



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Professeur Eric GALAM

## **DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 26 novembre 2021

Par

**Silvanise CABERIA**

**ETAT DE SANTE AU TRAVAIL DES  
AIDES-SOIGNANTES ET FAISANT FONCTION  
D'AIDES-SOIGNANTES  
EXERÇANT EN EHPAD : *Entretiens avec celles qui prennent  
soin de nos aînés... mais qui prend soin d'elles?***

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année 2021

**ETAT DE SANTE AU TRAVAIL DES AIDES-SOIGNANTES ET  
FAISANT FONCTION D'AIDE-SOIGNANTES EXERÇANT EN EHPAD : *Entretiens avec celles  
qui prennent soin de nos aînés...mais qui prend soin d'elles?***

***Résumé***

La crise sanitaire de la COVID-19 a bouleversé le secteur de la santé. Elle a eu un impact sur tous les soignants, mais également sur leur état de santé, sur leur pratique professionnelle et leur vie personnelle. Dans les structures comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les soignants notamment les aides-soignantes et les faisant-fonction d'aides-soignantes (AMP, AVS, ASS) ont vu leur charge de travail, physique et émotionnelle, augmenter de manière significative. L'objectif de ce mémoire est de faire le point sur l'état de santé au travail de ces « soignantes de proximité » qui exercent en EHPAD.

**Méthode** : Etude qualitative, via des entretiens anonymes, semi-directifs et auprès d'Aides-Soignantes Diplômées d'Etat et de Faisant-Fonction d'Aide-soignantes exerçant dans 3 EHPAD situés dans le Département des Yvelines. Soit au total 12 soignantes, dont : 5 Aides-Soignantes, 2 Aides Médico-Psychologiques, 2 Auxiliaires de Vie Sociale et 3 Agents de Service Soins.

**Résultats** : La totalité de l'échantillon est représenté par la gente féminine et par son récit, met en lumière les facteurs de risque qui peuvent mener à l'épuisement compassionnel. En effet, sur une journée type de travail, « les Soignantes de Proximité » représentent le personnel ayant, le plus d'interactions et le plus de temps de présence auprès du résident. Leur implication dans le travail, notamment, dans les Activités de la Vie Quotidienne, les accompagnements, le « timing » imposé par l'institution, leur dévouement aux résidents et à leur entourage, leur congruence ...etc, montre combien leur travail est éprouvant. Malgré la charge de travail difficile, « les soignantes de proximité » ont pu faire face à la crise sanitaire grâce au soutien collectif (employeurs et collègues). Elles sont conscientes que leur rôle est indispensable dans la prise en soin des pensionnaires et estiment que leur travail n'est pas assez reconnu et ce autant sur le plan humain que sur le plan des salaires. Plus de la moitié des soignantes souhaite entreprendre une formation pour valider ou développer leurs compétences, mais se heurte aux difficultés liées au niveau d'exigence nécessaire pour suivre la formation. Peu de soignantes ont une activité « loisir » régulière car, elles n'auraient pas assez de temps et concilier vie professionnelle et vie privée est compliquée. Il est à noter une méconnaissance des dispositifs d'entraide.

**Conclusion** : Les « Soignantes de Proximité » jouent souvent le rôle de « soupape », de « modératrices » dans les échanges inter-relationnels. Cette catégorie de professionnelles souvent en situation de précarité mérite une attention particulière. La mise en place de groupes de parole au sein des équipes, l'accompagnement systématique de celle-ci et aider au déploiement en terme de communication sur les dispositifs d'entraide me semble nécessaire. Les accompagner dans leur processus de formation et veiller à leur Qualité de Vie au Travail permettra leur propre épanouissement et garantira des soins de qualité.

**Mots clés** : Aide-soignante - Faisant fonction d'Aide-soignante - Soignant de proximité - EHPAD - Challenge - Epuisement compassionnel - Vulnérabilité - Fragilité - Précarité - Soutien - Reconnaissance - Formation

# OCCUPATIONAL HEALTH STATUS OF NURSES' AIDES AND ORDERLIES WORKING IN NURSING HOMES : Interviews with those who take care of our seniors...but who takes care of them?

## ***Abstract***

The COVID-19 health crisis has shaken up the health sector. It has had an impact on all caregivers, but also on their state of health, their professional practice and their personal lives. In facilities such as residential care facilities for the elderly (EHPAD), caregivers, particularly care assistants and care assistant assistants (AMP, AVS, ASS), have seen their physical and emotional workload increase significantly. The objective of this dissertation is to take stock of the state of health at work of these "proximity caregivers" who work in EHPAD.

**Method:** Qualitative study, via anonymous, semi-directive interviews with state-qualified nursing assistants and nursing assistant assistants working in 3 EHPADs located in the Yvelines department. A total of 12 caregivers, including: 5 Nurses' Aides, 2 Medical-Psychological Aides, 2 Social Life Assistants and 3 Care Service Agents.

**Results:** The entire sample was represented by women and their stories highlight the risk factors that can lead to compassionate burnout. In fact, on a typical work day, the "Proximity Caregivers" represent the staff with the most interactions and the most time spent with the resident. Their involvement in the work, especially in the Activities of Daily Living, accompaniments, the "timing" imposed by the institution, their devotion to the residents and their entourage, their congruence, etc., shows how tiring their work is. Despite the difficult workload, the "proximity caregivers" were able to face the health crisis thanks to the collective support (employers and colleagues). They are aware that their role is indispensable in the care of residents and feel that their work is not sufficiently recognized, both in human terms and in terms of salary. More than half of the caregivers would like to undertake training to validate or develop their skills, but are faced with difficulties related to the level of requirements needed to take the training. Few caregivers have a regular "leisure" activity because they do not have enough time and reconciling work and private life is complicated. There is a lack of awareness of mutual aid mechanisms.

**Conclusion:** The "Caregivers of Proximity" often play the role of "valve", of "moderators" in the inter-relational exchanges. This category of professionals, often in precarious situations, deserves special attention. The setting up of discussion groups within the teams, the systematic accompaniment of the latter and help in the deployment in terms of communication on the mutual aid mechanisms seems to me necessary. Accompanying them in their training process and ensuring their Quality of Life at Work will allow their own development and will guarantee quality care.

**Key words :** Care assistant - Care worker - EHPAD - Challenge - Compassionate exhaustion - Vulnerability - Fragility - Precariousness - Support - Recognition - Training

*« Dès 7 heures rentrent et sortent de votre chambre de très nombreuses personnes toutes, presque toutes, chaleureuses, attentives, dévouées, mais quelle organisation! »*

Jean de Kervasdoué, Ancien Directeur des Hôpitaux au Ministère de la Santé

## **INTRODUCTION**

La pandémie a été le détonateur qui a mis en lumière les limites de notre système de santé et révélé un quotidien professionnel évoluant déjà à flux tendu.

Depuis le début de la crise sanitaire liée à la COVID-19, le personnel soignant exerçant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), comme d'autres, oeuvrent en qualité de personnel de soins de première ligne. Comme le précise l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « Les personnes âgées et celles qui ont d'autres problèmes de santé, tels qu'une maladie cardiovasculaire, un diabète, une maladie respiratoire chronique ou un cancer, ont le plus de risque de présenter une forme grave »(1).

Dans un article publié le 03 décembre 2020 et paru dans le journal « Le Monde », il est noté que les résidents d'EHPAD, représentent 44% des morts de la Covid-19 (2).

Aussi, la mise en place de restrictions, de protocoles, de conduites à tenir au sein des structures de soins ont été nécessaires pour les patients et les soignants. Cela a eu des répercussions sur le mode de pratique des équipes et a mis à rude épreuve leur résilience. Malgré cela, les soignants ont pu s'adapter. Ainsi, le modèle conceptuel d'adaptation soutenu par Calista Roy (3) permet de comprendre en parti ce processus.

Au plus fort de cette situation de crise, les soignants ont donné le meilleur d'eux-mêmes. Dans son ouvrage publié en 1997, Aguilera applique son modèle conceptuel de « l'intervention en situation de crise » dans différentes conditions sous formes d'étude de cas et explique comment une situation de crise peut être perçue comme un défi par un individu et qui trouverait alors, la force, la capacité d'agir pour gérer celle-ci et ce grâce au soutien extérieur (4).

Donner la parole aux soignants exerçant en EHPAD prend alors tout son sens, mais surtout, donner la parole aux soignants les plus proches et passant le plus de temps avec les résidents est capital. En effet, ces soignants que nous nommerons « soignants de proximité » (SP), tels que : les aides-

soignant(e)s (AS) et les faisant fonctions d'aides-soignant(e)s (FFAS), cette main d'oeuvre qui se lance à corps et âme dans la prise en soins des résidents est encore et trop souvent oubliée.

Depuis quelques décennies, il est observé un phénomène d'admissions en institution se faisant de plus en plus tardive, ainsi qu'un profil de résidents d'EHPAD de plus en plus âgés et présentant un niveau de dépendance plus élevé. Marquier et al (2016) montrent que l'évolution des profils des pensionnaires d'EHPAD bouleverse les conditions de travail des soignants, à savoir, des conditions de travail difficiles physiquement et psychologiquement. Cette surcharge de travail a une action sur leur qualité de vie au travail et par la même, des conséquences sur leur état de santé au travail (5).

## **CONTEXTE**

### **La structure**

Les EHPAD, sont des lieux de vie pour les personnes âgées dépendantes en perte d'autonomie (physique et/ou mentale), qui assurent un cadre de vie plus sûr et serein et où la sécurité du résident est renforcée (5).

A partir des informations issues des éditions 2011 et 2015 de l'enquête auprès d'Etablissement pour Personnes Agées (EHPA) de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), il a été établi le rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans les établissements. En effet, le taux d'encadrement est différent entre les EHPAD, selon leur propre statut juridique, la dépendance moyenne et les besoins en soins médico-techniques des résidents. A cela s'ajoutent d'autres facteurs qui n'entrent pas dans le financement des soins et qui peuvent influencer le taux d'encadrement ces établissements, notamment lorsque ces derniers font appel à des sous-traitants. Il est souligné également que le taux d'encadrement de ce type de structure, varie selon le pôle urbain dans lequel il s'inscrit et qu'il est plus faible dans les EHPAD du secteur privé que ceux du secteur public .

Dans l'enquête EHPA 2015, il est montré que la majorité du personnel des EHPAD est composée du personnel soignant (Infirmiers, Aide-Soignants(AS), Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) et Aides Médico-Psychologiques (AMP)) soit 52% des ETP. Les AS représentent 33% des ETP et le taux des ETP AVS/AMP confondus s'élève quant à lui à 8%. Il est noté également que la seconde catégorie de personnel la plus représentative est celle des Agent de Service Hospitalier (ASH) dont le taux des ETP se hisse à 25% (6).

## **Les Soignants de Proximité (SP)**

### **a) L'Aide-Soignante**

Selon l'OMS, « l'AS dispense, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier(e) en collaboration avec lui et sous sa responsabilité des soins de prévention, de maintien, de relation et d'éducation de la santé pour préserver et restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne » conformément aux articles R. 4311-3 à R.4311-5 du code de la santé publique.

L'article 2 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, stipule, que la formation est ouverte dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 avril 2020 modifié susvisé, que sa durée totale est de 1540 heures organisées en cours théoriques de 770 heures et de cours pratiques de 770 heures soit une formation de 44 semaines et qu'elle se prépare dans un Institut de Formation d'Aides-Soignants. Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'acquis de l'expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.(7)

La réingénierie en cours du diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS) vise à adapter cette formation à l'évolution des besoins des patients et du système . En conformité avec la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, le référentiel de formation est structuré en blocs de compétences et domaines d'activité et devra être enregistré au RNCP. Le nouveau diplôme d'aide-soignant sera porté au niveau IV (baccalauréat)(8).

### **b) Les Faisant Fonction d'Aides-Soignantes**

« Dans le monde du travail, « faire fonction » peut se définir comme l'exercice régulier des fonctions professionnelles habituellement associées à un titre, alors qu'on ne détient pas ce titre. A la différence d'un simple « glissement de tâches », faire fonction conduit à prendre en charge le rôle entier d'une profession et dans un cadre institutionnel.(9)

A titre d'idée, l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) a dressé une « cartographie des métiers » spécial EHPAD de la Région Nouvelle-Aquitaine. Apparaît alors un taux de FFAS à 16%(10). Cependant, il se pourrait que les taux de FFAS en EHPAD soient plus important que ceux annoncés.

## **- L'Aide Médico-Psychologique**

L'AMP assure l'accompagnement de personnes dépendantes, handicapées ou âgées, dans un souci de stimulation de l'individu (éveil, communication, échanges, etc.) et d'adaptation de la réponse aux besoins de la personne selon ses désirs. Au sein d'un EHPAD, l'aide médico-psychologique accompagne essentiellement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, les assistant également dans les actes de la vie quotidienne.

Selon l'arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'État d'aide Médico-Psychologique (DEAMP), celui-ci est accessible sans le baccalauréat et délivré à l'issue d'une formation dispensée, de manière continue ou discontinue, sur une amplitude de 12 à 24 mois. Elle comporte 495 heures d'enseignement théorique et 840 heures de formation pratique soit un total de 1335 heures. Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

## **- L'Auxiliaire de Vie Sociale**

L'AVS est un professionnel formé pour accompagner les personnes en difficulté de vie ou en difficulté sociale (personnes âgées, malades ou handicapées) dans les activités de la vie quotidienne et sociale.

Selon l'arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), celui-ci est ouvert à tous les candidats âgés d'au moins 18 ans et délivré à l'issue d'une formation d'une amplitude de 9 à 36 mois qui comporte 504 heures d'enseignement théorique et 560 heures de formation pratique, soit un total de 1064 heures. Le diplôme peut également être obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). Il s'agit d'un diplôme de niveau V.

Depuis 2016, les arrêtés et décrets relatifs au DEAMP et au DEAVS ont été abrogés et remplacés par un diplôme unique : le Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES) par arrêté du 29 janvier 2016, puis abrogé par l'arrêté du 30 août 2021. Le métier d'Accompagnant Educatif et Social ne sera pas abordé, car celui-ci n'apparaît pas dans l'échantillon.

## **- L'Agent de Service Hospitalier (ASH) ou Agent de Service Soins (ASS)**

L'Agent de Service Hospitalier ou Agent de Service a pour fonction de veiller au bien-être des résidents en assurant le confort de leur environnement et ce principalement à travers l'entretien de l'établissement (parties collectives, chambres, lits, ...). Côtéant les résidents, il peut également être amené à les aider (appui pour boire, aide au lever, ...) ou alerter le personnel compétent en cas de besoin. Il n'existe pas de formation dédiée.

L'Agent de Service Soins fait référence à un ASH qui est autorisé et sous-couvert à prodiguer des soins tels que le nursing.

Face aux difficultés de recrutement d'AS en EHPAD et encore plus depuis la crise sanitaire, certaines administrations se voient dans l'obligation d'embaucher des salariés peu qualifiés et/ou inexpérimentés dans les soins de base et l'accompagnement de la personne âgée. Le glissement et le partage des tâches qui se fait entre ces catégories de professionnelles (AS - FFAS) rend difficile la distinction des rôles et des fonctions de chacun et ce jusqu'à les confondre dans leur pratique (11).

Une prise en soins optimale de la personne âgée nécessite : un « savoir », un « savoir-faire » et un « savoir-être ». C'est ce dernier qui permettra d'accompagner au mieux le résident et son entourage.

Pour Carl ROGERS, « la relation d'aide » est une des formes de la relation interpersonnelle ayant pour vocation de favoriser chez l'autre, la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses propres ressources »(12). Se dessine alors la posture de l'aidant qui s'appuie sur plusieurs concepts :

- La présence
- L'écoute active
- L'authenticité
- La compréhension du cadre de référence de l'autre
- La congruence
- L'acceptation de l'autre
- L'empathie



## **Les SP : des soignants en situation de précarité**

Certains soignants se trouvent en situation de précarité, et spécifiquement, ceux ayant peu de qualification, recevant les revenus les plus modestes et multipliant les contrats de travail précaires (Contrat Aidé, Contrat à Durée Déterminée, Mission etc...).

Le Conseil économique et social définit « la précarité » comme étant un processus d'insécurité dans un ou plusieurs domaines notamment celui de l'emploi, de la santé, de l'habitat, de l'éducation etc... La précarité conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence. Cette notion d'insécurité plonge alors le sujet dans « une incertitude ».

A titre d'exemple, l'incertitude liée à emploi est plus importante que le statut de l'emploi lui-même et renvoie au vécu subjectif de celle-ci. Les normes liées au travail sont changeantes et les individus doivent trouver en eux-mêmes les ressources pour s'y adapter. Être en santé est un processus qui nécessite une dynamique, de la mobilité pour acquérir et maintenir le bien-être physique, psychique et social. Cependant, pour les personnes en situation de précarité, la santé est une préoccupation secondaire.(12)

Il est à savoir que le Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024 prévoit de grands changements pour nos soignants exerçant en gériatrie.

## **La personnes âgée, notion de : vieillissement, vulnérabilité, fragilité**

Le vieillissement : Pour l'OMS, les modifications qui le constituent et l'influencent sont complexes. Sur le plan biologique, il est associé à l'accumulation de lésions moléculaires et cellulaires qui conduisent à une réduction progressive des ressources physiologiques, à un risque accru de diverses maladies, et à une diminution générale des capacités de l'individu. Cependant, le mécanisme du vieillissement est aléatoire, fortement influencé par l'environnement, les comportements de l'individu et va de pair avec le changement des rôles et des positions sociales. Ainsi, apparaît un état de vulnérabilité et/ou de fragilité dans lequel la personne peine à faire face à un état pathologique ou à une situation de stress.

l'OMS définit les personnes vulnérables comme étant «celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique, psychique ». Pour l'OMS la vulnérabilité peut

résulter de l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse ». Cela sous entend que chacun, à tout âge et à tout moment de sa vie peut être en situation de vulnérabilité.

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) définit quant à elle, la fragilité comme étant « un syndrome clinique, qui reflète la diminution des capacités physiologiques de réserves, qui altère les mécanisme d'adaptation au stress. Elle serait modulée par les comorbidités, par les facteurs psychologiques, socioéconomiques, comportementaux et serait un marqueur de risque de mortalité et/ou d'évènements délétères comme l'incapacité, les chutes, l'hospitalisation et l'entrée en institution. Aussi, sa prise en charge permettrait de réduire et de retarder ses conséquences. Ce qui inscrit la fragilité dans un processus potentiellement réversible ».

La qualité de vie au travail a un impact direct sur l'état de santé au travail des soignants. Ne seront abordés, ici, que les facteurs de risques pouvant mener à l'épuisement compassionnel, car il affecterait particulièrement les professionnels de santé et les aidants et spécifiquement les personnes engagées dans la relation d'aide et/ou d'écoute. Etant difficile de différencier l'épuisement compassionnel et le burn out, une comparaison succincte de ces deux phénomènes sera présentée ainsi que des stratégies pour y faire face selon la revue médicale suisse(13).

### **L'épuisement Compassionnel**

Pourtant développé depuis une trentaine d'année, le concept de l'épuisement compassionnel ou « fatigue compassionnelle » (FC) ou « fatigue de compassion » ou « usure de compassion » est encore peu connu et désigne une forme particulière de burn out affectant les soignants. Il en existe deux grands courant conceptuel. Un, qui est issu des sciences infirmières et qui définit la « fatigue compassionnelle » comme étant « une conséquence négative du contact prolongé avec la souffrance d'autrui, à l'occasion de laquelle le soignant témoigne de symptômes tels que la colère, la dépression et l'apathie ». L'autre, qui lui, est issu de la psychotraumatologie et la définit comme « le sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point que leur vision du monde et leurs croyances fondamentales en sont profondément et durablement ébranlées »(14).

La fatigue compassionnelle et le burn out sont intimement liés et ambigus. Les différences majeures qui peuvent être observées sont que le burn out est d'installation plutôt lente et n'altérerait pas la vision du monde du soignant. A contrario, La FC surviendrait de façon brutale, sans signaux

d’alerte francs et altérerait la vision de celui-ci. La fatigue compassionnelle résulte à la fois d’un burn out et d’un traumatisme secondaire.

### **Les facteurs de risques de la fatigue compassionnelle et les stratégies proposées (15)**

FACTEURS DE RISQUE INDIVIDUELS	FACTEURS PROFESSIONNELS	FACTEURS ORGANISATIONNELS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau d'exigence élevé pour la qualité des soins prodigués</li> <li>- Antécédents personnels de vécus ou d'expériences traumatiques</li> <li>- Soutien Social insuffisant (au domicile et au travail)</li> <li>- Niveau élevé des responsabilités familiales et parentales</li> <li>- Difficultés, voire incapacité, de répondre aux exigences du poste d'activité professionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exposition répétée et prolongée à la souffrance et aux traumatismes des patients bénéficiaires</li> <li>- Mauvaise qualité dans le travail et la cohésion des équipes</li> <li>- Pauvreté dans la diversité des tâches et occupations professionnelles</li> <li>- Déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ressources humaines insuffisantes</li> <li>- Formation insuffisante des équipes et professionnels</li> <li>- Espaces de supervision manquants ou inadaptés</li> <li>- Intensité et charge de travail élevées</li> <li>- Contraintes financières ou bureaucratiques</li> <li>- Niveau d'exigence élevé pour la qualité des soins prodigués</li> <li>- Impossibilité d'influencer les stratégies et procédures institutionnelles</li> </ul>
STRATEGIE EMPLOYEEES	STRATEGIE EMPLOYEEES	STRATEGIE EMPLOYEEES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmenter les chances d'identifier soi-même la problématique au travers de la formation</li> <li>- Développer des stratégies favorisant la résilience</li> <li>- Développer et nourrir des pratiques régulières visant à prendre soin de soi-même (par exemple, au travers d'activités physiques, culturelles, spirituelles, etc...)</li> <li>- Si besoin, faire appel aux professionnels de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibiliser les professionnels et les institutions à la problématique de la fatigue compassionnelle</li> <li>- Former les professionnels à la détection des signes et symptômes évocateurs de fatigue compassionnelle</li> <li>- Si approprié, diversifier le type et/ou limiter la charge de travail du personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former et développer les connaissances et compétences du professionnel dans son champs d'activités</li> <li>- Organiser à intervalles réguliers des rencontres formelles ou informelles de débriefing</li> <li>- Mettre en place des supervisions individuelles régulières</li> <li>- Lorsque possible, faire appel aux services de spécialistes de la fatigue compassionnelle</li> </ul>

### **La notion de qualité de vie au travail (QVT)**

L’Accord National Interprofessionnel de 2013 définit la Qualité de Vie au Travail de la manière suivante : « elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l’ambiance, la culture de l’entreprise, l’intérêt au travail, les conditions de travail, le sentiment d’implication, le degré d’autonomie et de responsabilisation, l’égalité, un droit à l’erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. Il précise qu’elle résulte de :

- La qualité de l’engagement de tous à tous les niveaux de l’entreprise;
- La qualité de l’information partagé au sein de l’entreprise;
- La qualité des relation de travail;
- La qualité des relations sociale, construite sur un dialogue social actif;
- La qualité des modalités de mise en oeuvre de l’organisation du travail;
- La qualité du contenu du travail;
- La qualité de l’environnement physique;
- La possibilité de réalisation et de développement personnel;

- La possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle;
- Le respect de l'égalité professionnel

Gardons bien à l'esprit que l'état de santé des soignants dépend et est en lien direct avec leur qualité de vie au travail.(21)

## METHODE ET MOYENS

**Objectif :** L'objectif principal est de faire le point sur l'état de santé au travail des soignants à partir d'une enquête qualitative exploratoire basée sur le vécu d'expériences.

**La méthode :** l'entretien semi-directif, anonyme et enregistré avec l'accord des participantes a été choisi pour permettre d'orienter en partie leurs propos autour des thématiques définies et notées dans un guide d'entretien sous forme de questions prédéfinies, ce qui laisse la possibilité à l'interviewée de développer librement son discours.

**La population cible :** Echantillon prélevé dans 3 EHPAD du secteur privé, situés sur le Département des Yvelines, soit au total 12 soignantes.

- 5 soignantes titulaires du Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant
- 7 soignantes FFAS : 2 AMP, 2 AVS, 3 ASS

### Description de l'échantillon

GROUPES	SOIGNANTS	AGE	SEXE	NATURE DE CONTRAT	NOMBRE D'ANNEES DE DIPLOME	NOMBRE D'ANNEES D'EXERCICE EN EHPAD	AUTRE DIPLOMES ou NIVEAU	NOMBRES D'ENTRETIENS INEXPLOITABLES PAR GROUPE
AS	AS 1	24ans	F	CDI	2 ans	2 ans	Brevet des collèges	4
	AS 2	30 ans	F	CDD/ VACATAIRE	4 ans	4 ans	Diplôme secrétaire médicale	
	AS 3	51 ans	F	CDI	26 ans	10 ans	Niveau 3ème	
	AS 4	25 ans	F	CDD/ VACATAIRE	2 ans	2 ans	Baccalauréat Sciences et Technologies de la Santé et du Social	
	AS 5	39 ans	F	CDD/ VACATAIRE	13 ans	13 ans	BAC PRO	
FFAS	AMP 1	48 ans	F	CDI	13 ans	6 ans	Non renseigné	5
	AMP 2	43ans	F	CDD/ VACATAIRE	11 ans	5 ans	Non renseigné	
	AVS 1	34 ans	F	CDD/ VACATAIRE	9 ans	4 ans	Non renseigné	
	AVS 2	35 ans	F	CDI	7ans	3 ans	Non renseigné	
	ASS 1	25 ans	F	CDD/ VACATAIRE	-	5 ans	Niveau CAP coiffure	
	ASS 2	40 ans	F	CDI	-	7 ans	CAP Bio service	
	ASS 3	38 ans	F	CDI	-	12 ans	Niveau 5ème	

Sont incluses dans l'enquête, les AS et FFAS effectuant des soins de base et/ou accompagnant la personne âgée. Une partie des demandes d'entretien a été faite directement auprès de soignantes rencontrées dans les couloirs d'un EHPAD et l'autre partie par le biais du bouche à oreille en passant par les soignantes déjà interrogées.

### **Le recueil de données :**

Les entretiens individuels ont été réalisés sur la période du mois d'avril au mois octobre 2021. Ils ont été menés en face à face avec chacune des participantes, leur durées s'étendant de 11 à 23 minutes, soit 13 minutes en moyenne. L'enregistrement des échanges a été effectué à l'aide d'un smartphone. Avec l'accord d'un Chef d'établissement, 5 entretiens ont été pratiqués sur place dans un poste de soins isolé. Les autres ont été faits hors les murs, soit sur le parking d'un EHPAD, soit dans un café, soit dans un parc, ou au domicile d'une soignante.

## **RESULTATS**

### **I - L'ETAT DE SANTE AU TRAVAIL DES SOIGNANTES DE PROXIMITE**

#### **SERENITE AU TRAVAIL**

Les soignantes se disent sereines au travail tant que l'effectif est au complet. Certaines évoquent une peur de transmettre la covid-19 à leurs proches ou à un pensionnaire.

*« ...Travailler dans la sérénité n'est pas facile maintenant, tout le monde est très fatigué aujourd'hui, on a bien tenu quand le covid était fort.. C'était vraiment chaud mais on avait la sérénité en nous! Les équipes étaient fixes, vraiment, on était au complet! IL - N'Y - A-VAIT - PAS - D'A-RRÊT! » ASS3*

*« En ce moment, comme il'y'a beaucoup d'arrêts je ne peux pas être sereine...tous les matins on doit réfléchir pour savoir qui va aider qui »AS4*

*« ...je suis vaccinée, mais j'ai toujours peur de ramener le virus à la maison...ou... de le donner à un résident »AMP2*

#### **SOUTIEN**

Les groupes interrogés considèrent avoir été soutenus par leur direction depuis le début de la crise sanitaire mais estiment que le soutien s'est amoindri. Il y a une forte solidarité entre les SP. Toutefois, elles ne mentionnent pas particulièrement le soutien ou pas de leur famille.

*« C'est la première fois depuis que je travaille ici que j'ai ressenti un vrai soutien du Directeur...d'habitude, il ne passait jamais nous voir, là... tous les matins il passait ou il appelait et il demandait si tout allait bien... et même le soir on avait droit à ça! Par contre maintenant on le voit moins,..il y a plus de groupes de parole mais moi, ça ne*

*m'intéresse pas... quand on est au groupe, ça veut dire que je laisse ma binôme seule et qu'il faudra courir pour rattraper le travail à faire!!! » AS 3.*

*« Au début de la crise la Direction était très présente, seulement maintenant qu'on connaît plus le virus, ça recommence comme avant » AMP 1*

*« On a eu beaucoup de réunions entre nous pour que chaque fille s'exprime et parle de comment elle vit la situation... »*

*AVSI*

*« La Directrice elle a vraiment assuré,... la cadre aussi, vraiment c'était bien » ASS 3*

*« J'ai voulu me mettre en arrêt... après quand j'ai réfléchi, j'ai dit non, je ne peux pas faire ça... des collègues sont déjà en arrêt, si moi je le fais les résidents n'auront personne pour s'occuper d'eux et ma collègue va se retrouver toute seule »*

*« Mes enfants et mon mari me disent que je travaille trop et ils voudraient que je change de travail... mais c'est pas possible et puis c'est normale que je suis fatiguée... je fais tout à la maison » AS5*

### **CHARGE DE TRAVAIL PHYSIQUE ET EMOTIONNELLE**

Les soignantes sont conscientes de la charge de travail physique qu'elles supportent cependant elles ne reconnaissent pas la charge émotionnelle.

*« On a plutôt de bonnes relations avec les familles et on est là pour ça. Par contre des fois elles ne se rendent pas compte du travail qu'on a... Un jour..., la fille d'une résidente m'a carrément dit : ...je paie pour que ma mère soit ici!... alors que le travail était toujours bien fait, ça peut arriver les contretemps » AVS2*

*« Je fais le même nombre de toilettes que ma binôme et je suis pas AS, c'est pas facile de finir les toilettes avant 11h30, mais j'arrive quand-même à le faire » ASS1*

*« On est très sollicitée par les résidents, par leurs familles..., par les collègues... c'est fatigant, mais je supporte... je regarde l'heure et après je me dis, plus que quatre heures et c'est fini! » AS2*

*« ...il y a plus de groupes de parole mais moi, ça ne m'intéresse pas... quand on est au groupe, ça veut dire que je laisse ma binôme seule et qu'il faudra courir pour rattraper le travail à faire!!! » AS 3*

*« ...je viens par ce qu'il faut bien venir... le travail est dur mais c'est comme ça et après une fois à la maison je m'occupe de mes enfants, le ménage, tout quoi!... dans ma culture on a l'habitude de ça » AMP2*

### **RECONNAISSANCE DU TRAVAIL EFFECTUE**

Les SP ont conscience de la valeur de leur travail et estiment ne pas être assez reconnu sur le plan humain et sur le plan des salaires.

*« Ici, on a surtout la reconnaissance des résidents et de leur famille. C'est touchant, quand ils nous ramènent des chocolats pour nous remercier. Ils sont souvent contents qu'on prenne soin de leurs parents et moi ça me fait du bien... ça*

*me fait plaisir de voir qu'au moins il y a des gens qui reconnaissent la valeur de notre travail... voilà, tout simplement »AVS2*

*« J'ai trop marre... je fais le même travail que ma collègue et je suis pas payé comme elle,... je suis payé comme une ASH et le travail augmente mais la paie n'augmente pas, mais bon.. je fais le boulot, ça pouvait être mes parents... chez nous (dans ma culture) c'est important de s'occuper des grand-pères et des grand-mères » ASS1*

*« Nous les AS et les autres, nous sommes le coeur de cette boîte. Si on n'est pas là, qui va faire le travail,... qui va faire les toilettes, distribuer les repas, faire le linge, les changer, les accompagner, rester avec eux, surveiller Madame X qui essaie tout le temps de sortir de l'unité »AS3*

### **UTILISATION DES ESPACES DEDIES**

Les espaces de détente et installations mis en place pour les soignantes sont peu utilisés.

*« On ne peut pas profiter de la salle détente, le temps de se changer et d'y aller, il reste plus beaucoup de temps pour nous »AS5*

*« Moi, je préfère faire ma pause dans ma voiture, je suis plus tranquille, la salle là-bas est fade, elle fout l'bourdon »AMP2*

*« Je fais ma pause en travaillant... j'installe les résidents au ptit salon, et je déjeune en même temps que je les surveille »ASS2*

### **VULNERABILITE / PRECARITE**

Les soignante n'ont pas conscience de leur situation de vulnérabilité et/ou de précarité.

*« Je suis fatiguée, mais je vient quand-même, même si je suis malade, sinon quand tu te mets en arrêt tu as les jours de carences, ça te fait perdre trop d'argent »AMP1*

*« Moi je viens toujours, si t'es pas sérieuse ils vont pas te rappeler pour le mois prochain » AS4*

*«Je fais des vac' sur deux établissements... j'ai pris les deux roulements, j'avais pas le choix... quand je suis en repos ici, c'est que je suis en vac' dans l'autre établissement »AS2*

### **FORMATION**

Les soignantes estiment ne pas avoir le niveau requis pour entreprendre une formation qui de plus pour elles représentent un investissement financier. Elles disent avoir peur du changement de statut, notamment de passer du statut de salariée au statut « d'étudiante » et ont l'appréhension de subir la pression des équipes pédagogiques et des soignantes référentes lors des stages.

*« J'ai pas le niveau pour faire une formation, j'ai arrêté l'école en 5ème » ASS3*

*« (...) C'est bien beau de se former, mais il faut avoir l'argent... il faut avoir le temps, et puis quand tu parts en formation t'es moins bien payé »AVSI*

*« (...) Les stagiaires ont trop d'pression, ils ont les cours, quand elles ont des enfants c'est compliqué, mais le pire du pire c'est les stages... surtout si ta référente n'est pas cool... en plus tu t'retrouves à remplacer une fille qui n'est pas venue alors que tu es stagiaires? Non merci! »ASS2*

## **LOISIRS**

Les soignantes n'évoquent pas d'autres centres d'intérêt, tels que : les loisirs, une activité physique ou sportive, activité culturelle...etc.

*« On n'a pas l'temps d'se détendre, après tes journées de travail, tu dois gérer tes enfants, quand il sont malades, trouver une nounou parce que toi, tu dois aller travailler, après... le ménage, le manger, la paperasse,... le mari... quand tu rentres chez toi, tu es déjà fatiguée, quand tu as fait toutes tes affaires, t'as plus beaucoup de temps, en plus il faut dormir un peu!... Et puis de toute façon, qui dit loisirs, dit payer!, vraiment ça sert à rien, c'est pas rentable » AS5*

## **II - ETAT DE CONNAISSANCE DES DISPOSITIFS D'ENTRAIDE**

Sur le panel, peu de soignantes ont connaissance des dispositifs d'entraide en place. Toutes s'accordent à dire que ces dispositifs sont utiles pour les soignant(e)s ayant de plus grandes responsabilités. Toutes mettent en avant le fait de n'avoir pas besoin d'aide.

*« C'est bien d'savoir qu'il y a des dispositifs pour aider les soignants, mais nous, on n'a pas forcément besoin d'ça, ça c'est pour les médecins... les... les cadres et les infirmières... il suffit juste qu'on nous donne moins d'travail et qu'on soit en nombre... Quand je sors d'ici, j'm'occupe de mes enfants et après une bonne nuit d'sommeil, c'est bon,... j'suis prête pour m'occuper d'mes résidents... »ASS3*

*« Je connais ces dispositifs avec le numéro vert... mais... même si j'en avais besoin je ne me vois pas les appeler, ça va servir à quoi? Pour faire des toilettes on a pas besoin de ça »ASI*

### **L'analyse des résultats :**

Les données collectées lors des entretiens, ont été entièrement retranscrites et les principales dimensions exprimées par les SP, ont été analysées par thématique. Le premier thème concerne l'état de santé au travail des SP et le second porte sur l'état de connaissance des SP sur les



dispositifs d'entraide. Un tableau d'analyses présentant ces 2 dimensions a été construit puis reproduit ci-après.

ETAT DE SANTE AU TRAVAIL DES AS ET FFAS ET LEUR ETAT DE CONNAISSANCES DES DISPOSITIFS D'ENTRAIDE

THEMES	SOUS-THEMES
ETAT DE SANTE AU TRAVAIL DES SOIGNANTES DE PROXIMITE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sérénité</li> <li>- soutien dans la sphère professionnelle et la sphère familiale</li> <li>- Charge de travail physique et émotionnelle</li> <li>- Reconnaissance du travail effectué sur le plan humain et des salaires</li> <li>- Utilisation des espaces dédiés</li> <li>- Vulnérabilité/Précarité</li> <li>- Formation</li> <li>- Loisirs</li> </ul>
ETAT DE CONNAISSANCE DES SP SUR LES DISPOSITIFS D'ENTRAIDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissance des dispositifs d'entraide</li> <li>- Intérêt des dispositifs</li> </ul>

## **DISCUSSION**

9 entretiens (dont 4 entretiens d'AS et 5 entretiens de FFAS) ont été réalisés mais écartés car inexploitable. Le déroulement des premières rencontres s'est fait sur un style journalistique. Il nous a été impossible d'installer un climat de confiance durant ces entretiens pour aider les soignantes à élaborer leurs réponses. Les échanges étant pauvres et tendus leur analyse n'a pu être effectuée. Pour une meilleur compréhension des questions celles-ci ont été modifiées (en gardant l'idée générale) et reformulée au fil des entrevues.

Pour permettre une meilleur adhésion au projet, le style journalistique a été abandonné au profit d'un style informel. Cela nous a permis de gagner en assurance, de s'adapter à chaque soignante et de se libérer du formulaire, en ne suivant pas l'ordre des questions.

7 soignantes ont refusées que l'entretien soit enregistré, il a été constaté que cela était surtout le cas, lorsque les entretiens étaient effectués dans l'établissement ou aux abords. On pourrait supposer que les résultats sont biaisés du fait que les soignantes déjà interrogées auraient tenues informées les suivantes de la teneur du guide d'entretien d'une part, et d'autre, du fait que l'entretien se déroule sur le lieu d'activité professionnelle et/ou qu'il soit enregistré.

Cette enquête qualitative, réalisée auprès d'un petit échantillon de SP a permis d'identifier certains éléments déterminant de leur état de santé au travail en s'appuyant sur leur qualité de vie au travail. Toutefois, l'échantillon est insuffisant et n'est pas représentatif des caractéristiques totales des soignants de proximité. En effet, le manque de diversité sur le plan du genre ne permet pas d'avoir un point de vue global.

Pour déjouer la fatigue compassionnelle, dans un premier temps il est capital de prendre soin de soi-même. Cela sous entend d'avoir d'autres centres d'intérêt tels que des loisirs et accepter de s'appuyer sur des personnes ressources. Inciter et accompagner les AS et FFAS dans un processus d'apprentissage et de développement des compétences est cruciale pour leur propre épanouissement, mais aussi pour une prise en soin optimale. Les informer et les sensibiliser (ainsi que les étudiants en formation), sur les risques psychosociaux liés au contact prolongé de la souffrance d'autrui pourrait permettre à chacun de pouvoir repérer les premiers signes de détresse. La mise en place des espaces temps, de type « groupes de parole » permet aux soignants de briser leur sentiment d'isolement et de renforcer le soutien dans le groupe, cependant ces derniers sont considérés par certaines comme étant chronophage d'où le manque d'intérêt à y participer. Il en va de même pour les aménagements et installation de type « salle de détente », « salle de sport », souvent peu utilisées par les soignantes par manque de temps pour certaines; et pour d'autres, par le fait que la situation géographique de ces dispositifs est démotivante (trop loin de l'unité de soins par exemple). Au-delà des motifs déjà cités quant à l'utilisation des équipements, il en ressort également « l'effet de groupe ». Si aucun professionnel n'en fait usage, les soignantes sont ainsi influencées et n'utilisent pas ces installations.

La méconnaissance des dispositifs d'entraide pourrait aussi s'expliquer par le fait que ces soignantes n'auraient pas « d'ORDRE ». A ce jour et à notre connaissance, seule la Fédération Nationale des Associations des Aides-Soignants (FNAAS) créée en 2016 et composée d'une quinzaine d'associations et comptant environ mille membres, existe.

Il est marqué une forte solidarité entre les pairs. Les SP disent s'être aussi senties soutenues par les institutions en début de crise et que cette tendance est en déclin. Elles pointent du doigt le paradoxe dans la reconnaissance de leur travail, leur charge de travail, leurs valeurs et leur bas salaire.

Pour elles, la qualité de vie au travail se limite à la charge de travail physique. La charge de travail émotionnelle est quant à elle complètement niée ainsi que la reconnaissance d'être en situation de vulnérabilité et/ou de précarité.

Sur le plan personnelle, il n'est pas particulièrement indiqué si elles sont soutenues par leur famille. Seul apparaît un élément fort, à savoir qu'elles ont un niveau élevé de responsabilités familiales et parentales.

Selon elles, par manque de temps, l'organisation vie professionnelle - vie personnelles étant compliquée, de ce fait aucune de ces soignantes ne pratiquent de loisirs.

Ainsi, une réflexion s'est portée sur la prise en charge des résidents par des soignantes qui sont elles-même en situation de vulnérabilité et/ou de précarité.

A travers ces entretiens, un élément puissant et qui n'apparaît nulle part est évoqué par les soignantes : « La Notion de Culture ».

Malgré les limites, cette enquête exploratoire confirme la dimension principale de la santé au travail des SP exerçant en EHPAD, déjà identifiée dans la littérature. Au regard de l'expression des résultats, ces soignantes interrogées ont un risque accru de développer une fatigue compassionnelle.

## **CONCLUSION**

*« Je change, par échange avec l'autre, sans me perdre ni me dénaturer »*

Edouard Glissant, Romancier, Poète et Philosophe Martiniquais

La Guyane, terre d'accueil, est le plus vaste département français où se côtoient une quarantaine de cultures et de langues. Cela fait d'elle un laboratoire privilégié pour observer les relations professionnelles et humaines.

En anthropologie, « la culture renvoie à l'ensemble des significations prépondérantes partagées dans un groupe donné. Elle médiatise le rapport de l'homme aux autres hommes, aux monde et à lui-même. Cependant, elle ne demeure pas moins fondamentalement dynamiques et évolutives, sous l'effet des échanges mais aussi sous l'effet du travail personnel d'appropriation, d'interprétation et de facteurs de personnalité ». L'interculturalité quant à elle est un « ensemble des processus par lesquels les individus et les groupes interagissent lorsqu'ils appartiennent à deux ou plusieurs ensembles se réclamant de cultures différentes ou pouvant être référés à des cultures distinctes ».

Aborder les notions de culture et interculturalité en institution est difficile. Elles sont à prendre et à dire avec précaution car elles renvoient au péjoratif (22). Tenter de les évoquer au risque d'être accusé de racisme font d'elles un sujet tabou, limite interdit. Pourtant prendre en compte la sphère culturelle serait une richesse car elle permettrait une avancée dans la prise en soins et une meilleure compréhension de l'autre.

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANFPH

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

ASS : Agent de Service « Soins »

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

FC : Fatigue Compassionnelle

FFAS : Faisant Fonction d'Aide-Soignant

FNAAS : Fédération Nationale des Associations d'Aides-Soignants

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QVT : Qualité de Vie au Travail

SP : Soignant de Proximité

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE

- (1) [https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)
- (2) [https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/12/03/les-residents-d-ehpad-representent-44-des-morts-du-covid-19\\_6062084\\_4355770.html](https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/12/03/les-residents-d-ehpad-representent-44-des-morts-du-covid-19_6062084_4355770.html) (article paru dans le journal LE MONDE)
- (3) <https://www.reseau-asteria.fr/wp-content/CADCI/ARSI%20MODELE%20CALLISTA%20ROY.PDF> (Notion de concept : Elaboration d'un modèle théorique de déterminants de l'adaptation dérivé du modèle de Roy - Recherche en soins infirmiers N°58 septembre 1999)
- (4) Intervention en situation de crise : Théorie et méthodologie - Donna C. AGUILERA - InterEditions - 20/08/1997 (ouvrage original publié en 1990)
- (5) Métiers de la santé - L'aide-soignant en gériatrie et EHPAD - AS -Révision - Kamel Abbadi - Hayat Abbadi - Paru le 26 août 2020
- (6) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf> (Le taux d'encadrement dans les Ehpads - Ses déterminants et ses alternatives - N°68 - décembre 2020)
- (7) [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf) (Rapport sur le monde, le vieillissement et la santé - OMS)
- (8) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf> (Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés - DREES - N°5 septembre 2016)
- (9) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/dt134.pdf> (Etude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - N°134 septembre 2016)
- (10) [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_el\\_khomri\\_-\\_plan\\_metiers\\_du\\_grand\\_age.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf) (PLAN DE MOBILISATION NATIONALE EN FAVEUR DE L'ATTRACTIVITE DES METIERS DU GRAND-AGE 2020-2024 - Rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé établi par Mme Myriam El Khomri - octobre 2019)
- (11) <http://www.master-droit-sante.fr/index.php/2021/07/08/une-eventuelle-reconnaissance-de-l'experience-des-ash-le-faisant-fonction-daide-soignant-a-l'heure-du-covid/> (Une éventuelle reconnaissance de l'expérience des ASH : « le faisant fonction » d'aide-soignant à l'heure du COVID - Léa BERNARD- le 8 juillet 2021)
- (12) [https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/ehpad\\_webinaire\\_naq\\_27\\_01\\_21\\_vf.pdf](https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/ehpad_webinaire_naq_27_01_21_vf.pdf) (Anfh NOUVELLE-AQUITAINE - Fonction Publique Hospitalière - WEBINAIRE SECTORIEL « CARTOGRAPHIE DES METIERS » SPECIALE EHPAD - SITUATION DE « FAISANT-FONCTION » CHEZ LES SOIGNANTS p22)
- (13) [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er\\_1067.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf) (Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD - N°1067 juin 2018)
- (14) [http://www.sfap.org/system/files/les\\_7\\_concepts\\_de\\_la\\_relation\\_daide.pdf](http://www.sfap.org/system/files/les_7_concepts_de_la_relation_daide.pdf) (Les sept concepts de la relation d'aide)
- (15) [https://www.revmed.ch/view/680613/5374465/RMS\\_724\\_254.pdf](https://www.revmed.ch/view/680613/5374465/RMS_724_254.pdf) (Fatigue compassionnelle : une réalité inéluctable dans le contexte d'une crise pandémique ? - Revue médicale Suisse - Dr Francis VU et Pr Patrick BODENMANN - 3 février 2021)
- (16) Fatigue compassionnelle [Philippe Zawieja](#) Dans [Dictionnaire de la fatigue](#) (2016), pages 289 à 292)
- (17) L'implication au travail face à la dépendance accrue en EHPAD **P. Legros** (Université de Tours, département de sociologie, C3S (Culture Sport Santé Société—EA 4660), 3, rue des Tanneurs, 37041 Tours cedex, Besançon, France ) 2020 Elsevier Masson SAS.
- (18) LES FORMES D'ENGAGEMENT DES AIDES-SOIGNANTES DANS LES RELATIONS D'AIDE : DES MOUVEMENTS D'AMOUR CONTRADICTOIRES ET RÉVERSIBLES Lise Causse - Érès - « Nouvelle revue de psychosociologie » 2008/2 n° 6 | pages 85 à 105
- (19) LES PRÉCAIRES DU CARE OU LES ÉVOLUTIONS DE LA GESTION DE L'« ABSENTÉISME » DANS UN HÔPITAL LOCAL Sophie Divay - Presses de Sciences Po - « Sociétés contemporaines » 2010/1 n° 77 | pages 87 à 109
- (20) PRECARITES - Chantal ZAUCHE GAUDRON, Paule SANCHOU - EMPAN 2005/4 (N°60) p 10 à 13
- (21) PARADOXES DU BURNOUT : Concrètement que faire? Mieux Comprendre les dessous de sa mécanique - Sébastien VAUMORON - Tom Pousse - 2021 - p 37
- (22) Accompagner et soigner en contexte pluriethnique et pluriculturel : Regards et pratiques croisées en Guyane et ailleurs - Sous la direction de Abdelhak Qribi, Sébastien Chapellon, Christian Cécile, François Rezki - Préface de Marie Rose Moro - Hygée Edition - Rennes 2021

- Article 2 - Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux
- Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique
- Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
- Arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social
- Arrêté du 30 août 2021 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social