



# L'image et l'attractivité des métiers du grand âge

Support de présentation



12 juin 2025



01.  
Méthodologie de l'enquête

# Contexte et objectifs

Pour approfondir les enseignements du baromètre que l'Ifop réalise depuis 2017 pour le SYNERPA, la mise en place d'une étude qualitative autour de l'image des métiers du grand âge revêt un utile complément à nos données historiques. L'objectif de ce dispositif est **d'améliorer la compréhension, la perception et l'attractivité des métiers du grand âge.**

Il convient donc de faire **un état des lieux** du ressenti au travail des professionnels ayant choisi cette filière et de comprendre les motivations de ceux qui pourraient choisir d'y travailler

## Dans le cadre de ce projet, il s'agira notamment de :

1. Mieux cerner **les freins et les motivations à l'engagement** dans cette voie professionnelle, en revenant sur les parcours personnels.
2. Creuser tous les contours de la situation professionnelle actuelle : principaux **éléments de satisfaction / insatisfaction.**
3. Mesurer les **évolutions ressenties** dans l'exercice du métier, par rapport à il y a quelques années.
4. **Recenser l'ensemble des attentes** qui s'expriment dans l'exercice du métier au quotidien, sur toutes les dimensions, puis les hiérarchiser pour mieux comprendre ce qui se joue en termes de priorité pour **maintenir l'attractivité de ces métiers à l'avenir.**

# Méthodologie : **des entretiens individuels** auprès de personnels soignants et de personnes s'orientant dans le secteur du grand âge

## LE TERRAIN :

12 entretiens en visio, d'une durée de 1h chacun, réalisés entre le 19 et le 27 mai 2025

	Cible 1 : 6 entretiens auprès de personnels soignants	Cible 2 : 6 entretiens auprès de personnes qui pensent s'orienter dans le secteur du grand âge
	<ul style="list-style-type: none"><li>• 4 femmes et 2 hommes,</li><li>• 25 – 56 ans,</li><li>• 4 ont moins de 5 ans d'expérience, 1 a 12 ans d'expérience et 1 a 25 ans d'expérience,</li><li>• 3 interviennent en EHPAD, 3 interviennent à domicile et en EHPAD,</li><li>• 3 sont dans un grand groupe, 2 sont dans un EHPAD privé indépendant,</li><li>• Mix du lieu de travail (région parisienne et province)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 femmes et 3 hommes,</li><li>• 22 – 54 ans,</li><li>• 3 sont étudiants, 2 en reconversion professionnelle et 1 passage de ASH à AS,</li><li>• Mix du lieu de travail (région parisienne et province)</li></ul>





02.  
Travailler auprès des  
personnes âgées en  
EHPAD : une vocation  
et un sacerdoce

● A ●

## Les motivations aux métiers du soin et du grand âge



# L'engagement initial dans les métiers du soin : une vocation précoce aux origines multiples



**La motivation pour les métiers du soin se révèle assez précoce** (depuis le collège pour deux personnes par exemple), même si les aléas de la vie les ont parfois détournés de ces métiers (pour les personnes en reconversion).

La motivation première pour embrasser ces métiers est quasi systématiquement la même pour tous : l'aide à la personne, le soin, le secteur de la santé, qui ramènent à **la question de l'utilité sociale et sociétale de leur métier.**

En outre, **la « blouse blanche »** représente un symbole d'engagement et de respect, **pouvant aller jusqu'à susciter des vocations chez ceux qu'elle fascine.**

Les choix entre les différents métiers du soin peuvent relever de **motivations personnelles** (famille de médecins), mais aussi de **moyens financiers**, les ASH et aides-soignants n'ayant pas toujours eu les moyens de faire de longues études. Notons que, selon certaines personnes en reconversion, les métiers du soin peu qualifiés (ASH, AS) exigent aussi moins de diplômes et de formation que ceux liés au travail auprès d'enfants, par exemple.

« *J'ai toujours eu cette fibre de prendre soin de gens.* » (Cible 2, femme, 46 ans, en reconversion, Auvergne-Rhône-Alpes)

« *Quand j'étais en troisième, je voulais être infirmière [...] Je me disais que je servirai à quelque chose, que je sauverai des gens. C'était le côté blouse blanche.* » (Cible 2, femme, 40 ans, étudiante infirmière, Ile-de-France)

# La vocation pour le soin : un dénominateur assez communément partagé

La « vocation » est souvent mise en avant sur le registre du souci de l'autre, du désir de prendre soin, de pouvoir apporter bien-être et réconfort à celui qui souffre.

De la découle **une vraie fierté à exercer un métier qui a du sens**, à la fois très utile aux individus concernés et plus globalement, palliant d'une certaine manière le déficit d'attention de la société à l'égard du vieillissement, de la dépendance, de la maladie, des personnes vulnérables.

Il est par ailleurs intéressant de constater à quel point le secteur du soin est considéré comme **une filière noble** pour les personnes croyantes rencontrées dans le cadre de cette enquête.



« Pour moi, c'est un engagement. J'ai fait six ans d'humanitaire. C'est en soi. C'est inné. Vous avez cette vocation de bien faire les choses. »  
(Cible 1, homme, 56 ans, médecin coordinateur, 30 ans de médecine, 8 ans d'ancienneté en EHPAD, EHPAD privé indépendant, Ile-de-France)

« C'est comme si le métier d'infirmière, était une fierté. Même mes enfants, ma fille, elle m'a dit un jour, 'maman, quand on va me demander ce que fait ta mère, je vais leur dire que ma mère est infirmière, c'est trop bien'. » (Cible 2, femme, 40 ans, étudiante infirmière, Ile-de-France)

## Les motivations à travailler dans le domaine du grand âge : un réel attachement à ce public de patients

À la différence de la vocation à soigner, le choix de la gériatrie relève plus souvent d'**une orientation tardive**, à l'occasion d'un stage ou d'une vacation, d'une opportunité.

Il s'agit donc rarement d'une vocation, notamment parce que le **secteur du grand âge souffre d'une mauvaise image** : l'image stéréotypée de l'EHPAD comme « mouroir » ou encore, l'image du corps et de l'esprit qui se dégradent, ce qui peut susciter de l'incompréhension voire des remarques décourageantes de la part des proches qui s'interrogent sur ce choix d'orientation.

Pour autant, **le contact avec les personnes âgées constitue in fine un profond moteur de satisfaction / motivation**. Ce sont des publics jugés fragiles, vulnérables, voire dépendants, pour lesquels **l'accompagnement est porteur d'un sens, d'une utilité individuelle et sociale forte**.



S'exprime également **un fort sentiment de responsabilité** et de dévouement, parfois sacrificiel à travers un discours du type « si je ne le fais pas, qui le fera ? ».

On observe également **un phénomène d'identification important avec ses parents ou grands-parents** (voire avec soi-même plus tard).

« C'est juste que mes patients, ils pourraient être mes grands - parents. Oui, il y a cette dimension affective et il y a un relationnel particulier. Elles sont toutes 'Oh, que tu es belle !', toujours des petits gestes. Donc, il y a un attachement différent aussi. » (Cible 1, femme, 40 ans, aide-soignante, 5 ans d'ancienneté, EHPAD privé indépendant, Ile-de-France)

# Les motivations à travailler en EHPAD privé

**N.B :** les personnels soignants rencontrés se révèlent plutôt satisfaits de leurs conditions de travail

## Les conditions de travail

**De meilleures conditions de travail pour ceux qui ont connu le public**, avec :

- **Moins de turnover** que dans le public (même s'il s'agit aussi d'une problématique identifiée en EHPAD privé).
- **Plus de moyens pour les résidents** : du matériel, des animations, et donc la possibilité pour les soignants de faire leur métier correctement, en phase avec leurs attentes (++) AS et infirmiers).
- **Des relations globalement plus horizontales entre les soignants en EHPAD** (vs à l'hôpital, où les relations jugées très verticales entre médecins, infirmiers, et aides-soignants constituent des motifs d'insatisfaction puissants).
- Une moindre pénibilité qu'à l'hôpital et des horaires davantage compatibles avec un bon équilibre vie privée et vie professionnelle.

« Les conditions de travail dans le public ne sont pas les mêmes que dans le privé. Dans le public, ils se retrouvent à faire plus d'heures de taf. Ce sont des trucs qui reviennent, qu'on entend à chaque fois. Ma tante travaille dans un EHPAD privé, elle dit que c'est plutôt contraignant pour elle l'EHPAD public, elle trouve que les heures ne sont pas forcément appropriées dans le public. » (Cible 2, homme, 22 ans, étudiante aide-soignant, Ile-de-France)

● B ●

**Les métiers du soin en EHPAD :  
des fonctions nobles mais  
jugées difficiles et exigeantes**



## Des métiers à forte utilité sociale

Parmi les principaux éléments de satisfaction / motivation mis en avant, **le lien aux patients occupe une place centrale**. L'impression de donner du réconfort aux résidents, de les accompagner, de limiter leur souffrance sont des éléments qui donnent du sens au métier.

Cette relation **entre patients et soignants dépasse bien souvent le cadre médical** : les récits de vie transmis par les résidents représentent pour les soignants une relation humaine riche et précieuse.

Dans cette relation de soin particulière voire privilégiée, **les patients se montrent le plus souvent reconnaissants**, ce qui participe fortement à la satisfaction des soignants.



« *C'est leur amour qu'ils transmettent. En fait, c'est ce que je dis toujours : quand on rentre dans une chambre et que la personne âgée dit 'vous êtes mon rayon de soleil', et qu'on leur fait oublier leur maladie, leur douleur. Et je leur dis 'vous ne savez pas, c'est vous qui m'apportez plus que nous'.* Non mais c'est réel, parce qu'en fait, psychologiquement on est bien parce qu'on se dit qu'on sert à quelque chose et ils ne sont pas dans le jugement. Non, eux ils sont là en train de dire 'vous êtes une belle personne, vous êtes bien, vous êtes bienveillants', que des choses positives et on a besoin d'entendre ça. » (Cible 2, femme, 40 ans, étudiante infirmière, Ile-de-France)

# Outre les compétences médicales, des fonctions qui mobilisent un large éventail de savoir-faire et de savoir-être

**Leadership** nécessaire aux infirmiers : bien que n'ayant aucune responsabilité hiérarchique sur les ASH et les AS, les infirmiers impulsent la dynamique d'équipe

Une qualité également nécessaire au médecin coordinateur qui a un rôle de planificateur et d'organisateur

**Gestion du stress et des priorités** (avec autonomie)

« Il faut savoir prendre du recul dans les moments de stress et de panique. Des crises, il y en a souvent en EHPAD. » (Infirmière, Ile-de-France)

**Organisation et capacité d'adaptation** (le secteur du soin étant fait d'imprévus)

« Il faut savoir s'adapter, c'est du savoir-être, il ne faut pas rester en se disant 'je suis infirmier, ma fiche de poste, elle dit que je dois faire ça, je ne ferai pas plus.' » (Infirmier, Occitanie)

**Empathie, bienveillance, absence de jugement** (envers les résidents mais aussi leur famille)

« Le côté humain, vraiment. Être empathique, parce que si on n'a pas ça, je crois que dans ce métier-là, ça ne sert à rien. » (ASH et auxiliaire de vie, Provence-Alpes-Côte d'Azur)



Des compétences psychosociales

**Patience, sens du relationnel, diplomatie**

« Beaucoup, beaucoup de patience. » (En reconversion, Grand-Est)

**Courage** et mental (pour ne pas « craquer »)

« Que ce soit infirmiers ou aides-soignants, il faut être vraiment courageux. Il faut avoir du mental. » (Passage de ASH à AS, Ile-de-France)

**Capacité à bien collaborer avec tous les métiers,** (de l'AS au médecin coordinateur)

**Autonomie**, (encore plus pour les infirmiers car le médecin n'est pas toujours présent)

« Il faut être autonome parce que le médecin n'est pas là tout le temps. » (Infirmière, Ile-de-France)

# Mais un secteur dont la forte charge émotionnelle peut user rapidement

La charge émotionnelle des soignants s'articule autour de deux axes majeurs : **le fait d'être confronté à des personnes âgées qui souffrent et dépriment, mais aussi de faire face au désengagement des familles**, voire à des résidents abandonnés par leurs proches.

La confrontation à la fin de vie, et à la mort trouve un écho plus ambivalent :

## En majeur

Il est intéressant de constater à quel point la confrontation à la fin de vie s'avère largement relativisée, voire totalement mise à distance par la majorité des soignants et des personnes qui s'orientent vers ce secteur.

→ Le rôle du soignant est ici **appréhendé comme un accompagnement** : soulager le patient, offrir une présence bienveillante et veiller au confort des résidents jusqu'à leur départ : « *On va tous mourir, la mort en soi ne m'affecte pas, c'est la souffrance qui m'affecte. Je veux juste que mes patients meurent dans de bonnes conditions, que la famille soit présente, qu'on respecte les directives anticipées du malade.* » (Cible 2, homme, 30 ans, étudiant en 9ème année de médecine, Ile-de-France)

## En mineur

Pour certains toutefois, **le fait d'être si fréquemment confronté à la mort, n'est pas sans incidence** : il s'agit d'une charge émotionnelle lourde.

En outre, quelques soignants déjà en poste pendant la période Covid expriment un refus catégorique de retourner exercer à l'hôpital pour cette raison.

« *Le plus compliqué, ce sont les décès. Je vous le dis clairement, ce sont les pertes de résidents. Des fois, il y a des résidents, un bon matin, on apprend qu'ils sont décédés. Et là, du coup, ça fait un petit coup quand même. C'est un petit choc.* » (Cible 1, homme, 26 ans, infirmier, 3 ans d'ancienneté, EHPAD privé indépendant, Occitanie)

# Des métiers dont la pénibilité reste forte (pour les aides-soignants et infirmiers en particulier)



« Ce qui se passe le moins bien c'est que dès qu'on a des nouveaux, on ne sait jamais s'ils vont rester ou pas. Ça veut dire que le matin, sur le planning, on est avec quelqu'un, on ne sait pas si cette personne va faire la journée ou pas. C'est vrai que maintenant, dans ce domaine, c'est devenu difficile de garder les mêmes personnes. » (Cible 1, femme, 36 ans, ASH et auxiliaire de vie, 12 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Provence-Alpes-Côte d'Azur)

## Le manque de personnel soignant

Tous s'accordent à dire que la pénibilité ressentie tient en premier lieu au fait que **les équipes sont chroniquement sous-staffées**, avec des absents non remplacés ou des jeunes vacataires qui « ne tiennent pas la journée ».

Les impacts se focalisent ainsi sur :

- **La charge de travail** perçue comme plus lourde encore ;
- **Le ressenti de stress**, d'une pression forte ;
- **L'impression de ne plus être suffisamment à l'écoute et disponible pour les résidents.** Ce ressenti est loin d'être anodin puisqu'il peut générer une perte de sens, voire la peur de devenir maltraitant.

# Des métiers dont la pénibilité reste forte (pour les aides-soignants et infirmiers en particulier)

« Les responsables font un peu ce qu'ils veulent pour les remplacements. Il manque souvent quelqu'un la nuit. Donc, il va falloir gérer 90 résidents à 2 au lieu d'être 3. Et là, du coup, ça joue sur la qualité de travail et la qualité de prise en charge. Je ne peux pas passer autant de temps avec une personne si j'ai le double à faire, vous voyez ? » (Cible 1, femme, 40 ans, aide-soignante, 5 ans d'ancienneté, EHPAD privé indépendant, Ile-de-France)

## Les horaires

### Émerge dans un deuxième temps la problématique des horaires :

- Perçus comme relativement contraignants (cf. le travail de nuit), bien que jugés **moins pénibles qu'à l'hôpital** selon les aides-soignants qui semblent commencer plus tardivement en EHPAD (8h en EHPAD vs 6h à l'hôpital).
- **Les horaires en 3x8 sont parfois vécus comme des moments stressants** car peu adaptés aux rythmes des résidents selon certains, ce qui conduit les soignants à « courir après le temps ».
- Le mécanisme des jours de repos est quant à lui plutôt bien accueilli (il permet aux soignants de bénéficier de journées entièrement consacrées à leurs familles et enfants).

→ **Les horaires ne suscitent pas réellement d'insatisfaction dès lors qu'ils sont choisis** : tous apprécient globalement l'alternance de journées denses et de journées de repos (pour eux et pour leur famille).

→ La possibilité de travailler de nuit peut aussi représenter une opportunité pour les parents désireux d'être plus présents en journée.

# Des métiers dont la pénibilité reste forte (pour les aides-soignants et infirmiers en particulier)

”

« J'ai commencé, j'avais 19 ans. Je crois, 2 ou 3 ans après, j'ai eu des problèmes de dos. À un moment, j'ai dû m'arrêter. Alors que je suis encore jeune, j'ai 25 ans. Je travaille avec des personnes, ce sont des mamans, elles ont 40, 50 ans, elles font ça depuis 20 ans. Ça a vraiment un impact sur le corps. » (Cible 1, femme, 25 ans, aide-soignante, 5 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Auvergne-Rhône-Alpes)

## La pénibilité physique

La pénibilité physique, **intrinsèque au métier du soignant qui se déplace constamment et exerce majoritairement debout**, émerge également dans les discours des soignants, comme des personnes qui souhaitent s'orienter dans le secteur du grand âge.

**N.B** : cela ne semble toutefois pas être un sujet pour le médecin coordinateur interrogé ou l'étudiant en médecine actuellement en stage à l'AP-HP.

Sans surprise, **cette pénibilité physique s'exprime plus fortement encore chez les aides-soignants rencontrés** :

- Du fait de l'utilisation de matériels lourds (ex : les chariots) ;
- Et du recours au portage de personnes dans leur quotidien, ce qui crée des douleurs musculaires ou articulaires (dos, bras, jambes).

# Des métiers dont la pénibilité reste forte (pour les aides-soignants et infirmiers en particulier)

## Les résidents (dans une certaine mesure)

Parmi les qualités érigées pour être soignant en gériatrie **la patience est certainement celle qui se trouve la plus largement évoquée**, et ce pour au moins trois raisons :

- Parce qu'ils sont âgés, les patients peuvent être **atteints de troubles neurocognitifs**, ce qui rend le travail des soignants particulièrement chronophage.
- En lien direct avec le point précédent, **certains résidents se montrent plus méfiants**, ce qui nécessite du temps et de l'écoute de la part des soignants pour obtenir leur confiance.
- En outre, du fait du maintien à domicile, les résidents arrivent de plus en plus tardivement en EHPAD, et **sont donc plus dépendants, avec des pathologies lourdes et compliquées à gérer**. Cela renforce la pénibilité du travail, avec notamment plus de portage, plus de toilettes couchées pour les AS, mais aussi des patients plus angoissés, potentiellement plus agressifs.

## Les familles

**Les familles des résidents se révèlent parfois difficiles à gérer, a fortiori dans les établissements privés car les familles peuvent avoir des réflexes de clients** : elles attendent du service et se montrent exigeantes.

→ Certains soignants sont d'ailleurs parfois victimes de violence de la part des résidents comme de leurs familles.

« *La famille ne soupçonne personne, mais interroge. Pourquoi vous ne la changez pas ? Alors, elle ne s'adresse pas à moi, mais on entend dans les remontées des debriefs quelques doléances, des plaintes, 'vous devriez vous en occuper davantage'.* » (Cible1, homme, 56 ans, médecin coordinateur, 30 ans de médecine, 8 ans d'ancienneté en EHPAD, EHPAD privé indépendant, Ile-de-France)



03.  
Les motifs de satisfaction  
et d'insatisfaction :  
l'exercice du métier au  
quotidien

# Dynamique d'équipe et bonne ambiance au travail : un prérequis indispensable

Dans la mesure où le travail du soignant s'avère psychologiquement et physiquement (+++ pour les ASH et AS) difficile, **tous valorisent très fortement l'ambiance de travail et la bonne dynamique d'équipe** : « Je suis dans une bonne équipe. Sinon, je n'y retournerai pas. » (Cible 1, femme, 28 ans, infirmière, 4 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Ile-de-France)

**Une horizontalité** entre les différentes fonctions de soignants (ASH, aides-soignants et infirmiers), sans mépris et pré-carré attribués.

« Ce sont des équipes qui me permettent de faire mon travail, qui me laissent de la marge de manœuvre aussi, qui ne sont pas derrière moi tout le temps à me fliquer. » (Cible 1, femme, 25 ans, aide-soignante, 5 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Auvergne-Rhône-Alpes)

Des relations de travail qui reposent sur le **respect, la collaboration, l'entraide et la confiance** – mais où chaque corps de métier joue son rôle sans glissement de tâches.

« La priorité c'est l'équipe avec laquelle je travaille, c'est avec elle qu'on peut se déléguer des tâches. Des choses comme ça. Si ça ne va pas avec ta collègue, tu vas demander à qui ? » (Cible 1, femme, 28 ans, infirmière, 4 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Ile-de-France)

**Une bonne entente entre collègues**, voire des relations presque amicales.

« On se voit très souvent. Ce n'est pas comme si c'était un grand hôpital. On s'apprécie beaucoup. Vraiment, on sort ensemble de temps en temps boire un verre. C'est chouette. Ça se passe bien. Il y a une bonne communication. » (Cible 1, homme, 26 ans, infirmier, 3 ans d'ancienneté, EHPAD privé indépendant, Occitanie)



## En miroir, le manque de collaboration et de bon fonctionnement des équipes peut constituer une source de frustration, voire de malaise

Se fait jour dans le discours de plusieurs AS et infirmiers, **le ressenti de relations parfois tendues** :

- Sur le fond, les AS reprochent aux infirmiers une tendance à déléguer certaines de leurs tâches. Sur la forme, les AS se sentent parfois dévalorisés par les infirmiers.
- Notons par ailleurs que les horaires de travail des infirmiers, jugés plus avantageux par les AS (qui commencent plus tôt), peuvent être source de frustration.
- Au-delà, les AMP et les AS expriment une frustration face à certains glissements de tâches : devenus de véritables couteaux suisses, ce sont des métiers qui cumulent des fonctions d'accueil, d'animation, d'agent restauration.
- Quant aux infirmiers, ils mettent en avant parfois le sentiment d'un manque de volonté de certains AS à réaliser leurs tâches, voire à les déléguer aux infirmiers.

Parmi les critiques formulées par les infirmiers à l'encontre des médecins coordinateurs figure, **une tendance des médecins à être dans la pure délégation** (voire le glissement des tâches), **et non dans l'accompagnement des infirmiers.**

*« Ce qui me plaît moins, c'est l'organisation dans le sens où, parfois, j'ai l'impression qu'on est démunis, le médecin délègue trop. Mais après je peux comprendre parce que généralement ces médecins-là ne sont pas que dans un seul EHPAD. Mais ils délèguent trop, ça nous rajoute une charge de travail. » (Cible 1, femme, 28 ans, infirmière, 4 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Ile-de-France)*

# Un rapport et une relation avec une hiérarchie hétérogène selon les métiers

## ASH, AS et infirmiers

La relation avec la direction se trouve plutôt absente des discours spontanés.

Il ne s'agit toutefois pas d'un sujet pour les personnels soignants rencontrés qui ont à cœur d'effectuer leur travail correctement, sans pour autant bénéficier d'une relation de proximité avec la direction.

À l'inverse, les relations avec le management de proximité, c'est-à-dire avec le chef de service ou le cadre supérieur suscite des attentes : de la présence / du contact, de l'écoute et un réel relai des demandes des soignants (notamment matérielles) auprès de la direction.

*« La direction, on ne les voit quasiment jamais. Sinon, on passe toujours par notre chef de service. Ça se passe plutôt bien. Mais il suffit qu'on ne s'entende pas avec, et ça veut dire qu'on n'a personne à qui parler au-dessus. » (Cible 1, femme, 36 ans, ASH et auxiliaire de vie, 12 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Provence-Alpes-Côte d'Azur)*

## Médecin coordinateur

La relation à la direction est bien plus présente et essentielle pour le médecin coordinateur interrogé.

Si cette relation peut parfois se révéler tendue (logique économique et logique de soin), l'entente reste bonne et la direction prend en compte ses préconisations – il note cependant que cela est possible parce que les moyens sont là.

*« C'est un jeune, c'est une nouvelle école. Quand je lui ai parlé de mettre en place des systèmes de suivi, d'optimisation des prescriptions, de logiciels qui pourraient éventuellement détecter des erreurs médicamenteuses de prescription ou de suivi par téléconsultation, il était à l'écoute. Mais une fois encore c'est toujours le même problème, c'est de l'investissement. » (Cible 1, homme, 56 ans, médecin coordinateur, 30 ans de médecine, 8 ans d'ancienneté en EHPAD, EHPAD privé indépendant, Ile-de-France)*

## Disposer de moyens pour bien accomplir son travail : des équipes stables et au complet



Pour rappel, la pénibilité ressentie au quotidien provient le plus souvent d'une surcharge de travail dû à un manque de personnel.

Sur ce point, **le déficit d'effectif et de remplacement des absents constitue un facteur de mécontentement et d'épuisement.**

Au-delà d'une charge de travail supplémentaire, les soignants considèrent qu'il est difficilement possible de bien travailler dans ce contexte :

- Les risques d'erreur se révèlent en effet plus importants (le pire pour un soignant), ce qui suscite beaucoup de stress.
- Ayant moins de temps et étant davantage sous pression, les soignants ont le sentiment d'être moins disponibles pour les résidents et moins patients.

« C'est très facile de perdre sa lumière dans le système médical parce qu'il suffit de tomber dans un lieu où on n'est pas accompagné, on n'a pas de moyens, on n'a pas de ressources matérielles, on n'a pas de moyens humains aussi, et du coup, on peut vite perdre sa fibre soignante. C'est-à-dire, je dois m'occuper de 10 patients, je dois faire ça, ça, ça, je n'ai pas le temps de leur parler, je n'ai pas le temps de leur sourire, etc. » (Cible 1, femme, 28 ans, infirmière, 4 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Ile-de-France)

# Disposer de moyens pour bien accomplir son travail : prendre le temps avec les patients

Disposer des moyens pour bien accomplir son travail, c'est aussi **pouvoir consacrer du temps à la relation avec les résidents, échanger avec eux et réaliser les soins avec attention et sans précipitation.**

1

C'est dans le soin et la relation aux résidents qu'ils trouvent de la beauté et un sens à leur métier.

2

Ce n'est qu'en disposant de temps que les soignants peuvent intervenir avec délicatesse, qu'ils s'agissent des soins de confort assurés par les aides-soignants ou des soins médicaux réalisés par les infirmiers.

Il est aussi question ici de comprendre les réticences ou les refus, de demander le consentement — en somme, d'exercer leur métier avec humanité.

« Il y a 80 résidents à peu près, on a le temps de tous de les voir. Et puis après, une fois qu'on a fait notre petit tour, ils sont toujours là à nous demander, 'est-ce que je pourrais avoir ça ?' Et puis après, pour les animations, on voit ce qu'ils aiment, on prend en compte ce qu'ils voudraient faire. Des fois, ça arrive qu'on fasse 2 animations distinguées. Il y a toujours des petits lotos. On essaye, avec les patients les plus cortiqués de faire des petits scrabbles, des jeux de cartes. Franchement, il y a de l'interaction. On les prend en compte. Et moi, c'est ça que je cherchais justement. » (Homme, 26 ans, infirmier, 3 ans d'ancienneté, EHPAD privé indépendant, Occitanie)

## Disposer de moyens pour bien accomplir son travail : bénéficier des ressources matérielles nécessaires

Cela implique, notamment pour les aides-soignants, **d'avoir en quantité suffisante les équipements permettant d'assurer les soins de confort** : protections pour les résidents, gants pour les toilettes, et l'ensemble du matériel indispensable à une prise en charge de qualité.

Il s'agit aussi de disposer des **moyens nécessaires pour stimuler les personnes âgées** et contribuer à ralentir leur perte d'autonomie, notamment à travers des activités et des animations adaptées.

Lorsque les ressources matérielles sont considérées comme limitées par les soignants, une certaine insatisfaction s'exprime chez ces derniers qui peut conduire à des mouvements de protestation internes ou à des revendications portées à la direction.

# Des leviers de reconnaissance qui s'articulent autour de deux axes

## La reconnaissance financière (salaires et primes)

Si la rémunération varie d'un EHPAD à l'autre, **AS et infirmiers se montrent assez satisfaits sur ce point** – même si, en règle générale, le salaire des soignants est jugé trop faible.

Seul le médecin coordonnateur considère que la rémunération demeure trop faible pour susciter l'intérêt de jeunes médecins.

Si les primes ont le mérite d'exister, elles sont toutefois perçues comme insuffisantes.

**N.B** : la générosité du CE est évoquée par une seule personne exerçant dans un grand groupe privé.

*« Franchement, quand vous voyez le salaire des infirmiers ou infirmières dans les autres structures privées ou publiques, que ce soit tous services confondus, ça ne vole pas très haut en général. » (Cible 1, homme, 26 ans, infirmier, 3 ans d'ancienneté, EHPAD privé indépendant, Occitanie)*

## La reconnaissance symbolique

**Tous soulignent le manque de reconnaissance symbolique de la part de la direction à travers notamment** : des marques d'attention telles des remerciements ou des félicitations après la gestion de situations de crise, ou encore des signes de sollicitude lorsque l'équipe traverse des périodes difficiles, comme une série de décès rapprochés.



Ces gestes, qu'ils soient transmis par mail ou lors d'échanges informels, sont perçus comme essentiels. C'est précisément sur ce terrain que les directions d'EHPAD sont attendues.

Au final, **ce sont principalement les personnes âgées voire leurs familles qui offrent aux soignants des marques de reconnaissance** : gratitude, remerciements, gentillesse, gestes d'affection.

# La qualité de vie au travail : un motif de satisfaction que les soignants interrogés jugent satisfaisant aujourd'hui

## Plus à la marge, des événements de team building initiés et financés par la direction

« Je fais partie d'un groupe de réflexion sur la qualité de vie au travail. Donc en fait, on met en place des actions pour le soignant, pour son bien-être. 2 fois par an par exemple là, c'était la journée burger. Il y a un food truck qui est venu à l'hôpital sur le parking et sur le temps du midi, ils proposaient des burgers aux soignants. C'est sympa ! » (Cible 1, aide-soignante, Ile-de-France)



## Des salles repos bien équipées

« J'ai un EHPAD où ça va, la salle de pause est pas mal dans le sens où ils ont mis des fauteuils, on peut s'allonger, on peut les basculer en position allongée, on se repose un peu. » (Cible 1, aide-soignante, Auvergne-Rhône-Alpes)

## Des locaux propres, en bon état

« Les locaux sont très propres, neufs. Donc, c'est agréable. Le matériel est de qualité, ça facilite aussi les soins. » (Cible 1, aide-soignante, Ile-de-France)

## Une attention particulière accordée à l'ergonomie afin de prévenir le risque de blessures : matériels adaptés (monte-personne, rail) et formations spécifiques

« La pénibilité physique, je ne la ressens pas trop parce que j'ai le matériel qu'il faut et parce que j'ai la formation qu'il faut pour ne pas me faire mal au dos. Ça, généralement, c'est proposé dans la première année où on a signé le CDI. Et puis, il y a des petits rappels réguliers. » (Cible 1, aide-soignante, Ile-de-France)

# Une satisfaction plus forte en EHPAD privé ?



Les témoignages mettent en lumière **quelques tendances générales et avantages significatifs des EHPAD privés** par rapport aux EHPAD publics.

- **Des équipes plus stables**, avec moins d'absentéisme et de turnover malgré tout.
- **La possibilité de négocier son salaire** (voire même les primes? selon un infirmier).
- **De meilleures conditions de travail** : moins d'heures travaillées, plus de matériel pour les soignants, des actions de QTV et plus de moyens pour les résidents (sorties, animations).
- **Des structures plus flexibles et moins codifiées.**
- Une **différenciation forte de l'offre** avec par exemple, des EHPADs « de luxe ».

Les points faibles évoqués tiennent surtout **au caractère privé et commercial des établissements** :

- Avec des structures jugées par certains trop commerciales (logique de rentabilité).
- Parfois également le sentiment d'une logique gestionnaire plus quantitative que qualitative.
- Des rapports avec les familles parfois perçus comme plus complexes car reposant sur un mode de relation client-prestataire.

A photograph of an elderly man with white hair and glasses, wearing a light blue button-down shirt, walking with a black walker in a hospital hallway. He is smiling and looking towards a young Black female nurse in a white uniform who is walking alongside him. The background shows other people sitting at tables in a common area. A large red semi-transparent circle is overlaid on the right side of the image, containing the text.

04.  
Des projections  
assez sombres  
pour le métier et le  
secteur... Ce qui génèrent  
plusieurs attentes

# Un système qui va craquer ?

## De plus en plus de résidents, et de plus en plus dépendants

*« On va certainement assister à une amplification du nombre de personnes à accueillir en établissement, que ce soit dans le public ou dans le privé. Ce qui fait la différence c'est l'argent, c'est tout, et pouvoir avoir des personnes compétentes, des professionnels de santé... » (Cible 1, homme, 56 ans, médecin coordinateur, 30 ans de médecine, 8 ans d'ancienneté en EHPAD, EHPAD privé indépendant, Ile-de-France)*

## Parallèlement : une difficulté à recruter des soignants qui va aller crescendo

Une réalité déjà perceptible chez les nouvelles recrues, mais aussi chez les soignants avec plus d'ancienneté (situation de burnout, d'épuisement, d'usure physique, etc.).

Un constat exacerbé par l'image fragilisée du secteur du soin en général : faible rémunération, crise de la vocation, pénibilité physique, charge émotionnelle importante, manque de personnel, fermeture de lits à l'hôpital déjà à l'œuvre.

*« La crise de vocation, je pense que c'est par rapport au manque de personnel. En fait c'est un cercle vicieux puisqu'en général, quand on travaille dans un EHPAD, c'est la chaîne. Malheureusement, c'est un peu ce qui ressort du bouche-à-oreille : 'comment tu fais, toi ?' Du coup, c'est compliqué. Il n'y a personne qui veut forcément y travailler. » (Cible 1, homme, 26 ans, infirmier, 3 ans d'ancienneté, EHPAD privé indépendant, Occitanie)*

→ Avec en tendance, le sentiment que les pouvoirs publics, comme les gestionnaires privés, ne prennent pas suffisamment en considération les besoins et la crise du métier.

# Attentes des répondants : alléger la charge de travail et redonner le temps au soin

1

**Des équipes stables et bien encadrées** pour éviter le cercle vicieux de l'absentéisme (sous-effectif → surcharge de travail → impression ne pas pouvoir faire son travail correctement → perte de sens → épuisement)

2

**Sur la question des effectifs, aller au-delà des préconisations de l'ARS** pour alléger le quotidien des soignants en prévoyant plus de soignants par résident

3

**Augmenter le temps par patient et par tâche**

4

**Alléger la charge administrative souvent assumée par les infirmières**, afin qu'elles puissent se consacrer davantage aux soins

5

**Un médecin coordinateur davantage présent** (voire à temps plein), avec un vrai rôle d'impulsion, de gestion et d'encadrement des équipes de soignants

## Demande de plus d'écoute de la part du management et a fortiori de la direction

1

Plus d'écoute de la part du management de proximité (chef de service) / de la direction, avec des points réguliers et **un réel relai pour faire remonter les besoins et problèmes éventuels.**

*« De l'écoute des demandes des soignants. Parce que qui est avec le patient ? C'est le soignant. Le directeur, le cadre sup, il est dans son bureau. » (Cible 2, homme, 54 ans, passage de ASH à AS, Ile-de-France)*

2

La possibilité pour les soignants d'être **force de proposition** pour améliorer le quotidien des résidents, **de prendre l'initiative** (++)infirmiers et aides- soignants)

*« Qu'on nous laisse le libre choix de pouvoir mettre en place des choses, que ce ne soit pas cantonné à 'la structure elle est comme ça, chez nous ça fonctionne comme ça' et on n'est pas ouvert à d'autres propositions pour améliorer le quotidien. » (Cible 2, femme, 46 ans, en reconversion, Auvergne-Rhône-Alpes)*

## Demande de plus de reconnaissance

1

**Davantage de reconnaissance symbolique et financière** (des primes de pénibilité par exemple).

*« Je pense qu'il faudrait déjà qu'on reconnaisse plus la pénibilité du travail, financièrement ou dans la prise en charge des problèmes de santé. Au niveau de l'employeur, plus de reconnaissance dans la pénibilité du travail, ça veut dire augmenter les salaires. » (Cible 1, femme, 25 ans, aide-soignante, 5 ans d'ancienneté, grand groupe EHPAD privé, Auvergne-Rhône-Alpes)*

2

Une attention plus grande au **bien-être et à la santé mentale des soignants.**



05.  
Conclusion : quels arguments mettre en avant pour attirer les soignants en EHPAD privé ?

# Quels arguments mettre en avant pour attirer les soignants en EHPAD privé ?

## Valoriser les métiers

- Promouvoir les compétences techniques avec des patients multi-pathologies.
- Mettre en avant les compétences psychosociales : empathie, coopération et entraide, autonomie, « agilité ».
- Faire ressortir la dimension émotionnelle, l'expérience humaine.

## Promouvoir un engagement fort : le bien-être des résidents

- S'engager à assurer un nombre minimal de soignants par résident (au-delà aussi des préconisations ARS).
- Engager un médecin coordinateur à temps plein ?

## Jouer sur l'environnement et de meilleures conditions de travail en EHPAD privé

- Davantage de flexibilité et d'horizontalité.
- Plus globalement encore, un secteur qui recrute et qui ne sera jamais remplacé par l'IA.