagion, et Secondary Traumatic Stress Among Nursing Home Workers in Face of the COVID-19: The Case of Spain », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 30, n°3, p.244-256.

Bloch M-A., Hénaut L., 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod.

Bourdaire-Mignot C., Gründler T., 2022, « Accès aux soins : l’âge comme critère d’exclusion : Les pleins et les déliés des recommandations éthiques au temps du Covid », *Retraite et société*, n°88, p.117-143.

Bourdieu P., 1992, *Les règles de l’art. Genèse et structure du champ littéraire*, Editions du Seuil.

Brannon D., Barry T., Kemper P., Schreiner A., Vasey J., 2007, « Job Perceptions and Intent to Leave Among Direct Care Workers: Evidence From the Better Jobs Better Care Demonstrations », *The Gerontologist*, vol. 47, n°6, p. 820–829.

Bratt C., Gautun H., 2018, « Should I stay or should I go? Nurses' wishes to leave nursing homes and home nursing », *Journal of Nursing Management*, vol. 26, n°8, p. 1074-1082.

Bué J., Coutrot T., Guignon N. *et al.*, 2008, « Les facteurs de risques psychosociaux au travail : une approche quantitative par l’enquête Sumer », *Revue française des affaires sociales*, n°2, p.45-70.

Camerino D., Conway P. M., Van der Heijden B. I. *et al.*, 2006, « Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 56, n°5, p. 542-52.

Caradec V., 2012, « Vieillir après la retraite, une expérience genrée. Les apports d’une recherche sur le veuvage », *SociologieS*.

Castle N., Engberg J., 2006, « Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes », *The Gerontologist*, vol. 46, n°1, p. 62-73.

Castle N., Engberg J., 2008, « The Influence of Agency Staffing on Quality of Care in Nursing Homes », *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 20, n°4, p. 437-457.

Chamberlain S., Gruneir A., Hoben M. *et al.*, 2017, « Influence of organizational context on nursing home staff burnout: Across-sectional survey of care aides in Western Canada », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 71, p.60-69.

Chanvril-Ligneel F., Hay V-L., 2014, *Méthodes statistiques pour les sciences sociales*, Ellipses Marketing.

Chao S. F., Lu P. C., 2020, «Differences in determinants of intention to stay and retention between younger and older nursing assistants in long-term care facilities: A longitudinal perspective », *Journal of Nursing Management*, vol. 28, n°3, p. 522-531.

Chenal M., Jolidon P., Laurent T. *et al.*, 2016, « Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Études et Recherches*, Drees.

Cnom, 2023, *Atlas de la démographie médicale en France*.

Cognet M., 2010, « Genre et ethnicité dans la division du travail en santé : la responsabilité politique des États », *L'Homme & la Société*, vol. 2-3, n°176-177, p. 101-29.

Cohen-Mansfield J., 1997, « Turnover among nursing home staff. A review », *Nursing Management*, vol. 28, n°5, p. 59-64.

Costello H., Walsh S., Cooper C. *et al.*, 2019, « A systematic review et meta-analysis of the prevalence et associations of stress et burnout among staff in long-term care facilities for people with dementia », *International Psychogeriatrics*, vol. 31, n°8, p.1203-1216.

Cour des comptes, 2022, *Rapport public annuel*, février.

Coutrot T., 2018, « Travail et bien-être psychologique », *Document d'études*, n°2017.

Darawad M-W., Nawafleh H., Maharmeh M. *et al.*, 2015, « The relationship between time pressure and burnout syndrome: A cross-sectional survey among Jordanian nurses», *Health*, vol. 7, n°01, p. 14.

Dares, 2021, « Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail », *Synthèse-Stat'*, n°37.

Défenseur des droits, 2023, *Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD*.

Défenseur des droits, 2021, *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*.

Dill J. S., Morgan J. C., Kalleberg A. L., 2012, « Making 'Bad Jobs' Better: The Case of Frontline Healthcare Workers », in Warhurst C., Carré F., Findlay P., et Tilly C. (ed.), *Are Bad Jobs Inevitable? Trends, Determinants and Responses to Job Quality in the Twenty-first Century*, Palgrave.

Divay S., 2010, « Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l'“absentéisme” dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, vol. 77, n°1, p. 87-109.

Drees, 2021a, « En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19 », *Etudes et résultats*, n°1196.

Drees, 2021b, « La vaccination contre la Covid-19 en Ehpad et son effet sur la contamination des résidents », *Les dossiers de la Drees*, n°86.

El Khomri M., 2019, *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*, Ministère des solidarités et de la santé.

Ellenbecker C. H., Samia L., Cushman M. J. *et al.*, 2007, « Employer retention strategies and their effect on nurses' job satisfaction and intent to stay », *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 26, n°1, p. 43-58.

Eltaybani S., Noguchi-Watanabe M., Igarashi A. *et al.*, 2018, « Factors related to intention to stay in the current workplace among long-term care nurses: A nationwide survey », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 80, p. 118-127.

Ettouati S., 2011, « Les mouvements de main-d'œuvre en 2010 : une forte hausse du taux de rotation accompagne la reprise de l'emploi », *Dares analyses*, n°73.



Fournier C., Michel L., Morize N. *et al.*, 2021, « Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques de coordination territoriale », *Questions d'économie de la santé*, vol. 260, n°8.

France Stratégie, Dares, 2022, *Les Métiers en 2030*.

Francis-Felsen L. C., Coward R. T., Hogan T. L. *et al.*, 1996, « Factors Influencing Intentions of Nursing Personnel to Leave Employment in Long-Term Care Settings », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 15, n°4, p. 450-470.

Gallego-Alberto L., Losada A., Vara C. *et al.*, 2018, « Psychosocial Predictors of Anxiety in Nursing Home Staff », *Clinical gerontologist*, vol. 41, n°4, p.282-292.

Giraud O., Outin J. L., Rist B., 2019, Numéro de janvier-mars 2019 de la « Revue française des affaires sociales », *Revue française des affaires sociales*, janvier-mars.

Guérin L., 2016, « “Faire manger” et “jouer le jeu de la convivialité” en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas », *Sociologies*.

Hoedl M., Thonhofer N., Schoberer D., 2022, « COVID-19 pandemic: Burdens on and consequences for nursing home staff », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 78, n°8, p.2495-2506.

Hochschild A., 2012 [1983], *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press, Berkeley.

Iaconi A., Duan Y., Tate K. *et al.*, 2022, « Nursing Home Managers High Risk of Burnout », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 23, n°1, p.173-175.

Iborra M., Fiat C., 2018, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les EHPAD*, n°769.

Johnson E.K., 2023, « The costs of care: An ethnography of care work in residential homes for older people », *Sociology of Health & Illness*, vol. 45, n°1, p.54-69.

Johnson E.K., 2015, « The business of care: the moral labour of care workers », *Sociology of Health & Illness*, vol. 37, n°1, p.112-126.

Kalleberg A. L., 2011, *Good Jobs, Bad Jobs: The Rise of Polarized and Precarious Employment Systems in the United States, 1970s-2000s*, Russell Sage Foundation.

Kalleberg A. L., 2012, « Job Quality and Precarious Work: Clarifications, Controversies, and Challenges », *Work and Occupations*, vol. 39, n°4, p. 427-448.

Kandelman N., Mazars T., Levy A., 2018, « Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes », *Journal of clinical nursing*, vol. 27, n°1-2, p.147-153.

Karasek R., Theorell T., 1990, *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York.

Karsh B., Booske B. C., Sainfort F., 2005, « Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover », *Ergonomics*, vol. 48, n°10, p. 1260-1281.

Kennedy K. A., Mohr D. C., 2023, « Job Characteristics Associated With Intent to Quit Among Nursing Home Employees and Managers », *The Gerontologist*, vol. 63, n°1, p. 108-119.

Khiredine I., Lemaître A., Homère J. *et al.*, 2015, « La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 23, p. 431-438.

King D., Wei Z., Howe A., 2013, « Work satisfaction and intention to leave among direct care workers in community and residential aged care in Australia », *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 25, n°4, p. 301-19.

Letvak S., Buck R., 2008, Factors Influencing Work Productivity and Intent to Stay in Nursing, *Nursing Economics*, vol. 26, n°3, p. 159-165.

Lien C. Y., 2023, « Temp nurses go digital: Examining gig care in US nursing homes », *Sociology of Health & Illness*, vol. 45, n°3, p. 542-559.

Loffeier I., 2015, « La “norme de sollicitude” jusqu’à l’oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite », *SociologieS*.

Longchamp P., Toffel K., Bühlmann F. *et al.*, 2020, *L’espace infirmier. Visions et divisions d’une profession*, Éditions Livreo-Alphil.

Longchamp P., Toffel K., Bühlmann F., *et al.*, 2018, « L'espace professionnel infirmier : une analyse à partir du cas de la Suisse romande », *Revue française de sociologie*, n°2, p. 219-258.

Longchamp P., Toffel K., Bühlmann F. *et al.*, 2016, « De la sociologie de l'innovation à l'imagination sociologique. La théorie des champs à l'épreuve de la profession infirmière », *Les Cahiers de recherche sociologique*, vol. 59-60, p. 135-156.

Lopez S.H., 2006, « Emotional labor and organized emotional care: Conceptualizing nursing home care work », *Work and Occupations*, vol. 33, n°2, p.133-160.

Lum L., Kervin J., Clark K. *et al.*, 1998, « Explaining Nursing Turnover Intent: Job Satisfaction, Pay Satisfaction, or Organizational Commitment? », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 19, n°3, p. 305-20.

Mallon I., 2004, *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*, PU Rennes.

March C., 2011, *The Relationship Between Stressors and Intent to Leave Nursing Homes Among Directors of Nursing*, College of Social and Behavioral Sciences.

Marquier R., Vroylandt T., Chenal M. *et al.*, 2016, « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la DREES*, vol. 5, p. 31.

Martin C., Ramos-Gorand M., 2017, « Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local et du salaire », *Économie et Statistique*, n°493.

Martínez-López J.Á., Lázaro-Pérez C., Gómez-Galán J., 2021, « Burnout among direct-Care Workers in Nursing Homes during the COVID-19 pandemic in Spain: A preventive and educational focus for sustainable workplaces », *Sustainability*, vol. 13, n°5, p. 2782.

Maslach C., Jackson S.E., 1981, « The measurement of experienced burnout », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 2, n°2, p.99-113.

McGilton K. S., Boscart V. M., Brown M. *et al.*, 2014, « Making tradeoffs between the reasons to leave and reasons to stay employed in long-term care homes: perspectives of licensed nursing staff. », *International journal of nursing studies*, vol. 51, n°6, p. 917-26.

Membrive-Jiménez M.J., Pradas-Hernández L., Suleiman-Martos N. *et al.*, 2020, « Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review et Meta-Analysis of Related Factors, Levels et Prevalence », *International journal of environmental research and public health*, vol. 17, n°11, p. 3983.

Micheau J., Molière E., 2014, *Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmières et infirmiers du secteur hospitalier*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Série Études et recherches, vol. 132, p. 34.

Min D., Cho E., Kim G. S. *et al.*, 2022, « Factors associated with retention intention of Registered Nurses in Korean nursing homes », *International Nursing Review*, vol. 69, p. 459-469.

Miron de l'Espinay A., Pinel L., 2021, « La vaccination contre la Covid-19 en Ehpad et son effet sur la contamination des résidents », *Les dossiers de la Drees*, n°86, novembre.

Montgomery C.M., Humphreys S., McCulloch C. *et al.*, 2021, « Critical care work during COVID-19: a qualitative study of staff experiences in the UK », *BMJ Open*, vol. 11, n°5.

Mougeot F., 2019, *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*, Toulouse, Erès, coll. Clinique du travail.

Nirello L., Delouette I., 2020, « Dans les Ehpad, la crise du Covid-19 révèle les effets délétères des politiques d'austérité », *The Conversation*.

Nyashanu M., Pfende F., Ekpenyong M.S., 2022, « Triggers of mental health problems among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic in private care homes and domiciliary care agencies: Lived experiences of care workers in the Midlands region », *UK. Health & social care in the community*, vol. 30, p.370-376.

Organisation de coopération et de développement économiques, 2011, « Bon pour le poste : surqualifié ou insuffisamment compétent ? », *Perspectives de l'emploi*, p. 213-262.

Opco Santé, 2022, *Besoins en recrutement, Rapport quantitatif*.

Paraire X., 2012, « Les mouvements de main-d'œuvre en 2011 : une rotation élevée dans le tertiaire », *Dares analyses*, n°56.

Pierru F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, Lectures, coll. Les livres.

Pinaud M., 2004, *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social*, Conseil économique et social.

Plault M., Xing-Bongioanni J., 2022, « Regard critique sur la réforme de la formation des aides-soignantes : le cas des Ehpad », *Soins Cadres*, vol. 31, n°140, p. 14-16. DOI : 10.1016/j.scad.2022.11.005.

Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie, 2021, *Étude des questions relatives aux confinements, aux fins de vie et à la mort dans les Ehpad lors de la première vague de l'épidémie Covid-19 en France. Rapport final COVIDEHPAD*.

Quéméner G., De Bosscher S., Afonso-Pires C., *et al.*, 2023, « L'effet du sens du travail sur l'intention de quitter des personnels soignants en EHPAD. Quel impact de la satisfaction au travail et de la charge de travail ? », *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 29, n°1, p. 1-13.

Ramarajan L., Barsade S. G., Burack O. R., 2008, « The influence of organizational respect on emotional exhaustion in the human services », *The Journal of Positive Psychology*, vol. 3, n°1, p.4-18.

Reynaud F., 2020, « Le taux d'encadrement dans les Ehpad. Ses déterminants et ses alternatives », *Les dossiers de la Drees*, n°68.

Robelet M., 2007, « La métamorphose inachevée du clinicien en gestionnaire : le médecin coordonnateur en maison de retraite », *Revue Sociologie Santé*, n°27, p. 131-152

Rodriguez J., 2014, *Labors of Love: Nursing Homes and the Structures of Care Work*, New York University Press, New York.

Roux N., 2017, *Un emploi discontinu soutenable ? Trajectoires sociales de saisonniers agricoles et d'artistes du spectacle*, thèse de doctorat en sociologie, Conservatoire national des arts et métiers - CNAM.

Sainsaulieu I., 2012, « La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? », *Revue française de sociologie*, n°3, p. 461-492.

Sibille R., Joël M-È., 2016, « Les directeurs d'EHPAD : contraintes, marges de manœuvre et diversité des pratiques », *Revue française des affaires sociales*, n°4, p. 285-306.

Simons K. V., Jankowski T. B., 2007, « Factors Influencing Nursing Home Social Workers' Intentions to Quit Employment », *Administration in Social Work*, vol. 32, n°1, p. 5-21.

Steinmetz S., Vries D. H., Tijdens K. G., 2014, « Should I stay or should I go? The impact of working time and wages on retention in the health workforce », *Human Resources for Health*, vol. 12, n°23.

Theodosius C., 2008, *Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing*, Routledge.

Trépied V., 2016, « Solitude en EHPAD : L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, vol. 38, n°1, p. 91-104.

Trybou J., Malfait S., Gemmel P. et al., 2015, « Nursing staff and their team: Impact on intention to leave », *International Nursing Review*, vol. 62, n°4, p. 489-96.

Tutz G., Berger M., 2022, « Sparser Ordinal Regression Models Based on Parametric et Additive Location-Shift Approaches », *International Statistical Review*, vol. 90, p.306-327.

Tutz G., Berger M., 2017, « Separating location and dispersion in ordinal regression models », *Econometrics and Statistics*, vol. 2, p. 131-148.

Van der Molen M., Brown P., 2021, « Following Dutch healthcare professionals' experiences during COVID-19: Tensions in everyday practices and policies amid shifting uncertainties », *Current Sociology*, vol. 69, n°4, p. 453-470.

Vermeerbergen L., Pulignano V., Domecka M. et al., 2021, « Working hard for the ones you love et care for under COVID-19 physical distancing », *Work, Employment et Society*, vol. 35, n°6, p.1144-1154.

Wang L., Tao H., Ellenbecker C. H. et al., 2012, « Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: a cross-sectional questionnaire survey », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 68, n°3, p. 539-49.

Weber F., Trabut L., Billaud S., 2014, *Le salaire de la confiance : l'aide à domicile aujourd'hui*, Éditions Rue d'Ulm.

Weber M., Vérollet Y., 2011, « La dépendance des personnes âgées, Conseil économique, social et environnemental », *Les avis du Conseil Economique, Social et Environnemental*, juin.

Wendsche J., Hacker W., Wegge J. *et al.*, 2016, « High Job Demands and Low Job Control Increase Nurses' Professional Leaving Intentions: The Role of Care Setting and Profit Orientation », *Research in Nursing & Health*, vol. 39, n°5, p. 353-63.

Williamson C. R., 2015, « The Relationship Between Stressors and Intent to Leave Nursing Homes Among Directors of Nursing », *Journal of Social Change*, vol. 7, n°1, p. 83-93.

Xing J., 2018, *Dynamiques des groupes professionnels et new public management : l'introduction des instruments d'action publique dans la tarification des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*, thèse de doctorat, Paris Sciences et Lettres (ComUE).

Yeatts D.E., Seckin G., Shen Y. *et al.*, 2018, « Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 27, n°19–20, p. 3652-3665.

Zhang Z., Wang S., Yao N. *et al.*, 2020, « Turnover Intention Among Direct Care Workers of Older Adults in Chinese Hospitals and Nursing Homes », *Innovation in Aging*, vol. 4(Suppl 1), n°86.

Zinn J.O., 2021, « Conclusions: Towards a sociology of pandemics and beyond », *Current Sociology*, vol. 69, n°4, p. 603–617.