



EHESP

**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE
SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**

Promotion : **2011-2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**LA BIEN TRAITANCE MANAGERIALE
A L'EHPAD SAINT-LOUIS :
UNE NOUVELLE FORME DE
MANAGEMENT MOTIVATIONNEL**

Sophie LABART

Remerciements

A José Pulido, Directeur du CRF Léopold Bellan, pour son accompagnement, son soutien tout au long de ce parcours de formation.

Pour les savoirs et les compétences transmis merci à « mes maîtres » :

Jean-Luc Hamiache, Directeur Générale des maisons de retraite « La Compassion »

Bernard Mabileau, Directeur adjoint au Centre Hospitalier de Pontoise

Merci à André Razadindranaly, Directeur Général du Centre Hospitalier Nord Deux Sèvres pour son accompagnement personnalisé dans la réussite de mon projet professionnel.

Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenu dans mon projet professionnel : ma famille, mes amis et mes collègues de promotion.

Merci à toutes les personnes qui ont accepté de participer à ce travail de recherche

Sommaire

Introduction	1
1 Constat de départ	3
1.1 Les maisons de retraite La Compassion	3
1.2 L'EHPAD Saint-Louis du Centre Hospitalier de Pontoise	8
1.3 Deux situations différentes, un constat identique de désinvestissement au travail et un questionnaire sur l'axe managérial à adopter	11
1.4 Les outils juridiques d'amélioration des conditions de travail et les concepts mobilisés	13
2 Les enquêtes de terrain	27
2.1 Les professionnels des deux EHPAD	27
2.2 Les directeurs d'établissements	36
2.3 Le médecin du travail	39
2.4 Synthèse et analyse globale des résultats	44
3 Vers une posture managériale bienveillante	47
3.1 Le projet d'établissement	48
3.2 Le projet individuel de vie	50
3.3 Les audits organisationnels	52
3.4 Cultiver le bien être au travail	56
Conclusion	61
Bibliographie	62
Liste des annexes	I
Annexe 1 : questionnaire destiné aux agents des deux EHPAD	II
Annexe 2 : grille d'entretien destinée aux Directeurs des établissements	VII
Annexe 3 : grille d'entretien destinée aux médecins de santé au travail	VIII
Annexe 4 : tris croisés totalités des réponses par catégories professionnelles	IX
Annexe 5 : tris croisés totalités des réponses par lieu d'exercice	XI

Liste des sigles utilisés

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
CH : Centre Hospitalier
CHRD : Centre Hospitalier René Dubos
ANESM : Agence Nationale d'Evaluation du secteur Social et Médico-social
MOBIQUAL : MOBilisation pour la QUALité
PASA : Pôle d'Activités et des Soins Adaptés
GIR : Groupe Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins
PMP : PATHOS Moyen Pondéré
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
AS : Aide-Soignant
ASH : Agent de Service Hospitalier (pour l'établissement public)
ASH : Agent de Service Hôtelier (pour l'établissement privé)
AMP : Aide Médico-Psychologique (AMP)
AVS : Auxiliaire de Vie Sociale
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
VAE : Validation d'Acquis d'Expérience
ETP : Equivalent Temps Plein
SSR : Service de Soins Suites et de Réadaptation
ARS : Agence Régionale de Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales
IFAS : Institut de Formation d'Aides-Soignantes
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
CTE : Comité Technique Paritaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CE : Comité d'Entreprise
CTE : Comité Technique Paritaire
CSH-CT : Comité Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire
MARTHE : Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des Personnes âgées
RTT : Réduction du Temps de Travail
DUER : Document Unique d'Evaluation des Risques
RPS : Risques Psycho-Sociaux
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
PIV : Projet Individuel de Vie
TMS : Troubles Musculo-squelettiques
CVS : Conseil de la Vie Sociale
CLACT : Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail

Introduction

Au cours de mon cursus de formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), j'ai effectué deux stages en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'un en structure privée non lucrative et l'autre en établissement public rattaché à un Centre Hospitalier (CH). Au cours de mon stage en EHPAD public, j'ai rencontré des professionnels désinvestis, démotivés.—Situation justifiée *a priori* par les conditions de travail plus que perfectibles, par les carences en matériels pour exercer les activités ou, encore, par défaut d'un projet d'établissement.

Mon analyse de la situation m'aurait conduit, de prime abord, à conclure que le désinvestissement des professionnels était, sans doute, en lien avec les conditions de travail. D'ailleurs, lorsque le personnel a travaillé sur le projet architectural (en 2006-2008) visant à reconstruire un bâtiment neuf, la motivation des agents a été réellement perçue par l'équipe de direction. Mais, ce projet n'a pas été finalisé ce qui a peut-être accentué le désinvestissement des agents au travail ainsi que leur positionnement en retrait.

Cette conclusion aurait été facile et y remédier aurait consisté à appliquer des recettes managériales de remotivation au travail.

Mais la simplicité de ce raisonnement a été remise en question par le stage que j'ai effectué dans un EHPAD privé. En effet, j'ai fait un constat similaire concernant le manque de motivation des salariés. Pourtant, cet EHPAD a été très récemment réhabilité, ce qui a eu pour finalité d'offrir aux résidents et aux salariés des conditions d'hébergement et de travail que je pourrais qualifier d'exceptionnelles. De plus, cet établissement certifié est à la pointe de la réglementation en termes de projet d'établissement et de projet personnalisé de vie des résidents. Dès lors, pourquoi dans cette structure, les salariés sont-ils eux aussi désinvestis et peu motivés ? Que leur manque-t-il ?

Ce double constat a perturbé mon analyse de la situation de l'EHPAD public et m'a permis de m'interroger sur les causes de ce désinvestissement ainsi que sur une méthodologie de résolution de problème utilisable par un directeur pour remédier au problème de désinvestissement au travail. La démotivation est-elle liée la posture managériale adoptée par les directeurs ? Que faut-il mettre en place pour remotiver les équipes soignantes ?

Pour répondre à la question : « que peut mettre en place un directeur d'EHPAD pour remédier au désinvestissement au travail des professionnels ? », il m'a fallu, dans un premier temps, réaliser un état des lieux sur les deux structures, par la mise place d'un audit interne et des recherches conceptuelles sur le sujet. Le second temps a été consacré à une enquête sur les deux terrains (auprès des directeurs, des médecins de santé au travail et auprès des professionnels) et en l'analyse des résultats à partir de mon corpus théorique. Le troisième temps a été amorcé au cours de mes huit mois de stage par ce que j'ai appelé la mise en place d'une posture managériale de bienveillance des professionnels de l'EHPAD public.

1 Constat de départ

Au cours de mes deux années de formation à l'EHESP, j'ai effectué deux stages dans deux EHPAD différents. Mon stage dit « extérieur » a été réalisé en EHPAD privé (non lucratif) et mon stage dit de « professionnalisation » a été réalisé en EHPAD public rattaché à un Centre Hospitalier. Lors de ces deux stages dans des structures semblables sur certains points (nombre de lits, places d'accueil de jour ...) mais bien différentes sur d'autres caractéristiques (locaux, organisations, effectifs, qualité de prise en charge...), je suis surpris de constater que le personnel semble peu motivé, peu investi dans son travail. Pourtant, une des deux structures m'apparaît comme un établissement de référence en termes de qualité de prise en charge et de qualité de prestations offertes. Mais, y compris dans cet établissement « modèle », je rencontre des professionnels désinvestis. Mes interrogations de futur directeur d'établissement sanitaire sociale et médico-social vont donc s'orienter sur comment faire pour avoir du personnel motivé, investi dans son travail et dans ce qu'il donne aux résidents ? Quels axes managériaux faut-il adopter et pourquoi ?

Avant de comparer les deux structures, il est important de réaliser une présentation du terrain d'enquête de mon travail de recherche : l'EHPAD « La Compassion » et l'EHPAD « Saint-Louis ». Si je peux comprendre que le personnel de l'EHPAD « Saint-Louis » puisse être quelque peu démotivé, j'ai plus de difficulté à comprendre pourquoi le personnel de l'EHPAD « La Compassion » se retrouve dans une situation similaire.

1.1 Les maisons de retraite La Compassion

Présentation de l'association

Le choix du siège des maisons de retraite « La Compassion » comme lieu de stage, pour le stage extérieur, est lié aux missions nombreuses que ces structures mènent toujours au plus près des besoins de la population accueillie. Les maisons de retraite « La Compassion » s'inscrivent dans une démarche d'assurance qualité garantissant à toute personne âgée, dépendante ou non, de bonnes conditions de vie, d'accompagnement et de soins. Les valeurs de ces établissements sont « *respect, dignité et citoyenneté* »¹. Les dirigeants pensent que « *l'homme se soigne pour vivre mieux, il ne vit pas pour se soigner* »² et que « *la vie ne doit pas être organisée pour plus de soins mais les soins organisés pour plus de vie, il ne faut pas laisser le médical réglementer la vie* »³. Cette association, à but non lucratif (loi 1901), gère en Picardie trois maisons de retraite sur le département de l'Oise (Chaumont-en-Vexin, Beauvais et Domfront). Son ancrage historique lui permet de revendiquer un savoir-faire et une connaissance des besoins des personnes âgées et des opportunités offertes par le contexte local.

¹ Extrait du projet d'établissement de « La Compassion », page 6.

² *Ibid*, page 81.

³ *Ibid*, page 81.

Les valeurs des établissements sont soutenues par une position éthique (laïcité, égalité, respect, dignité, citoyenneté, lutter contre l'exclusion des personnes vulnérables...). Il s'agit pour ces établissements de s'appuyer sur les objectifs de la mission et sur la notion de résultat tant au niveau de la qualité de la prestation (questionnaire de satisfaction et d'autoévaluation Angélique) que d'un résultat au niveau économique et financier.

Selon le Directeur Général de l'association « La Compassion », le système économique et budgétaire doit satisfaire les personnes âgées et valoriser les salariés dans l'action qu'ils mènent au quotidien. C'est par une participation efficace qu'il est possible de mettre au travail les énergies créatrices de tous et ainsi réduire les résistances au changement. Cette forme de direction nécessite l'engagement de tous au niveau de leur implication dans le travail mené, elle permet à chacun d'être responsable au plus près de l'action dans son champ de compétences.

Les trois établissements s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité pour aller vers une certification des prestations (norme AFNOR : NF X 50-058⁴).

Dans le cadre de l'accompagnement du personnel, les établissements ont prévu de mettre à sa disposition un code de bonne conduite ainsi qu'un livret d'accueil des salariés.

Une position citoyenne est adoptée afin de garantir le droit des résidents. La personne âgée accueillie dans ces maisons de retraite a le droit au respect et à la dignité. Elle conserve également son droit à l'indépendance et à l'expression. De fait, elle est tenue informée, en premier lieu, de tout ce qui la concerne. Le résident doit pouvoir participer à la vie de la commune (conserver le droit de vote, sa carte d'identité nationale, aller au marché, faire les courses, aller à la piscine...).

Le logement du résident est un lieu privé dans lequel le personnel ne pénètre pas n'importe comment. La notion de "chez soi" est une réalité.

La relation entre le personnel et les résidents est courtoise et chaleureuse, excluant la familiarité et les préjugés. Le personnel se doit d'être attentif aux résidents. Ainsi, par l'observation, par exemple, il peut aider à décoder les souffrances, les épisodes pathologiques et la douleur qu'éprouve le résident sans pour autant qu'il soit à même de se plaindre ou même de demander de l'aide. Les établissements travaillent en appliquant la charte des droits et libertés de la personne accompagnée.

Pour réaliser mon benchmarking, je vais utiliser les éléments de l'établissement de Chaumont-en-Vexin. D'une part, parce que cet établissement a obtenu la certification NF

⁴ Norme Française NF X 50-058 "Services des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées - Cadre éthique et engagements de service". Février 2003.

X 50-058 en 2010, label qualité et, d'autre part, parce qu'il se rapproche de l'EHPAD « Saint-Louis », établissement où j'effectue mon stage de professionnalisation.

La maison de retraite La Compassion de Chaumont-en-Vexin

Est un établissement médico-social associatif situé au sud-ouest de l'Oise, à la croisée des départements de l'Eure (Haute-Normandie), du Val d'Oise (Ile-de-France) et de la Seine-Maritime (Haute-Normandie). La maison de retraite se situe à proximité du centre du bourg permettant aux résidents de garder un contact avec la vie sociale et culturelle.

Située dans une propriété de 5 hectares, la maison de retraite propose un hébergement d'une capacité de 172 lits dont 24 lits pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. Elle dispose de 5 places en accueil de jour et de 5 places en accueil temporaire.

D'une superficie comprise entre 22 et 45 m², majoritairement individuelles, les chambres sont équipées de sanitaires (lavabo et de douche à l'italienne), prise de téléphone privative et prise de télévision. Elles sont conçues comme un véritable « chez soi ».

L'établissement est organisé en quatre services de vie qui favorisent une dimension « humaine et conviviale ». Chacun de ces services dispose d'une salle à manger, d'un office alimentaire, de plusieurs salons. L'établissement dispose d'une salle à manger pour les amis et familles des résidents. Une des quatre unités est une unité Alzheimer dotée d'équipement permettant une prise en charge adaptée des 24 résidents : cuisine thérapeutique, balnéothérapie, espace *Snoezelen*⁵, salle d'activité et d'animation. Un personnel formé est dédié à la prise en charge des patients accueillis dans cette unité.

L'ensemble de l'établissement a bénéficié, en 2009, d'une rénovation architecturale complète offrant aux résidents, mais aussi aux soignants, un cadre de vie/de travail particulièrement agréable et fonctionnel.

L'établissement a également ouvert un pôle d'activités et des soins adaptés (PASA) pouvant accueillir 10 résidents. Actuellement, l'établissement travaille à la mise en place d'une plateforme de répits.

Le Groupe Iso Ressources (GIR) Moyen Pondéré⁶ de cet établissement est de 670 et le PATHOS⁷ moyen pondéré est de 181. Le ratio Aide-Soignante (AS) c'est-à-dire le nombre d'Equivalent Temps Plein AS divisé par le nombre de résidents est de 0,21.

⁵ Cette approche est née aux Pays-Bas dans les années 1970 à l'initiative de deux psychologues pour accompagner des personnes atteintes d'autisme. La méthode Snoezelen® consiste à mettre en éveil des sensations physiques.

⁶ GIR Moyen Pondéré (GMP) correspond au niveau moyen de dépendance des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Plus le GMP est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est important.

⁷ Le référentiel Pathos sert à établir une « photographie » de l'état de santé d'une population de résidents à un instant « T » (grâce à l'établissement d'une « coupe Pathos » autrement dit, une étude sur la charge en soins des résidents d'un établissement) afin de déterminer les niveaux de soins nécessaires pour assurer le traitement des pathologies dont souffrent les patients.

Lors de deux mois de stage, j'ai pu apprécier la qualité du service rendu aux résidents. En effet, j'ai réalisé 10 journées d'audit d'observation des pratiques. Les audits ont concerné la fonction aide-soignante sur les quatre services et la fonction infirmière (fonction transversale) sur une plage horaire de 7 heures à 21 heures. J'ai également réalisé un questionnaire pour les personnes auditées. Ce travail m'a permis de constater une qualité de prise en charge assez exemplaire tant au niveau des prestations hôtelières que des actes de nursing, de soins ou encore d'animation. Cette observation est en corrélation avec l'enquête de satisfaction des résidents réalisée chaque année qui montre qu'en 2011, plus de 86% des résidents sont satisfaits voire très satisfaits. De même l'enquête de satisfaction des familles montre qu'en 2011 79% des familles sont satisfaites.

Il n'a pas été réalisé d'enquête de satisfaction des salariés. Le directeur n'en voit pas l'utilité et pourtant les salariés auraient envie de s'exprimer sur certaines choses les concernant. Au regard des résultats d'audit, l'organisation du travail peut sans doute être améliorée notamment pour remédier à une prise en charge qui peut paraître trop morcelée. Dans cet établissement, j'ai constaté des pistes d'améliorations possibles malgré une prise en charge globale des résidents de qualité et des conditions de travail satisfaisantes en termes d'effectifs, de conditions matérielles et fonctionnelles.

Malgré des conditions de travail excellentes, des professionnels peu motivés

De mes interviews avec les différentes catégories professionnelles, il ressort que chaque corps professionnel est persuadé d'être bien meilleur que l'autre corps avec qui il collabore dans la prise en charge du résident. Les pratiques sont éthnocentrées⁸. Par exemple, les infirmières jugent le travail des AS à partir d'elles-mêmes, mais pas par rapport à ce qui est fait. De plus, j'ai rencontré dans cet établissement peu de solidarité entre les équipes (aucun travail en binôme AS/Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)) qui, de fait, pourrait peut-être alléger la charge de travail. Comme le dit Christian Du Tertre⁹ « *à la question individuelle de la charge de travail, il ne peut être apporté qu'une réponse collective et institutionnelle* ». Cette réponse collective ne m'est pas apparue aux cours de mes journées d'observation des pratiques. Or, je pense que face à la grande dépendance de certains résidents une prise en charge collective aurait permis d'améliorer la qualité de prise en charge du résident et la satisfaction des soignants.

Ce qui interpelle dans cet établissement c'est que malgré des conditions de travail plus que satisfaisantes, les professionnels montrent peu de motivations dans leur travail. Ils adoptent une position de retrait telle que la décrit Renaud Sainsaulieu dans « *l'identité au travail* »¹⁰. Les AS évoquent beaucoup leur charge de travail qui s'intensifie de plus en plus. Il semble important pour moi de comprendre si les agents évoquent la charge de travail prescrite (ce

⁸ Ecole de Chicago. Théorie des années 1930

⁹ Christian Du Tertre, professeur en sciences économiques, Université Paris VII, directeur du laboratoire d'intervention et de recherche ATEMIS « *Analyse du travail et des mutations des industries et des services* ».

¹⁰ Renaud Sainsaulieu : « *l'identité au travail* » Presse De Sciences Po, Paris, 480p

qu'il faut faire), la charge de travail réelle (tout ce que mettent en œuvre les individus et les collectifs pour atteindre les objectifs) ou bien la charge de travail subjective ou vécue, c'est-à-dire l'évaluation que font les salariés de leur propre charge. Si la charge prescrite est de l'ordre du « devoir », la charge réelle relève du « faire »¹¹.

La charge de travail vécue, dont il me parle, est en effet bien supérieure à la charge de travail réelle qui m'apparaît facilitée par les commodités disponibles dans les chambres des résidents (douche à l'italienne très accessible). Pourtant, certaines AS continuent de réaliser des toilettes aux lits alors que le résident est ensuite installé au fauteuil et donc tient correctement assis. Les AS m'affirment que cela prend moins de temps de réaliser une toilette au lit par rapport à une douche. Or, c'est faux. La question finalement est de savoir ce que le résident préfère (toilette au lit ou douche ?). Mais la question ne lui a jamais été posée lors de mes observations. Pourtant le projet individuel de vie est en cours de formalisation et prend en compte les désirs et attentes du résident.

J'ai également le sentiment, lors de mes observations et de mon recueil de données, que les agents manquent de reconnaissance dans le travail. Même si le personnel ne me l'exprime pas en ces termes. Les AS se plaignent des relations avec la direction et les IDE (qui ne reconnaissent pas leur travail), mais de leur côté elles procèdent de la même manière avec les Agents de Service Hôteliers (ASH) ou encore avec les cuisiniers.

Personne ne semble reconnaître le travail de l'autre. Ce manque de reconnaissance est-il en lien avec la démotivation ?

Les AS me disent « *la direction ne veut pas nous écouter sur l'amplification de la charge de travail, elle nous répond sans cesse que nous sommes mal organisées* ». Les IDE ont d'ailleurs le même discours vis-à-vis des AS : « *Elles sont mal organisées, elles ne pensent qu'à leurs toilettes et à avoir terminé pour midi* ». Il est vrai que certaines AS, présentent dans l'établissement depuis très longtemps, « cadrent » le travail selon ce qu'elles ont toujours connu. Nous pourrions parler ici de la domination des pratiques, par la mise en exergue d'un modèle imposé (*habitus*¹² professionnel ?), qui génère une adhésion de fait, même si cela va à l'encontre des valeurs et des pratiques des autres membres du groupe. Une des responsables de service (de fonction AS) me dit « *les jeunes, je suis obligée de les encadrer, elles n'arrivent pas formées* ». Pourtant, les nouvelles AS ou Aides Médico-Psychologiques (AMP) sont toutes diplômées. Cet effet de groupe, décrit par Kurt LEWIN¹³, existe dans cet établissement et ne permet pas une prise de recul nécessaire au changement des pratiques.

Cette structure devrait peut-être s'inscrire d'avantage dans une logique d'évaluation et de questionnement des pratiques plutôt que de se conforter dans des certitudes. Un échange autour des pratiques permettrait sans doute de mesurer les avantages et les inconvénients,

¹¹ Thierry Rousseau, mars-avril, 2006, « *la charge de travail : faire face aux nouvelles exigences* ». Revue travail et changement N°307 p 3

¹² Pierre BOURDIEU : « *Le sens pratique* ». Paris, Éditions de Minuit, 1980

¹³ Kurt Lewin : « *frontiers in group dynamics* ». 1946. 235 p

les risques et l'intérêt de toute action ou absence d'action. Est entendu ici par action, une prise de risque et de responsabilité que la réflexion sur les pratiques permet de mieux appréhender et donc de gérer.

Il est donc surprenant, dans cet établissement, de découvrir un personnel peu satisfait, peu motivé et peu investi. Cela contraste d'autant plus avec les dirigeants qui sont de leur côté très motivés, très investis et sans cesse porteurs de nouveaux projets.

1.2 L'EHPAD Saint-Louis du Centre Hospitalier de Pontoise

L'EHPAD Saint Louis est un établissement public médicalisé hébergeant des personnes âgées dépendantes. C'est un établissement médico-social rattaché au Centre Hospitalier René Dubos (CHRD) de Pontoise. La capacité autorisée est de 201 lits et de 10 places d'accueils de jour. Les 201 lits sont habilités à l'aide sociale.

Les résidents sont repartis sur deux sites :

L'EHPAD blanc a été construit en 1957 et rénové en 1985, ce bâtiment possède une capacité d'accueil de 125 résidents sur quatre niveaux (dont 7 chambres doubles)

L'EHPAD vert construit en 1975 est l'ancienne Unité de Soins de Longue Durée du CHRD devenue EHPAD en 2005. Le bâtiment possède une capacité d'accueil de 76 Résidents sur 2 niveaux (dont 24 chambres à 2 lits)

Le taux d'occupation de l'EHPAD en 2011 était de 97%. Les résidents accueillis sont pour 24% des hommes et pour 76% femmes. L'âge moyen est de 84 ans.

Le GIR Moyen Pondéré était de 778,77 au 30 novembre 2011 et le Pathos Moyen pondéré était de 134 (non réévalué par l'Agence Régionale de Santé depuis novembre 2008).

L'EHPAD « Saint-Louis » sert de lits d'aval pour le CHRD.

Actuellement, 73 % de la population accueillie à l'EHPAD « Saint-Louis » présentent des démences et la moitié rencontre des troubles du comportement. A ce jour, cet établissement ne dispose d'aucune unité spécialisée dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

La première convention tripartite a été signée en décembre 2005, la seconde convention n'a pas encore été signée. L'année 2012 sera l'année du bilan de la première convention et une signature de la seconde convention tripartite est prévue début 2013.

L'EHPAD « Saint-Louis » est un établissement qui peut-être qualifié d'inadapté et de surdoté en personnel. Les locaux sont inadaptés à la majorité de la population accueillie. Le modèle d'organisation de la prise en charge est trop hospitalier, comme le précise le rapport d'inspection de février 2010. Les ratios soins et IDE sont supérieurs aux ratios recommandés. le ratio AS-AMP est quant à lui inférieur à celui des EHPAD publics rattachés à un Centre Hospitalier tout en étant supérieur au ratio des EHPAD publics autonomes et très nettement supérieur au ratio des EHPAD privés comme l'EHPAD « La Compassion » de Chaumont-en-Vexin. L'absentéisme dans cet établissement (13% en

2011) est en diminution (21% en 2010) mais reste supérieur à la moyenne nationale. De plus, l'EHPAD « Saint-Louis » est en convergence tarifaire.

En 2010, l'EHPAD « Saint-Louis » est informé par l'ARS que l'établissement est concerné par la convergence tarifaire. La dotation globale de financement « soins » perçue en 2009 dépasse le plafond de ressources d'environ 20%. L'EHPAD « Saint-Louis » s'est donc engagé à procéder à la convergence tarifaire dans le cadre d'un avenant à la convention tripartite avec l'engagement d'un retour à l'équilibre en 2016. En 2016, la dotation globale « soins » devra être au niveau du tarif plafond. Pour le tarif, l'EHPAD « Saint-Louis » est en tarif global soins et bénéficie de la Pharmacie à Usage Intérieur du CHRD.

La convergence tarifaire oblige l'EHPAD « Saint-Louis » à mettre en adéquation les dépenses de la section soins au regard de sa dotation globale de financement des soins. Depuis 2010, la dotation globale de financement de soins diminue progressivement. Fin 2016, terme de la convergence, cette baisse de dotation cumulée atteindra 752 000 euros.

Ce plan d'économie à mettre en œuvre est en relation avec les niveaux d'encadrements de l'établissement qui sont, pour beaucoup, supérieurs aux niveaux recommandés.

Analyse synthétique du rapport d'inspection de février 2010

	Mode de calcul	EHPAD Saint-Louis	Recommandé par le CROSMS Ile de France	Ecart en ETP
Ratio global d'encadrement	Nombre ETP total / Nombre de résidents	0,68	0,60	+ 18 ETP
Ratio soins	Nombre ETP (IDE, Médecins, auxiliaires médicaux, 70% des ASD) / Nombre de résidents	0,37	0,30	+ 14 ETP
Ratio Aide Soignants Diplômés (ASD) Aide Médico-Psychologiques (AMP)	Nombre ETP ASD ou AMP / nombre de résidents <small>le ratio ASD-AMP reste cependant supérieur au ratio des EHPAD public autonome (0,24) Aucune AMP n'est en poste à l'EHPAD Saint-Louis souligne le rapport d'inspection</small>	0,27	0,35	- 16 ETP
Ratio Agents de Service Hospitalier (ASH)	Nombre ETP ASH / nombre de résidents <small>le rapport d'inspection a également soulevé la présence de 8 ETP brancardiers, situation ne se rencontrant dans aucun autre EHPAD</small>	0,26	0,18	+ 16 ETP

En 2011, avec l'injonction de l'ARS de remplacer les chambres à 3 lits en chambres à 2 lits, les ratios ont encore augmenté. Ainsi le ratio global est passé à 0,73 (soit un écart de + 26 Equivalents Temps Plein (ETP) avec le ratio recommandé).

Malgré un effectif plus que confortable, des professionnels peu motivés

En arrivant en stage à l'EHPAD « Saint-Louis », j'ai souhaité réaliser des audits d'observations et des entretiens semi-directifs avec les agents observés, sur la plage de jour et sur la plage de nuit. Sur cet établissement, j'ai organisé trente journées (ou nuits) d'audit pour évaluer les fonctions infirmières (IDE), aides-soignants (AS), agents de service hospitalier (ASH), cuisiniers et brancardiers. Ce travail a été mené en collaboration avec les cadres de l'établissement.

Ce travail m'a permis de constater que les agents se plaignent d'être en sous effectif et d'avoir une charge de travail importante. Pourtant, il est nécessaire de noter que les effectifs de l'EHPAD « Saint-Louis », par rapport à l'EHPAD « La Compassion », sont multipliés parfois par trois selon la catégorie socioprofessionnelle.

Tableau comparatif des effectifs de l'EHPAD « La Compassion » et de l'EHPAD « Saint-Louis ».

	Effectifs de l'EHPAD « La Compassion » (en ETP)	Effectifs de L'EHPAD « Saint-Louis » (en ETP)
IDE	9	20,3
AS	34	58
ASH	27,3	55
BRANCARDIER	0	8
CADRES	1 ETP Infirmière coordonnatrice	3 ETP Cadres de Santé, 1 ETP cadre hôtelier, 1 ETP cadre supérieure
Caractéristiques de l'établissement	172 lits, 5 places en accueil de jour et 5 places en accueil temporaire. GMP 671 – PMP 181	201 lits et 10 places en accueil de jour GMP 778 – PMP 134
Taux d'absentéisme en 2011	4,8%	13%

Les agents me disent qu'il n'est pas possible de prendre en charge correctement les résidents car ils sont peu nombreux. La cadre supérieure de santé rencontre beaucoup de difficultés dans le recrutement des soignants (pourtant le CHRD possède un Institut de Formation en Soins Infirmiers et un Institut de Formation d'Aides-Soignantes).

Le personnel rencontré me dit néanmoins apprécier de travailler auprès des personnes âgées. Beaucoup de professionnels ont choisi de venir dans ce secteur. *A contrario*, d'autres agents se sont vus imposer ce secteur de l'hôpital au regard de leur statut (agent en promotion professionnelle), leur souhait pour beaucoup est de ne pas y rester.

Il y a quelques années, la direction des soins avait fait de l'EHPAD le passage obligé pour être titularisé et/ou muté au CHRD. Un engagement de trois ans était formalisé avec l'agent. Aujourd'hui, ce n'est plus la politique menée par la cadre supérieure qui préfère recruter du personnel volontaire et motivée pour le secteur d'activité « personnes âgées ».

Alors que les effectifs présents sont bien supérieurs aux ratios recommandés, la satisfaction du personnel dans cet EHPAD n'est pas présente. Le personnel apparaît ici très démotivé et cherche à partir de l'établissement, les recrutements sont difficiles, et l'absentéisme est très élevé.

En travaillant sur le projet individuel de vie des résidents, je m'aperçois qu'il y a peu d'analyse de leurs pratiques.

Il est vrai que contrairement à l'EHPAD « La Compassion » les locaux sont plus anciens, notamment sur le bâtiment vert, et n'ont pas de commodités adaptées. Les chambres possèdent des cabinets de toilette mais il n'y a que deux points douches par étage (pour 38 lits). Sur le bâtiment blanc, les conditions architecturales de travail sont nettement

supérieures. Chaque chambre est équipée d'une salle de bain avec douche à l'italienne. Mais, il n'existe pas d'unité spécifique « Alzheimer », bien que plus de 70% de la population accueillie souffrent de démences. Les locaux sont néanmoins sécurisés pour certains secteurs qui accueillent des résidents déments.

Il est important de noter que la signature de la seconde convention tripartite est soumise au projet architectural que le CHRD doit présenter.

En effet, le CHRD souhaiterait reconstruire un EHPAD composé de trois unités Alzheimer de 48 lits (chaque unité étant elle-même séparée en deux lieux de vie de 24 résidents), de deux unités de 30 lits équipées chacune de 10 lits « grandes dépendance » et de 1 lit d'hébergement temporaire. Ce projet architectural permettrait de solliciter l'autorisation d'ouvrir un Pôle d'Activités et des Soins Adaptés (PASA) pouvant accueillir chaque jour 12 à 14 résidents tout en conservant son autorisation pour dix places d'accueil de jour. Une estimation financière faite avec le Directeur financier montre que cet investissement est de l'ordre de 4 800 000 euros pour une capacité identique. Cet investissement aurait un impact sur le prix d'hébergement qui se situerait autour de 90 euros par jour au lieu de 58 euros actuellement. Cette augmentation conséquente est refusée notamment par le conseil général (50% des résidents sont sous aides sociales).

Les équipes me disent très souvent que l'EHPAD passera toujours après les autres projets de l'hôpital. En effet, malgré des conditions architecturales qui se dégradent, elles ont vu la construction du bâtiment Femme-Enfant, du bâtiment « sud »... Aujourd'hui, une fois encore, l'EHPAD n'apparaît toujours pas prioritaire.

1.3 Deux situations différentes, un constat identique de désinvestissement au travail et un questionnement sur l'axe managérial à adopter

Le constat a été fait sur deux établissements de natures juridiques différentes, un EHPAD public et un EHPAD privé non lucratif. Des structures qui partagent les mêmes valeurs « *respect, dignité et citoyenneté* ». Des conditions, en matière de ressources humaines, plus que favorables d'un côté, des conditions architecturales et matérielles que je qualifierai d'exceptionnelles dans l'autre établissement. Et dans chaque EHPAD, le même constat : des salariés/agents peu motivés, peu investis. Le désinvestissement au travail est marqué dans les deux établissements par le fait que les agents s'arrêtent beaucoup notamment en fin de semaine et/ou pendant les congés scolaires. Ils s'arrêtent également à la moindre remarque concernant la qualité de leur travail me disent les cadres de santé. Un absentéisme largement supérieur à la moyenne nationale est, la plupart du temps, un indicateur de malaise social de l'établissement. En 2010, le taux d'absentéisme pour les établissements de plus de 100 personnes était de 9%¹⁴. En 2011, L'EHPAD « Saint-Louis »

¹⁴ Dans une note conjoncturelle rendue publique en mai 2011, Dexia Sofcap le cabinet de courtage en assurance des collectivités territoriales signale une augmentation de l'absentéisme pour raisons de santé dans la fonction publique hospitalière en 2010.

à un taux d'absentéisme de 13% et l'EHPAD « La Compassion » à un taux d'absentéisme autour de 4,8%. A l'EHPAD « Saint-Louis » ce taux à atteint 21% en 2009.

Le désinvestissement au travail est aussi en lien avec le taux de rotation important du personnel. Quand les conditions de travail deviennent difficiles, les agents quittent leur travail de façon volontaire. La diminution de productivité est aussi un indicateur de désinvestissement, dans le secteur de la santé, c'est un indicateur difficile à mesurer. Mais lorsque les agents de l'EHPAD « Saint-Louis » ne lèvent pas tous les résidents le week-end pour des raisons souvent peu entendables (sous-effectif AS, absence du brancardier...) et qu'en plus, ils formalisent ce qu'ils n'ont pas fait dans une fiche d'événement indésirable cela dénote un réel désinvestissement au travail voire relève de la maltraitance.

Des actes de malveillance ou de violence au travail sont aussi des indicateurs de désinvestissement au travail. Ce type d'attitude m'a été décrit par les agents de l'EHPAD « Saint-Louis » et sera confirmé par mon recueil de données. D'ailleurs, le personnel m'exprime qu'il a conscience que ce qu'il fait n'est pas très professionnel et que cela peut être qualifié de maltraitance.

Dans les deux établissements, les risques psycho-sociaux ont des scores de criticité élevés dans les Documents Uniques respectifs. La criticité est calculée comme le produit de la fréquence par la gravité. D'après le ministère du travail, les risques psychosociaux recouvrent des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés : stress, harcèlement, épuisement professionnel, violence au travail... Ils peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que des dépressions, des maladies psychosomatiques, des problèmes de sommeil, mais aussi générer des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), des maladies cardio-vasculaires voire entraîner des accidents du travail.

Les agents de l'EHPAD m'affirment avoir des troubles et des altérations de leur santé. Les manifestations décrites sont des troubles du sommeil, digestifs ou encore de types émotionnels. J'ai pu, lors de réunion de travail, observer des professionnels avoir des réactions exacerbées telles que des pleurs, de la colère ou encore de la violence verbale qu'il a fallu canaliser. La présence de groupes de parole est demandée depuis longtemps par les agents des deux établissements. Des ateliers d'analyse des pratiques seraient sans doute souhaitables pour ces agents.

La question que l'on peut se poser est : qu'est-ce qui génère cette situation au niveau du management?

Cette situation est-elle propre à ce secteur d'activité (la personne âgée) ?

Le problème soulevé dans ces deux établissements est-il en lien avec les conditions de travail ? Les effectifs ? L'organisation du travail ? Le management ?

Existe-t-il un manque de reconnaissance au travail ayant pour répercussion une souffrance au travail ?

La souffrance au travail est-elle une conséquence du manque de valorisation du travail des agents ?

Ce constat est-il en relation avec la posture managériale ?

Face à ce constat alarmant que doit mettre en place le directeur d'établissement ?

Que faut-il mettre en place à l'EHPAD « Saint-Louis » pour remotiver le personnel ?

Ne voyons-nous pas dans ce constat, la nécessité d'aborder la problématique de désinvestissement au travail des agents de l'EHPAD « Saint-Louis » pour éviter un positionnement de retrait des agents. Position qui pourrait entraîner des situations de maltraitance des résidents.

Problématique :

Face à la problématique de désinvestissement du personnel de l'EHPAD « Saint-Louis », adopter une posture managériale bienveillante est-elle la solution ?

Hypothèses :

- 1- Reconnaître et valoriser le travail des agents en EHPAD augmente leur implication dans le travail.
- 2- Améliorer la qualité de vie au travail des agents de l'EHPAD « Saint-Louis » doit devenir une stratégie managériale pour obtenir une amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents.

Pourtant, depuis de nombreuses années déjà, les établissements sanitaires et médico-sociaux sont dotés d'une législation en faveur de l'amélioration des conditions de travail et de la prévention des risques professionnels. Dans le cas des deux EHPAD évoqués, les problèmes décrits par les agents ont-ils été exposés dans les instances consultatives, comme le Comité Technique d'Etablissement, le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail, Le Comité d'Entreprise du secteur privé ?

Sont-ils décrits dans le Document Unique d'Evaluation des Risques ?

Si oui, un plan d'action est-il mis en place pour réduire les risques ?

1.4 Les outils juridiques d'amélioration des conditions de travail et les concepts mobilisés

La mise en place d'instances consultatives comme le Comité Technique d'établissement (CTE) et le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT) a permis, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, de mettre en place une concertation des représentants du personnel, mais aussi des agents eux-mêmes au travers l'élaboration du Document Unique d'Evaluation des Risques (DUR), sur les axes d'amélioration à mettre en œuvre en terme de conditions et de sécurité de travail. De

même, les procédures d'évaluations interne et externe des EHPAD instaurées dans la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale permettent-elles aussi de s'interroger sur les points faibles de l'établissement y compris en terme de soutien au personnel.

S'il apparaît important de connaître les outils juridiques permettant de travailler à l'amélioration des conditions de travail, s'accorder sur une définition des différents concepts (désinvestissement, bientraitance, posture managériale bientraitante...) semble indispensable au stade de ce travail.

Les outils juridiques permettant d'améliorer les conditions de travail dans les établissements médico-sociaux.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux poursuivent des obligations d'intérêt général et sont tenus d'assurer des activités de manière à répondre aux besoins de la population. Longtemps dans ces établissements ont été maintenus des cloisonnements et des rigidités souvent critiqués pour leur manque d'efficacité. Le législateur a modifié à de nombreuses reprises l'organisation interne des établissements publics afin d'accroître l'efficacité et de mieux réguler les enjeux de pouvoirs, notamment les oppositions traditionnelles entre le corps médical et la direction ou encore entre cette dernière et les partenaires sociaux, laissant progressivement une place aux différentes catégories professionnelles dans les procédures de décisions. La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière est, dans ce domaine, le texte essentiel. La mise en place d'instances consultatives a ainsi permis de favoriser la concertation interne systématique au risque parfois d'alourdir le processus de décision. L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, a introduit dans les établissements sanitaires les premiers pas d'une *nouvelle gouvernance*¹⁵. Ce nouveau pilotage de l'action publique a été poursuivi par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST)).

La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale a modifié l'organisation interne des établissements médico-sociaux. Cette loi a notamment permis aux établissements d'affirmer et de promouvoir les droits des personnes accueillies. Désormais, l'établissement doit élaborer **une charte de la personne accueillie et un règlement de fonctionnement** qui définissent les droits, les obligations et les devoirs de la personne accueillie. Afin que le résident puisse respecter les règles de vie collective au sein de l'établissement. De même, entre l'établissement et le résident est signé **un contrat de séjour** (ou un document individualisé) qui garanti une prise en charge adaptée. Ce dernier permet de définir les objectifs de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le

¹⁵ Cette terminologie provient de l'expression « *good governance* » utilisée dans les années 1980 par les institutions internationales. Ce terme recouvre l'objectif d'instituer un véritable « pilotage » de l'action collective (incluant action et contrôle)

respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. La mise en place **d'un projet d'établissement** précisant le projet institutionnel de vie, d'animation et de socialisation permet à l'établissement de définir ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités, de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. **Le projet personnalisé de vie**, obligatoire depuis la loi du 2 janvier 2002, est également un outil permettant une prise en charge adaptée à son âge et à ses besoins et un accompagnement individualisé favorisant le développement du résident, son autonomie et son insertion. **Le conseil de la vie sociale** permet quant à lui, une participation active et renouvelée de l'ensemble des acteurs.

S'approprier les outils notamment le projet d'établissement et le projet personnalisé de vie comme outils managériaux dans une démarche participative peut sans doute aider à réduire le désinvestissement des professionnels exerçant en EHPAD. Dans la structure publique aucun de ces deux outils n'a été développés. A l'EHPAD « La Compassion » ces deux outils existent mais concernant le projet d'établissement, il n'a pas fait l'objet d'un travail de concertation avec les équipes.

Concernant les questions de la qualité de vie au travail, les représentants du personnel ont sans aucun doute un rôle à jouer. La difficulté pour les agents de l'EHPAD « Saint-Louis » est peut-être liée au fait que cet établissement est rattaché au centre hospitalier, les instances consultatives sont celles du CH et de ce fait les problématiques de l'EHPAD sont noyées dans les problématiques générales de l'hôpital.

Les organes représentatifs des personnels se sont dotés progressivement d'un rôle dans des domaines définis par décret (le Comité Technique d'Etablissement, Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail).

Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Ce comité est une instance consultative obligatoire visant à associer le personnel non médical à la gestion de l'établissement. Il permet de mettre en place un dialogue social au sein de l'établissement. Dans les établissements privés tels les établissements « La Compassion », il existe le même type d'instance nommé « Comité d'Etablissement (CE) ». Le CTE est composé de représentants du personnel non médical élus par collèges définis selon l'appartenance des agents aux catégories A (emplois de direction), B (emplois d'encadrement) et C (personnels d'exécution). Le CTE est une instance non paritaire c'est-à-dire que le nombre de représentants du personnel n'est pas égal au nombre de représentants de l'administration. Cette disposition résulte de la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière pour les établissements sanitaires et de la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Le CTE est

présidé par le directeur de l'établissement, qui peut se faire assister de membres de l'équipe de direction (voix consultative). Le nombre de représentants du personnel dépend de l'effectif de l'établissement. Le CTE n'a qu'un rôle consultatif, mais il peut émettre des vœux auxquels le directeur de l'établissement doit répondre dans un délai de deux mois.

Le CTE est consulté sur un certain nombre de points dont **les conditions de travail du personnel et notamment les incidences des actions de modernisation des méthodes ou équipements de travail**. Par cette instance, le personnel, *via* les représentants du personnel, peut faire remonter à l'administration ses difficultés en matière de conditions de travail.

Les sujets concernant l'EHPAD « Saint-Louis » parviennent peu jusqu'à cet instance qui de fait ne joue peut-être pas pleinement son rôle. Il semble important pour un directeur d'établissement de travailler les réorganisations avec les principaux intéressés (notamment les équipes) et d'exposer les réorganisations aux instances prévues à cet effet pour entériner les décisions prises.

Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHS-CT)

Ce comité obéit aux règles générales fixées par le Code du Travail (articles R. 236-1 à R. 236-22). La législation du travail s'applique dans ce domaine (article L. 231-1 du Code du Travail). L'augmentation des problèmes liés à l'hygiène, à la protection de la santé et à la sécurité au travail a conduit les pouvoirs publics à préciser le rôle et les compétences du CHS-CT dans les établissements de santé.

Tout établissement de plus de cinquante agents doit comporter un CHS-CT dont la composition englobe des membres avec voix consultatives et des membres avec voix délibératives. Ces membres sont des représentants du personnel non médical (désignés par les organisations syndicales représentatives en fonction du nombre de voix obtenus lors des élections aux commissions paritaires) et des représentants du personnel médical (désignés par la Commission Médicale d'Etablissement). Les membres de la direction ont des voix consultatives tout comme le médecin du travail de l'établissement et les médecins inspecteurs du travail.

Les missions du CHS-CT sont de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, à la prévention et à l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail.

Le CHS-CT est donc une instance qui permet d'engager l'établissement dans une démarche d'amélioration des conditions de travail.

Si le personnel de l'EHPAD « Saint-Louis » reconnaît avoir recours si besoin aux représentants du personnel, les informations sur les conditions de vie au travail du personnel de l'EHPAD remontent peu dans cette instance. Suite aux journées d'audit que j'ai mené dans l'établissement et aux préconisations de réorganisation que j'ai formulé, un travail a été amorcé visant à mettre en place des groupes de travail par thématique. Le bilan des audits a été présenté aux équipes pour formaliser avec elles les plans d'actions à mettre

en œuvre. Ce travail a fait l'objet d'une présentation aux représentants du personnel qui ont souhaité s'associer aux groupes de travail. La finalité étant de faire de l'EHPAD « Saint-Louis » un véritable lieu de vie pour le résident, c'est-à-dire, à mettre en place une organisation qui ne soit plus calquée sur l'hôpital et un lieu de travail bien traitant pour le personnel.

Le Document Unique d'Évaluation des Risques (DUER):

Le document unique d'évaluation des risques, a été créé par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001. Ce décret a transposé la directive européenne sur la prévention des risques professionnels.

Le décret définit trois exigences :

- Le document unique liste et hiérarchise les risques pouvant nuire à la sécurité et à la santé de tout agent. Il s'agit de réaliser un inventaire exhaustif et structuré des risques de chaque unité.
- Le DUER doit permettre de préconiser des actions visant à réduire les risques, voire les supprimer. Il permet de mettre en place un plan d'actions.
- Le document unique fait l'objet de réévaluations régulières (au moins une fois par an), et à chaque fois qu'une unité de travail a été modifiée. Il est également revu après chaque accident du travail.

Ce DUER présente un avantage indéniable, celui de regrouper, sur un même support, l'ensemble des données recueillies : les postes de travail, les activités, les risques décrits par les agents, leur fréquence, la gravité ainsi que leur criticité. Ce travail permet d'offrir un panorama détaillé des risques auxquels les travailleurs sont exposés. Il permet également de mettre en évidence les mesures de prévention et de protection mises en place dans l'établissement suite à cet inventaire. Et surtout, de procéder à un suivi de la démarche de prévention grâce aux actualisations régulières.

Le DUER apparaît donc comme la première étape dans l'amélioration des conditions de travail et de la sécurité des agents. Les améliorations mises en place permettront à l'établissement de diminuer les risques, donc de diminuer les accidents de travail, les maladies professionnelles et, sans aucun doute, l'absentéisme. A ce jour, le DUER est formalisé sur l'EHPAD « Saint-Louis » mais n'a fait l'objet d'aucun plan d'amélioration visant à réduire les risques les plus critiques comme les risques psycho-sociaux. Si le travail de recensement est fait, il est important pour un directeur de s'en saisir pour mettre en place un plan d'actions en collaboration avec le personnel.

L'évaluation interne et externe des EHPAD

Entrer dans une démarche d'évaluation de la qualité des EHPAD est une pratique devenue systématique qui a été introduite par la réforme de la tarification de ces établissements et

mise en œuvre par la réglementation d'avril 1999¹⁶. Même si la qualité n'est pas une préoccupation nouvelle dans le secteur médico-social, l'élément nouveau introduit par la réforme de la tarification des EHPAD est la notion de formalisation systématique d'une démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans le cadre de conventions établies entre l'établissement, le Conseil Général et l'Assurance Maladie.

Pour la mise en place de l'évaluation interne, un outil d'auto-évaluation a été élaboré par le Ministère de L'Emploi et de la Solidarité, la Mission d'Appui à la Réforme de la Tarification de l'Hébergement des Personnes âgées (MARTHE) et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique en partenariat avec de nombreuses associations : l'outil Angélique¹⁷. Cet outil aide les établissements à établir un bilan, à dégager leurs points forts et leurs points faibles, et à préciser les axes d'améliorations en matière de qualité.

L'évaluation peut donc, elle aussi, être utilisée comme un levier permettant de poser un diagnostic y compris en terme d'améliorations des conditions de travail et de mettre en œuvre un plan d'actions. A ce jour, l'évaluation interne est réalisée à l'EHPAD « Saint-Louis » mais les plans d'actions qui en ont découlé sont en lien avec l'amélioration de la qualité de vie des résidents, aucun n'a été mené pour améliorer la qualité de vie au travail.

Les enquête de satisfaction du personnel :

Les enquêtes de satisfaction annuelles du personnel sont également des outils mis à la disposition du Directeur pour connaître l'avis des salariés sur un certains nombre de points et pour mettre en place des actions visant l'amélioration des conditions de travail.

Une enquête de satisfaction a été élaborée puis lancée à la fin de ma période de stage, les résultats permettront sans aucun doute de travailler à l'amélioration des conditions de travail des agents.

Les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT)

*« L'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail représente un enjeu essentiel de la politique des ressources humaines et du dialogue social. À cet égard, les CLACT constituent un levier important pour contribuer à cette amélioration dans la fonction publique hospitalière et jouent un rôle moteur pour accompagner les établissements de santé dans le développement d'une culture de prévention »*¹⁸. Ces contrats locaux bénéficient d'un financement par les crédits spécifiques du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP).

Les ARS peuvent ainsi financer des actions s'articulant autour des deux axes prioritaires :

- Le soutien aux projets innovants pouvant concerner plusieurs établissements

¹⁶ Décret N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD.

¹⁷ <http://www.solidarite.gouv.fr> : Améliorer la qualité en EHPAD : l'outil Angélique.

¹⁸ Instruction DGOS/RH3 n° 2010-248 du 6 juillet 2010 relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et les établissements participant au service public hospitalier.

- La promotion de processus ayant pour objet le développement d'une politique de lutte contre les risques professionnels, l'amélioration des rythmes de travail et l'accompagnement des mobilités.

Le CHRD a créé un groupe de travail, composé de membre de la direction, des partenaires sociaux et de la médecine du travail, chargé de mettre place ce type de contrat au sein de l'établissement. Leur mission vise à travailler à l'amélioration des conditions de vie au travail. L'EHPAD n'est, à ce jour, pas représenté dans ce groupe de travail.

Pour un directeur d'EHPAD les outils juridiques permettant d'améliorer les conditions de travail existent et permettent de mettre en œuvre une réelle concertation du personnel et des partenaires sociaux. Mais, dans les deux établissements enquêtés, ces outils, s'ils existent, ne sont pas véritablement utilisés comme levier de changement et d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Définir les concepts utilisés dans ce travail de recherche permettra à la fois de se mettre d'accord sur la définition des termes utilisés et à la fois d'alimenter l'analyse des données recueillies auprès des acteurs.

Le désinvestissement au travail :

Le concept de désinvestissement apparaît dans la littérature comme une conséquence du déficit de reconnaissance au travail. Le risque de désinvestissement ne semble pas lié au recul de la valeur travail mais à une lacune de reconnaissance. La question qu'il faut se poser alors est : Est-ce que le management de l'établissement est un levier susceptible de pallier le manque de reconnaissance ?

Dans son ouvrage « *Le nouvel âge du travail* », Pierre Boisard¹⁹ confirme que l'attachement au travail comme valeur connaît un regain sensible. Il prend comme exemple un sondage du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel de 2005 où, à la question qu'est-ce qui selon vous dévalorise-le plus le travail ?, 39% de salariés répondent « *le manque de reconnaissance des employeurs* ». La demande de reconnaissance résulte également, selon l'auteur, de la montée de l'individualisme.

Dans les établissements de santé le désinvestissement se manifeste par un absentéisme élevé, par une rotation importante du personnel ainsi que par une diminution de la productivité. Les agents adoptent alors une position de retrait, ne sont plus force de proposition et sont peu enclin à participer à la vie de l'établissement. Or en EHPAD, l'établissement est avant tout un lieu de vie et pas uniquement un lieu de soin. Comment faire entrer de la vie dans la structure pour les résidents si les agents eux-mêmes ne ressentent pas du bien être au travail ? Que doit mettre en place le directeur pour motiver les équipes et leur donner l'envie de s'investir pour l'institution ?

¹⁹ Boisard Pierre : « *Le nouvel âge du travail* » Hachette Littératures, Février 2009

Les recommandations de bonnes pratiques en EHPAD visent à développer la notion de bientraitance pour les résidents mais comment mettre en place cette culture avec du personnel désinvesti, démotivé ?

Avant de répondre à cette question, revenons sur le concept de bientraitance.

La bientraitance :

L'Agence Nationale d'Evaluation des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) dans son guide de recommandations des bonnes pratiques professionnelles « *La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* » définit le concept de bientraitance au travers des ses origines et des différents courants de pensées qui s'en approche.

« *La bientraitance est l'une des conséquences de l'exigence d'équité et de justice sociale qui concerne l'ensemble des acteurs sociaux* »²⁰.

Le concept de bientraitance est marqué, selon ce guide, par plusieurs autres concepts à la fois complémentaires et préparatoires. La notion de **bienfaisance** évoquée dans le **rapport Belmont** de 1979 (« *ne faites pas de tort* » et « *maximiser les avantages et minimiser les dommages possibles* »²¹). La notion de **bienveillance**, se situe dans un contexte d'attitude positive vis-à-vis de l'utilisateur en termes d'intention des professionnels. Le concept de bientraitance peut également s'appuyer sur les enseignements en matière de **communication** de **Carl Rogers**²². Son approche centrée sur la personne met l'accent sur la qualité de la relation entre le soignant et le patient (écoute, empathie, authenticité et non-jugement). La notion de **sollicitude**, développée par **Paul Ricœur**²³, consiste à adopter, dans une relation à l'autre dissymétrique, une attitude permettant de rétablir un équilibre plutôt que de l'accentuer. Dans cette notion, la réponse à l'autre doit être singulière, respectueuse et soucieuse de la vulnérabilité de l'interlocuteur.

La notion de « **care** » en opposition à la notion de « **cure** » développée par les anglo-saxons, montre qu'il y a une différence entre l'attitude qui vise à « **guérir** » et celle qui vise le « **prendre soin** ».

Enfin, le **concept de bientraitance** voit le jour dans les années quatre-vingt-dix, il est évoqué dans le comité de pilotage ministériel de « **l'opération pouponnières** », travail qui visait à humaniser l'accueil des très jeunes enfants. En quelques années, le terme de bientraitance s'est imposé dans le secteur médico-social. En 2008, l'ANESM publie les premières recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur ce thème. Cependant le mot n'est toujours pas dans le dictionnaire.

La notion de bientraitance est, selon moi, également à relier à l'éthique.

²⁰ Recommandation des bonnes pratiques professionnelles – *La Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*. ANESM, Paris juin 2008. p.9

²¹ The Belmont Report : « *Ethical Principles and Guidelines for the protection of human subjects of research* », 1979.

²² Carl R Rogers : « *Le développement de la personne* ». Paris : Dunod, 1998.

²³ Paul Ricœur : « *Soi-même comme un autre* ». Paris : Seuil, 1990.

L'Éthique :

L'éthique peut se définir comme la science de la morale et des mœurs. Plus concrètement, **l'éthique correspond pour un professionnel à la capacité d'être en mesure de justifier ses choix et ses actions au regard des normes et d'en assumer les conséquences.**

L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer **le bien agir en tenant compte de la situation**. L'éthique permet de rechercher la bonne décision dans une situation donnée.

La réflexion éthique émerge d'un questionnement pouvant provenir des professionnels, des personnes accueillies ou de leur entourage. Collective, elle associe plusieurs points de vue et elle est, en générale, déclenchée par des situations concrètes et singulières qui appellent à des valeurs contradictoires ou des principes d'intervention d'égale légitimité. **Elle donne du sens aux pratiques, elle renforce les relations de confiance entre les différents acteurs.** En effet, cette réflexion impulse un échange collectif sur des questions de fond, c'est **un vecteur de construction et de cohésion d'équipe.**

De plus, elle renforce les relations avec les usagers car elle permet de formaliser des lignes de conduites de l'accompagnement des personnes accueillies.

A l'EHPAD « Saint-Louis » il n'existe pas de commission de réflexion éthique qui pourrait être un lieu permettant au personnel une prise de recul nécessaire.

La démarche de bientraitance ne consiste pas, elle non plus, à opposer le bien et le mal. Cette démarche ne trouve son sens que si l'on mène un processus de réflexion éthique dans les réponses sociales et les pratiques des professionnelles. L'éthique apporte un éclairage utile des situations où les enjeux humains des décisions sont importants. D'autant que les professionnels sont soumis à des contraintes et à des paradoxes qui peuvent leurs paraître insolubles. Comment favoriser l'autonomie du résident mais garantir le risque zéro ? Comment innover dans les pratiques tout en respectant procédures et recommandations ? Comment s'investir dans son travail tout en respectant les horaires de travail ? Comment faire plus avec des moyens de plus en plus limités ?

Ces questions nous amènent à nous interroger sur la notion de posture managériale bientraitante. Quelles définitions lui donner ?

La posture managériale bientraitante :

Jusqu'ici les réflexions des entreprises portaient essentiellement sur les relations avec les partenaires externes (relations avec les clients/patients/résidents, les acteurs sociaux, politiques) et les problématiques liées au respect de l'environnement, aux matériels... De fait, on observait de nombreuses carences en matière d'éthique relatives au management des hommes, comme si cette activité relationnelle et humaine pouvait s'exonérer d'un ensemble de valeurs. Au nom d'une performance économique, d'une nécessité d'efficacité, d'efficience, certains managers ont des comportements managériaux « non éthiques ». Ces

comportements peuvent être de la violence verbale, du mépris de la personne, des pressions hiérarchiques, du chantage. Situations qui sont autant de sources de stress, de démotivation, de perte d'estime de soi pouvant aller jusqu'à un acte suicidaire. En 1998, Marie France Hirigoyen dans son livre « *le harcèlement moral : la violence verbale au quotidien* »²⁴ définit la notion de harcèlement moral. Ce livre a rencontré un succès considérable et inattendu, par ailleurs il a permis de révéler un phénomène de société dont on ignorait jusque-là l'ampleur dans le monde du travail.

Dans le contexte de la société d'aujourd'hui, il semble important pour une entreprise de comprendre l'impact d'une responsabilité sociale en matière de management : « *Il est temps de prendre conscience de l'importance de cette dimension intangible mais capital du management des hommes. Car elle est aussi un levier majeur de la performance de l'organisation ou de l'entreprise* »²⁵. Pour ces deux auteurs, les modèles de la qualité totale font apparaître la puissante synergie qui existe entre les pratiques managériales éthiques et la recherche de la compétitivité et de la performance de l'entreprise.

Les pionniers du courant de la qualité totale sont des américains et ont tous œuvrés à un moment ou un autre au contrôle de la qualité dans l'usine de la Western Electric à Hawthorne, près de Chicago. Cette usine, qui fonctionnait selon les principes de gestion scientifique de Taylor, avait été rendue célèbre par les expériences menées par Elton Mayo, entre 1927 et 1932, pour démontrer les relations possibles entre l'environnement de travail, la motivation des travailleurs et la productivité.

William Edward Deming insistait sur la priorité à donner au client et repoussait la méthode de gestion autoritaire du taylorisme. La série des quatorze principes de W.E. Deming parue dans « *Out of the Crisis* »²⁶ est souvent citée et pourrait faire figure de charte du mouvement de la qualité totale. Le septième principe est intitulé : « *adopter et instituer le leadership* » c'est-à-dire « *plutôt que le commandement et le contrôle autoritaire, mettre l'accent sur les sources d'amélioration, sur les idées concernant la qualité des produits et des services et sur la mise en œuvre de ces idées. **Le rôle des gestionnaires consiste avant tout à aider les employés à accomplir leurs tâches*** ». Le huitième principe consiste à « *faire disparaître la peur* », c'est-à-dire que « *chacun dans l'entreprise doit se sentir à l'aise de parler ouvertement, sans craindre pour la sécurité de son emploi. Miser sur la confiance* ». W.E. Deming préconise également, compte tenu que chaque service est tantôt fournisseur, tantôt client d'un autre service, de privilégier la communication et la coopération interservices. Il insiste également pour que les employés ne soient pas traités

²⁴ M.F. Hirigoyen : « *le harcèlement moral : la violence verbale au quotidien* ». Editions La découverte et Syros, Paris 1998. 212 p.

²⁵ D. Belet et Z. Yanat : « *l'éthique managériale : responsabilité sociale et enjeu de performance durable pour l'entreprise* » dans la lettre de la recherche (mai 2004).

²⁶ William Edwards Deming : « *Out of the Crisis* ». Mit press. 1986.

comme de la marchandise. **Ils doivent participer à l'amélioration de la qualité et être fiers du travail bien fait auquel ils contribuent.**

Selon W.E. Deming, pour améliorer la qualité, il faut pouvoir compter sur toutes les ressources particulières des employés et sur leur motivation intrinsèque. **Pour que l'organisation puisse satisfaire les besoins des clients, les besoins des employés doivent être satisfaits.** En France la question de la bientraitance managériale apparaît encore sous développée. Sans doute est-ce liée au poids historique de la culture hiérarchique, centralisée et bureaucratique dont Michel Crozier parle dans « *Le phénomène bureaucratique* »²⁷. Il s'avère sans doute nécessaire pour un manager d'acquiescer des qualités humaines et relationnelles qui lui permettront d'atteindre une qualité managériale, « *La non prise en compte des aspects éthiques du management humain aura un coût croissant pour ces organisations et tôt ou tard les atteindra dans leur compétitivité et leur performance* »²⁸.

Développer la bientraitance managériale apparaît comme un facteur essentiel de la performance des entreprises et des organisations.

Selon le psychologue américain Daniel Goleman, il semble alors important de prendre en compte les dimensions psychologiques comportementales dans le management des hommes. Daniel Goleman définit dans son ouvrage « *l'Intelligence émotionnelle – Tome 2 : accepter ses émotions pour s'épanouir dans son travail* »²⁹, les cinq compétences élémentaires et essentielles dans la vie professionnelle :

- La conscience de soi
- La maîtrise de soi
- La motivation
- L'empathie
- Les aptitudes humaines

Ces compétences ne peuvent être travaillées par le salarié que dans un climat managérial serein, qui laisse une place à l'épanouissement de l'agent. Mais la bientraitance managériale ne fait que trop rarement partie de la stratégie d'entreprise. Même si aujourd'hui, des discours, des chartes d'entreprises sont formalisés pour privilégier l'éthique managériale, cela reste peu pratiqué à ce jour en France.

Daniel Belet et Zahir Yanat affirment que « *la mise en œuvre pratique et effective d'une éthique managériale réfléchie et intégrée à la stratégie de développement constitue un formidable gisement potentiel de progrès et de performance globale et durable des organisations [...]* »³⁰

²⁷ M. Crozier : « *le phénomène bureaucratique* ». Paris, Le Seuil, 1964, Collections Points et Essais

²⁸ D. Belet et Z. Yanat : *Opus cité*

²⁹ D. Goleman : « *l'Intelligence émotionnelle – Tome 2 : accepter ses émotions pour s'épanouir dans son travail* ». Editions J'ai lu. Paris 2003. 384 p.

³⁰ D. Belet et Z. : *Opus Cité*

La notion de management est définie par Taylor comme le « *scientific management* » qui est la conduite scientifique des ateliers. Henri Fayol définit la fonction administrative au début du 20^{ème} siècle : prévoir, organiser, commander, coordonner, contrôler. Pour Peter Drucker c'est « *l'activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au changement* »³¹. Cette dernière définition me paraît convenir à une institution comme un EHPAD. En effet, la prise en charge des résidents est le résultat d'un travail collectif, nous avons le même but : réaliser une prise en charge personnalisée de qualité tout en respectant des valeurs communes comme le respect de la dignité, de l'intimité...

Le personnel possède les qualifications et la formation requises et suit régulièrement des formations pour s'adapter aux évolutions. L'établissement est organisé pour assurer une prise en charge continue. Les notions de performances sont aujourd'hui présentes dans le champ médico-social, en effet, nous devons impérativement respecter les budgets alloués et entrer dans une démarche d'amélioration de la qualité...

A partir des tâches qui reviennent aux managers et de ces quelques définitions, il ressort trois axes fondamentaux :

La définition de la raison d'être, des buts et des objectifs de l'entreprise. Ce sera l'objet de la stratégie. La stratégie générale d'un établissement médico-social est définie par son directeur. Mais à chaque autre échelon le manager aura à définir la stratégie de son service en fonction de la stratégie de l'institution.

La gestion des opérations à l'intérieur de l'établissement afin d'atteindre les objectifs définis. Cette gestion comprend l'organisation, la planification, l'attribution des ressources (matières, hommes, matériels, etc.), la qualité des produits, la sécurité du personnel, le respect de l'environnement, le suivi des résultats, etc.

Les relations humaines à l'intérieur de l'entreprise qui présentent une importance particulière et se retrouvent partout dans le fonctionnement de l'entreprise.

La notion de « manager » peut donc être interprétée de nombreuses façons, ce qui peut aboutir à la mise en place de systèmes rigides car trop planifiés, cadrés, de procédures trop procédurières, des normes trop sécuritaires qui en font oublier l'utilisateur, sa singularité, ses désirs, ses attentes, imposer des choses à des vies qui ne nous appartiennent pas. En EHPAD, l'obligation de mettre en place un projet individuel personnalisé de vie (loi 2002-2 du 2 janvier 2002) est un premier outil qui vise à positionner le résident au cœur de la prise en charge. Cet outil permet de mettre en exergue les désirs et attentes du résident et de mettre en œuvre un plan d'actions pour y répondre.

En France, les EHPAD fonctionnent avec une convention tripartite signée avec l'Etat et le département. Si, cette dernière précise aux directeurs des structures ce qu'il faut faire rien

³¹ P Druker : « *la nouvelle pratique de la direction des entreprises* ». Editions des organisations. Paris p 105

n'est dit sur le comment faire. Le directeur a donc toute autonomie dans son mode de management.

Pour DEMING, La première étape managériale est, selon lui, une clarification. Chaque acteur dans l'organisation doit comprendre le but du système et savoir comment diriger ses efforts. Certains auteurs parlent de socle du collectif, d'une culture d'entreprise, « *d'une philosophie partagée par tous les acteurs et une volonté affichée et façonnée au quotidien d'être dans une culture du « care », du prendre soin de la personne dans sa globalité* »³².

Il semble également nécessaire de responsabiliser les salariés. Le manager doit pour cela pouvoir mettre en œuvre un environnement équitable, des règles claires et acceptées mais aussi un environnement de transparence et d'écoute (authenticité, expression, écoute, parlé vrai). A tous les niveaux l'encadrement à un rôle non négligeable à jouer, il s'agit bien d'une stratégie managériale d'établissement. Stratégie clairement annoncée qui pourrait figurer dans **le projet de l'établissement**.

Pour éviter la peur évoquée par Deming, il est nécessaire de créer un environnement de confiance et de participation : savoir écouter, encourager, donner de l'estime, tout en étant ferme. Il s'agit de manager des compétences, ce qui oblige à abandonner une logique d'organisation du travail autour des postes prédéfinis au profit d'une logique de missions autour de compétences professionnelles. Les sources de valeurs ajoutées d'une entreprise ne sont plus les biens matériels mais les talents, les compétences et les énergies des hommes.

Il s'agit en fait, de procéder avec le salarié comme on procède avec le résident au moment de son entrée dans l'institution. Mettre en place un projet individuel de vie, c'est demander au résident ce qu'il faisait autrefois, ce qu'il aimerait faire dans notre établissement, et ainsi découvrir ses centres d'intérêts. Ainsi, nous allons trouver de l'utilité à la personne âgée. Pour le personnel, pour qui le travail auprès de personnes âgées est peu attractif, peu valorisé par les tâches à accomplir qui sont lourdes et répétitives, il semble indispensable de décentrer l'agent des soins trop lourds. Il faut lui donner la possibilité d'exprimer ces autres « talents » au cours d'animations, de prise en charge autre que « la toilette » par exemple.

Il est intéressant de pouvoir s'appuyer sur les savoirs accumulés d'une équipe pour permettre d'enrichir la vie sociale des résidents mais aussi les relations professionnelles et interpersonnelles de chacun et ainsi de « *lutter contre l'épuisement et le burn-out* »³³. Pour que cela fonctionne, il faut évidemment inclure l'individu dans un groupe : l'équipe.

Une équipe pluri-professionnelle où chacun se sent considéré au même niveau avec un objectif commun afin d'éviter une prise en charge morcelée.

³² C Deutschmeyer, N Camboulive, M Fieffe Gouvernante : « *Recruter – motiver : Tout un art* » Article la revue francophone de gériatrie et de gérontologie. N° 178, octobre 2011

³³ C. Deutschmeyer, N. Camboulive, M. Fieffe Gouvernante : *ibid*

Un manager doit fédérer les individus, créer un sentiment d'appartenance qui donne envie de s'impliquer.

Thomas Gordon³⁴ parlerait lui de relation « gagnant – gagnant ». Les fondements de la méthode développée par Thomas Gordon reprennent, entre autres, les recherches d'Abraham Maslow, sur la satisfaction des besoins. Il a conjugué la relation de reconnaissance, la recherche de compréhension de l'autre et l'affirmation de soi pour une conception de la résolution des conflits sans perdant. L'application de ce concept en entreprise est reprise par de nombreux auteurs, notamment en négociation. Comme le soulignent M. CROZIER et E. FRIEDBERG, le partage et le transfert des savoirs et de compétences ne peuvent se faire que dans un climat de confiance, de bonne entente de l'équipe, d'absence d'enjeux de pouvoirs ou de rivalité. Le travail en EHPAD est un travail collectif où la solidarité doit être omniprésente.

En management, il apparaît également judicieux de dépister les fausses motivations, derrière les revendications, il existe d'autres choses comme le besoin de reconnaissance, de valorisation. Pour de nombreux auteurs, comme A. Maslow³⁵, le travailleur cherche à satisfaire les besoins suivants : possibilité de se réaliser, d'épanouir son potentiel, son talent, de sentir sa progression.

La réalisation au travail nécessite que l'établissement propose **un projet**, il apparaît qu'un agent qui sait chaque jour pour qui et pourquoi il vient travailler est un agent qui va bien. L'établissement de son côté a intérêt à ce que le projet de chaque agent puisse trouver une voie de réalisation. L'institution doit même être capable d'aider le salarié à faire le point et à définir ses aspirations, sa route professionnelle, son projet.

Ce travail en établissements médico-sociaux peut s'appuyer sur les entretiens annuels d'évaluation mais aussi sur la mise en œuvre d'une véritable Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Il s'avère indispensable de mettre en place un plan de formation adaptée aux besoins de l'établissement mais aussi aux aspirations professionnelles des agents. L'institution doit permettre aux professionnels d'évoluer socialement. La Fonction Publique Hospitalière est un important ascenseur social, actuellement renforcé par les dispositifs de Validation d'Acquis d'Expérience (VAE). Cette orientation nécessite d'adapter l'organisation à l'homme et non plus l'inverse. L'établissement doit se nourrir des potentialités qu'il a la chance de posséder en chacun de ses salariés. L'institution doit leur permettre de les développer toujours plus. La démarche de l'accompagner au développement personnel et à l'autonomie du résident n'est elle pas également indispensable pour les soignants ?

³⁴ T. Gordon : « *Leaders efficaces : l'efficacité par la collaboration* » Les éditions de l'Homme- Paris 2006 280 p.

³⁵ Abraham Maslow : « *pyramide des besoins de Maslow* »

2 Les enquêtes de terrain

Il m'a semblé important de recueillir des données auprès des agents des deux établissements mais également d'avoir le point de vue des deux directeurs d'établissements et des deux médecins du travail. Tous, sauf le médecin du travail de l'établissement privé, ont accepté de répondre à mes questions.

Dans le cadre de ma recherche, j'ai souhaité avoir un échantillon suffisamment représentatif des agents des deux structures. J'ai donc choisi de réaliser un questionnaire³⁶. J'ai administré 100 questionnaires à l'EHPAD « Saint-Louis » et 80 questionnaires à l'EHPAD « La Compassion » de Chaumont en Vexin. J'ai collecté 50 questionnaires de l'EHPAD « Saint-Louis » soit un taux de réponse de 50 % et 28 questionnaires de l'EHPAD « La Compassion » soit un taux de réponse de 35 %. Etant en stage à l'EHPAD « Saint-Louis » au moment de la distribution des questionnaires, le retour de ces derniers a peut-être été facilité. Concernant l'EHPAD « La Compassion », un climat social tendu, suite à la mise en place de l'annualisation du temps de travail et de cycles de travail, a peut-être influencé le nombre de non retours. Les questionnaires ont été traités avec un logiciel de traitement de données (Sphinx©) me permettant une analyse (tri-à-plats et tri-croisés). Pour le directeur et le cadre de supérieur de santé chargé du secteur personne âgée de l'EHPAD « Saint-Louis »³⁷ et pour le médecin³⁸ du travail afin d'obtenir des données qualitatives, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien. Les 3 entretiens ont été enregistrés avec l'accord des interviewés.

2.1 Les professionnels des deux EHPAD

Analyse des questionnaires par tri-à-plats

Caractéristiques individuelles :

1. Sexe : Femmes 95%, Hommes 5%

2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous?

18-30 ans : 31% 31-40 ans : 27% 41-50 ans : 30% 51 ans et plus : 12%

La population est essentiellement féminine et jeune puisque plus de 57% à moins de 40 ans

3. Quelle est votre situation familiale ? **74 % de la population vit en couple**

4. Nombre d'enfants à charge ? **Plus de 64% ont au moins un enfant**

Aucun : 35% Un : 20,5% Deux : 27% Trois : 11,5% Quatre et plus : 5%

5. Quelle est votre fonction dans l'établissement ?

IDE : 19% ASD : 41% ASH : 9% Autres : 27% (Ergo, kiné, diététiciennes, cadres, médecin...)

6. Quelle est votre ancienneté dans cet EHPAD ?

Moins de 2 ans : 36% De 3 à 5 ans : 29,5% De 6 à 10 ans : 15% Plus de 10 ans : 18%

³⁶ Cf. Annexe 1 : questionnaire agents

³⁷ Cf. Annexe 2 : grille d'entretien Directeur

³⁸ Cf. Annexe 3 : grille d'entretien médecin du travail

65,5% de la population à une ancienneté de moins de 5 ans. Compte tenu de la répartition par classe d'âges, il est probable que pour la population ayant répondu il s'agisse de leur premier poste. Mais n'ayant pas demandé l'ancienneté dans le diplôme il m'est difficile de l'affirmer.

7. Seulement 11,5% sont contractuels. 13% sont stagiaires (agents de la Fonction Publique hospitalière)

8. 9% de la population travail à temps partiel dans l'établissement

Autonomie

9. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles :

10. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives :

Tout à fait d'accord	57,70%
Plutôt d'accord	26,90%
Plutôt pas d'accord	7,70%
Pas du tout d'accord	3,80%

Tout à fait d'accord	47,40%
Plutôt d'accord	41,00%
Plutôt pas d'accord	10,30%
Pas du tout d'accord	0,00%

11. Mon travail me demande d'être créatif (ve) : Oui : 64,10% ; Non 33,3%

12. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même :

Oui : 67,90% ; Non 32,10%

13. Mon travail demande un niveau de compétence : Oui : 88,50% ; Non : 11,5%

14. Dans mon travail, j'ai de la liberté pour décider comment je fais mon travail :

Oui : 65,4% ; Non : 34,60

15. Dans mon travail, j'ai des activités variées : Oui : 59% ; Non : 41%

16. Dans mon travail, j'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail :

Oui : 72% ; Non : 26%

17. Dans mon travail, j'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles :

Tout à fait d'accord	26,90%
Plutôt d'accord	44,90%
Plutôt pas d'accord	19,20%
Pas du tout d'accord	9,00%

La population exprime avoir des tâches répétitives mais le travail lui permet néanmoins de développer ses connaissances et compétences, d'être créative et de pouvoir prendre des décisions. Elle exprime également une marge d'autonomie dans le travail source de satisfaction. Pour A.H. Maslow l'individu cherche à s'accomplir. D C Mc Cleand³⁹ fait ressortir trois **types de besoin favorisant la motivation** : Les besoins de réalisation, les besoins de **pouvoir** et les besoins **d'affiliation** (besoin de relation sociales satisfaisante).

La prise de décision, la liberté pour décider comment faire son travail sont des éléments importants dans l'investissement au travail.

³⁹ D.C Mc Cleand : " *Motivating Economic Achievement*". Free press , 234 p.

Charge de travail

18. Mon travail me demande de travailler vite :

Tout à fait d'accord	60,30%
Plutôt d'accord	29,50%
Plutôt pas d'accord	7,70%
Pas du tout d'accord	2,60%

19. Mon travail me demande de travailler intensément :

Tout à fait d'accord	67,90%
Plutôt d'accord	24,40%
Plutôt pas d'accord	5,10%
Pas du tout d'accord	2,60%

20. La quantité de travail qui m'est demandée est excessive : Oui 73,1% ; Non : 25,6 %

21. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail :

Tout à fait d'accord	5,10%
Plutôt d'accord	21,80%
Plutôt pas d'accord	37,20%
Pas du tout d'accord	35,90%

22. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes : Oui 53,8% ; Non 46,2%

23. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard :

Tout à fait d'accord	38,50%
Plutôt d'accord	26,90%
Plutôt pas d'accord	26,90%
Pas du tout d'accord	6,40%

24. Attendre le travail de collègues ralentit souvent mon propre travail : Oui : 55% ; Non : 42%

89% de la population affirment devoir « *travailler vite* » et 92% « *intensément* ». 74% de la population évoquent « *une charge de travail excessive* » et 73% affirment ne « *pas avoir suffisamment de temps pour bien faire leur travail* ». La problématique de la charge de travail semble réelle même si, au regard des audits d'observation, des temps importants pourraient être exploités. Par exemple, à l'EHPAD « Saint-Louis », dix agents sont présents au temps de transmission qui dure trente six minutes ce qui représentent six heures de temps de travail effectif par jour qui pourraient être exploitées différemment (1,4 ETP par an). Cet exemple peut être mesuré en termes de coûts cachés décrits dans la théorie d'Henri Savall⁴⁰. Comme le dit Henri Rouilleault, Directeur général de l'Agence National pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) « *Beaucoup de salariés se plaignent d'une intensification de leur charge de travail physique (ce qu'il faut produire), cognitive (ce qu'il faut mémoriser pour agir), et psychique (ce qu'il faut prendre sur soi). La question de la régulation de la charge de travail est donc centrale pour la santé des salariés et la performance de l'entreprise. Une reconnaissance professionnelle forte peut contribuer à accepter une intensité de travail importante. A l'inverse, une activité entravée est source de problème de santé pour le salarié. Pour être efficace, ce modèle*

⁴⁰ H. Savall : « *Maitriser les coûts et la performance cachée* ». Economica, Paris 1995. 410 p.

doit s'inscrire dans une dynamique de débat entre direction, encadrement et salariés et faire de la charge de travail un objet de discussion et d'évaluation systématique»⁴¹.

Soutien au travail

25. Mon supérieur se sent concerné par le bien être des personnes placées sous ses ordres :

Tout à fait d'accord	17,90%
Plutôt d'accord	50,00%
Plutôt pas d'accord	17,90%
Pas du tout d'accord	12,80%

27. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien :

Tout à fait d'accord	16,70%
Plutôt d'accord	52,60%
Plutôt pas d'accord	12,80%
Pas du tout d'accord	16,70%

29. Les collègues avec qui je travaille sont des professionnels compétents :

Tout à fait d'accord	24,40%
Plutôt d'accord	56,40%
Plutôt pas d'accord	14,10%
Pas du tout d'accord	2,60%

31. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux :

Tout à fait d'accord	26,90%
Plutôt d'accord	57,70%
Plutôt pas d'accord	11,50%
Pas du tout d'accord	1,30%

26. Mon supérieur prête attention à ce que je dis :

Tout à fait d'accord	21,80%
Plutôt d'accord	52,60%
Plutôt pas d'accord	15,40%
Pas du tout d'accord	10,30%

28. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer les personnes placées sous ses ordres :

Tout à fait d'accord	7,70%
Plutôt d'accord	57,70%
Plutôt pas d'accord	15,40%
Pas du tout d'accord	14,10%

30. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt :

Tout à fait d'accord	16,70%
Plutôt d'accord	59,00%
Plutôt pas d'accord	16,70%
Pas du tout d'accord	2,60%

32. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien :

Tout à fait d'accord	17,90%
Plutôt d'accord	64,10%
Plutôt pas d'accord	12,80%
Pas du tout d'accord	1,30%

Les relations avec **le supérieur hiérarchique** sont vécues plutôt positivement. **Les relations avec les collègues** apparaissent bonnes ou assez bonnes pour plus de 80% de la population. Le sentiment d'appartenance ainsi que la possibilité d'avoir des relations sociales satisfaisantes sont des éléments nécessaires à l'investissement des agents dans leur travail (besoins d'affiliations).

⁴¹ Henri Rouilleaut – Directeur Général de l'ANACT, mars-avril 2006 « *Editorial* » Revue Travail et Changement N°307 p 3

Reconnaissance

33. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs : Oui : 59% ; Non : 38,5%

34. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues : Oui : 72% ; Non : 26%

35. Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles :

Oui : 51% ; Non 44%

36. On me traite injustement à mon travail : Oui : 26% ; Non : 72%

37. Mes perspectives de promotion sont fortes : Oui : 23% ; Non : 73%

38. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail :

Oui : 47% ; Non : 53%

39. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes supérieurs : Oui : 59% ; Non 38%

40. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes collègues : Oui : 77% ; Non 20 %

41. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les résidents : Oui : 85% ; Non 13%

42. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les familles de résidents : Oui 72% ; Non 24%

Les agents reçoivent le respect qu'ils méritent de leur supérieur et de leurs collègues pour autant 44% de la population disent ne pas trouver de soutien satisfaisant dans les situations difficiles. **26% disent se sentir traité injustement dans leur travail.** Ces situations de non reconnaissance sont le plus souvent vécues comme dérangeantes. **73%** expriment **ne pas avoir de perspective de promotion** et 78 % confirment que cela les dérange un peu voire beaucoup. Plus de la moitié des agents expriment **ne pas recevoir le respect et l'estime qu'ils estiment mériter** dans leur travail et pour 64% cela les dérange beaucoup. Pourtant, **leur travail est apprécié à sa juste valeur** par leur supérieur, leurs collègues, les résidents et leurs familles. Recevoir du respect et de l'estime favorise normalement le bien être au travail et la productivité.

Selon D. Mc Gregor⁴², la plus importante des récompenses pour un salarié **c'est la satisfaction de l'égo et du besoin de réalisation de soi.** Pour D Mc Gregor « *il n'y a pas de mauvais soldats, il n'y a que de mauvais chef* »⁴³. En effet, selon lui, **si l'agent est paresseux, prend peu d'initiatives ou de responsabilités, la faute incombe aux méthodes managériales.** Pour autant, **A H Maslow affirme** que cette théorie fait peser sur les agents une charge lourde, et qu'en **réalité les hommes aiment être dirigés et subir une certaine forme d'autorité.** Elton W. Mayo⁴⁴ a de son côté identifié les fondements non économiques de la satisfaction du travail. Selon lui, **les employés sont plus motivés à l'idée de réaliser une performance** qu'à la perspective d'une récompense pécuniaire. Il s'oppose ainsi à la théorie de F.W. Taylor qui privilégiait la motivation par les primes. Les salariés récusent le « Taylorisme » car c'est une organisation du travail qui, malgré sa contribution à l'efficacité, ne tient pas compte des opinions propres des employés. Pour E. W. Mayo **la communication employé-direction est essentielle.** Les expériences d'Elton W. Mayo à la Western Electric sont célèbres et montrent l'importance **de la valorisation,**

⁴² D. Mc Gregor : *Opus Cité.*

⁴³ Douglas McGregor : Management autoritaire (théorie X) contre management participatif (théorie Y) : « *La dimension humaine de l'entreprise* ». Trad J Ardoino et M Lobrot, Gauthier-Villars, 1974.

⁴⁴ E. W. Mayo : « *The social problems of an industrial civilization* » Macmillan, Londres. 1933.

de la responsabilisation et du sentiment d'appartenance indispensable au salarié pour augmenter sa performance. Dans l'expérimentation de W. Mayo, **la cohésion de l'équipe**, y compris avec le groupe de chercheurs, et **l'estime de soi étaient plus essentielles dans l'accomplissement des performances que toutes les améliorations de l'environnement de travail.**

Sens du travail

43. Les tâches que j'effectue sont intéressantes : Oui : 83% ; Non : 15%
44. Les tâches que j'effectue correspondent à mes attentes : Oui : 58% ; Non : 41%
45. Mon travail me permet d'avoir des relations sociales satisfaisantes : Oui : 79,5% ; Non : 20,5%
46. Dans mon travail, j'ai le sentiment de faire quelque chose d'utile aux autres :
Oui : 94% ; Non : 4%
47. Le travail que je fais n'importe qui pourrait le faire : Oui : 20,5% ; Non : 79,5%
48. Dans mon travail, j'ai le sentiment d'être exploité : Oui : 59% ; Non : 41%
49. Mon activité professionnelle me permet d'éprouver la fierté du travail bien fait :
Oui : 68% ; Non : 31%
50. Dans le cadre de mon activité professionnelle actuelle, j'exerce mon métier tel que je le conçois : Oui : 37% ; Non : 63%
51. J'ai l'impression de travailler pour satisfaire les critères d'évaluation de la hiérarchie, et non pour répondre aux exigences du métier : Oui : 54% ; Non : 45%
52. Dans mon travail, je suis amené à faire des choses avec lesquelles, je suis en désaccord sur le plan moral : Oui : 65% ; Non : 33%
53. Dans mon travail, j'observe des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de mes valeurs professionnelles : Oui : 76% ; Non : 23%

Si pour plus de 83% de la population les tâches sont intéressantes, elles ne correspondent à leurs attentes que pour 58%. Pour autant, la population reconnaît avoir des relations sociales satisfaisantes et le sentiment de faire quelque chose d'utile aux autres. 79,5% estiment que leur travail ne peut pas être fait par n'importe qui, mais 59% des agents ont tout de même le sentiment d'être exploités. 68% affirment éprouver de la fierté du travail bien fait même si 63% affirment ne pas exercer leur métier tel qu'ils le conçoivent et qu'ils ont souvent l'impression de faire leur travail pour satisfaire les critères d'évaluation de la hiérarchie. 65% sont amenés à faire des choses avec lesquelles, ils sont en désaccord sur le plan moral et 76% observent des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de leurs valeurs professionnelles. Donner du sens, éprouver de la fierté du travail bien fait ainsi que le sentiment d'utilité sont des éléments essentiels pour renforcer l'investissement des professionnels.

Contraintes professionnelles

54. Depuis deux ans vos conditions de travail se sont :

Améliorées	7,70%
Dégradées	69,20%
Elles sont restées inchangées	16,70%

55. Il arrive souvent que je ne puisse pas effectuer correctement mon travail en raison des éléments suivants :

Temps insuffisant pour mener à bien son activité	79,50%
Rétention d'informations	26,90%
Informations insuffisantes ou floues	41,00%
Changements d'organisations mal expliqués ou mal mis en œuvre	42,30%
Sentiment de contrôle régulier	16,70%
Situation de sous effectif	83,30%
Moyens matériels insuffisants, inadaptés ou fonctionnant mal	44,90%
Formation du personnel insuffisante	44,90%
Problème de collaboration	30,80%

56. Avez-vous des problèmes de collaboration ? Oui : 38% ; Non : 56%

57. Vos conditions de travail ce sont dégradées selon vous en raison de :

La pression hiérarchique	48,70%
Manque de considération	50,00%
Ergonomie du poste de travail	24,40%
Pénibilité du travail	57,70%
Mauvaise ambiance	26,90%
Environnement réglementaire (réformes, normes...)	29,50%

58. Mon investissement dans le travail se manifeste régulièrement de la façon suivante :

Je commence à penser à des problèmes du travail dès que je me lève le matin	44,90%
A la maison, je n'arrive pas facilement à me déconnecter et à oublier ce qui concerne mon travail	44,90%
Mon sommeil est perturbé	37,20%
Rien de tout cela	32,10%

59. La prise en charge de la population « personnes âgées » favorise mon équilibre émotionnel :
Oui : 40% ; Non : 46%

60. Je sens parfois que je m'occupe des personnes âgées de façon impersonnelle :

Jamais	34,60%
De temps en temps	38,50%
Régulièrement	14,10%
Toujours	5,10%

61. Je crains que le travail auprès de la personne âgée endurecisse ma sensibilité :
Oui : 27% ; Non : 69%

62. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive au résident :

Jamais	65,40%
De temps en temps	15,40%
Régulièrement	6,40%
Toujours	7,70%

Pour beaucoup **les conditions de travail dans l'établissement se sont dégradées** ces deux dernières années. Les raisons de cette dégradation sont en lien avec **la pénibilité** au travail,

le manque de considération ou encore **la pression hiérarchique**. Les agents expriment qu'ils ne peuvent pas effectuer correctement leur travail en raison de **situation de sous effectif, de temps insuffisant** pour mener à bien leurs activités, de **moyens matériels insuffisants**, inadaptés ou fonctionnant mal ou encore par **la formation insuffisante du personnel**. Certains agents affirment s'occuper des résidents de façon impersonnelle de temps en temps pour 38,5%, régulièrement pour 14,10% et toujours pour 5% de la population. De ce fait, plus de la moitié de la population (57,7%) adopte une attitude à l'égard du résident qui n'est pas celle attendue dans le cadre d'un travail professionnel. Les agents affirment également qu'ils ne se soucient pas vraiment de ce qui arrive au résident.

Ambiance de travail et pénibilité

63. Je trouve que l'ambiance au travail est :

Sereine	14,10%	Agressive	21,80%
Tendue	57,70%	Conflictuelle	42,30%
Calme	12,80%	Malveillante	14,10%
Dynamique	38,50%	Confiante	16,70%
Froide	11,50%	Chaleureuse	35,90%

64. Lorsque je rencontre des difficultés dans mon travail, je peux facilement obtenir de l'aide ou du soutien de la part :

De mes collègues	84,60%
De ma hiérarchie	34,60%
De la direction de l'EHPAD	10,30%
Du service des Ressources Humaines/du personnel	2,60%
Du service formation	3,80%
Du service de santé au travail	3,80%
Des organisations syndicales ou des représentants du personnel	20,50%
Je ne trouve pas d'aide sur mon lieu de travail	3,80%

65. Considérez-vous que votre poste de travail et son environnement sont satisfaisants ?

Oui : 29,5% ; Non : 65%

Valorisation

66. Dans mon établissement, j'ai le sentiment d'avoir une valeur professionnelle :

Oui : 56% ; Non : 42%

67. Dans mon travail, je me sens à l'aise pour parler ouvertement y compris au supérieur hiérarchique : Oui : 67% ; Non : 32%

68. Dans mon travail, j'ai développé ma confiance en moi : Oui : 77% ; Non : 23%

69. Dans mon établissement, je participe à l'amélioration de la qualité : Oui : 79% Non : 21%

70. Dans mon établissement, je peux participer à la prise de décisions : Oui : 46% Non : 54%

71. Dans cet établissement, mes compétences professionnelles et personnelles sont utilisées à 100% : Oui : 20% ; Non : 77%

72. Dans cet établissement, nous avons un but et des valeurs communs partagés :

Oui : 47% ; Non : 49%

73. Dans cet établissement, mon projet professionnel et personnel trouve une voie de réalisation :

Oui : 33% ; Non : 58%

74. Dans cet établissement j'ai le sentiment d'appartenir à un groupe : Oui : 60% ; Non : 38%

Les agents ont un sentiment de valeur professionnelle et ils se sentent à l'aise pour parler ouvertement avec le supérieur. Ils ont développé pour beaucoup leur confiance en eux dans l'établissement où ils travaillent. Ils affirment participer à l'amélioration de la qualité mais peu à la prise de décision. Ils affirment que leurs compétences ne sont pas exploitées à 100% et qu'ils n'ont **pas forcément de valeurs partagées**. 58% affirment que leur projet professionnel ne trouve pas une voie de réalisation (dernier niveau de la pyramide des besoins de Malsow) mais néanmoins le sentiment d'appartenance à un groupe est effectif pour 60% de la population.

Vision d'avenir

75. D'après vous dans trois ans, vous pensez que :

Vous travaillerez encore au même poste dans le même établissement	7,70%
Vous aurez choisi de quitter cet EHPAD	29,50%
Vous aurez évolué professionnellement dans le même établissement	6,40%
Vous aurez évolué professionnellement dans un autre établissement	12,80%
Vous aurez quitté le secteur des personnes âgées	11,50%
Vous ne savez pas	29,50%

Dans trois ans, 29,50% affirment qu'ils auront quitté la structure, 12,80% auront évolué professionnellement dans un autre établissement et 11,50% auront quitté le secteur de la personne âgée. **Soit plus de la moitié de la population ne se projette plus dans l'établissement.**

Questions générales

76. Par rapport à ma situation professionnelle prise dans sa globalité, je me trouve :

Tout à fait satisfait(e)	5,10%
Plutôt satisfait(e)	38,50%
Plutôt pas satisfait(e)	34,60%
Pas du tout satisfait(e)	16,70%

Plus de 50% de la population semble peu ou pas satisfaite par rapport à la situation professionnelle prise dans sa globalité.

Tri croisés

Les tri-croisés ont eu pour objet dans un premier temps de différencier les résultats selon les catégories professionnelles puis dans un deuxième temps selon les établissements d'exercice (EHPAD Public ou EHPAD Privé)

Totalités des réponses aux questions par la variable catégorie professionnelle⁴⁵ :

Au final, on s'aperçoit que les différentes fonctions interrogées montrent peu de satisfaction au travail surtout pour les AS et les IDE. Il semble que la population AS soit celle qui affirme avoir le moins d'autonomie dans le travail associée à une lourde charge de travail peu valorisante. De plus, le manque de reconnaissance associé au manque de soutien dans le travail et de valorisation font que ces agents sont peu investis dans leur travail. Ils ne voient pas le but commun, ne semblent pas partager les mêmes valeurs, leur travail apparaît manqué de sens. Les IDE semblent de leur côté manquer de reconnaissance dans leur travail de la part de leur hiérarchie et de leurs collègues. 33% affirment même être traités injustement dans leur travail. Les ASH semblent plus satisfaites en lien sans doute avec leur possibilité d'évolution plus importante dans les structures.

Totalités des réponses aux questions par la variable lieu d'exercice⁴⁶ :

De ce comparatif entre les deux établissements, il ressort que les bonnes conditions de travail en termes de locaux et de matériels ne suffisent pas à satisfaire le personnel ni à limiter leur désinvestissement. Le personnel de l'EHPAD privé apparaît moins satisfait que les agents de l'établissement public. Insatisfaction liée à un manque d'autonomie dans le travail, une charge de travail excessive mais aussi et surtout un manque de soutien et de reconnaissance de la part de la hiérarchie. Le sens du travail n'est pas celui attendu par les salariés et les contraintes professionnelles sont élevées en termes de pénibilité, de pression hiérarchique et de manque de reconnaissance.

2.2 Les directeurs d'établissements

Quels seraient selon vous les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants en EHPAD ?

Pour les deux directeurs interrogés, il s'agit avant tout, aujourd'hui, de pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée. La qualité de vie au travail passe également selon eux par une gestion du personnel équitable bien que le personnel réclame individuellement un traitement le favorisant. L'EHPAD « La Compassion » revient actuellement à une organisation équitable car des dérives se sont installées et selon le directeur « *pourrie l'ambiance au travail* ». Selon lui, en remettant de l'ordre dans l'organisation, les relations de travail seront beaucoup plus saines.

⁴⁵ Cf. Annexe 4 : totalités des réponses aux questions par la variable catégorie professionnelle

⁴⁶ Cf. Annexe 5 : totalités des réponses aux questions par la variable lieu d'exercice

Pour les deux directeurs, le lieu de travail n'est pas un lieu de plaisir, il faut rappeler aux personnes pourquoi elles sont là. C'est-à-dire donner du sens au travail. Si les résidents ne sont pas satisfaits par nos prestations, ils ne viendront plus dans notre institution et pour le directeur du privé cela signifie que « *nous n'aurons plus qu'à pointer à pôle emploi* ». Le directeur du public n'a pas la même relation au « résident » mais évoque tout de même la notion de qualité de prise en charge et la satisfaction des résidents. Aujourd'hui, le personnel à l'impression qu'à cause du travail leur qualité de vie passe à la trappe. Il faut donc trouver un équilibre.

Pour les deux directeurs, la qualité de vie au travail passe aussi par la communication au sein de l'établissement et par la proximité.

Les directeurs évoquent également le problème de la reconnaissance salariale. Les AS sont des personnes qui font un travail difficile et qui au final ne gagnent pas beaucoup plus que les ASH.

Pour valoriser le personnel à « La Compassion », la direction a choisi de doter le personnel en compétences transversales. Ainsi, chaque agent développe une compétence transversale et devient la personne référente (en hygiène, douleur...). Ce procédé a été amplifié par les kits qualité « Mobiquil ». Il existe désormais dans la structure des référents « bienveillance », « alimentation-nutrition » ... Il s'agit pour le directeur d'accentuer la spécialisation de l'agent pour également le sortir de son quotidien. Cette richesse les agents ne la voient pas toujours et vivent souvent cette tâche comme une charge supplémentaire ou comme un moyen d'échapper au quotidien. Par exemple, suite à mes observations, la responsable « linge d'un service » utilise cette compétence pour ne pas faire les changes de l'après midi.

Pour le directeur du privé, il semble important de valoriser toutes les professions et de ne pas laisser les « *IDE écraser les autres professionnels* ».

Votre expérience vous laisse-t-elle penser que le travail des agents en EHPAD soit suffisamment valorisé ?

Les deux directeurs répondent que non et, selon eux, le personnel est encore trop dans « *le pipi caca* ». L'EHPAD « Saint-Louis » est trop médicalisé selon la directrice et n'est pas vu par les agents comme un lieu de vie. Toute l'organisation est calquée sur celle de l'hôpital y compris les supports de prise en charge (dossier de soins). Pour le directeur du privé, il décrit que la médicalisation des maisons de retraite a fait des EHPAD des établissements trop hospitaliers. La vie sociale du résident est oubliée, accentuée selon lui par la dépendance de plus en plus lourde de la population prise en charge.

Dans l'unité Alzheimer de « La Compassion », le personnel semble plus motivé. Le directeur me confirme qu'il en a conscience et que c'est parce que ce personnel a été volontaire pour cette unité et qu'il a bénéficié de formations orientées vers l'humain. En termes de résultat c'est positif pour lui car les salariés sont motivés, disponibles, à l'écoute et comprennent le sens du travail. La formation leur à rappeler des choses qui relèvent du

bon sens qu'elles avaient oubliées. De ce fait, la formation *Carpe Diem* de Nicole Poirier⁴⁷ va être appliquée à tout le personnel. Les deux directeurs pensent que la formation peut apporter beaucoup en termes de qualité et de satisfaction au travail. Ce type de formation (*Carpe Diem*) peut être assimilé, selon moi, à de l'analyse des pratiques indispensable à la prise de recul du soignant.

Il faut aussi pour motiver le personnel mettre en place une Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) et permettre aux agents une promotion sociale.

Reconnaitre et valoriser le personnel augmenteraient la motivation et l'implication dans le travail selon les deux directeurs. Il faut faire du management plus participatif et plus les impliquer dans les réorganisations, dans les projets selon la directrice du public mais cela n'apparaît pas si simple au regard de la charge de travail de chacun. Les réunions cela prend du temps.

Pensez-vous que les conditions de travail des agents modifient les conditions de prise en charge des résidents ?

Oui sans aucun doute affirment les deux directeurs. Pour eux, une institution maltraitante dans son fonctionnement sera maltraitante envers les résidents. Actuellement, le conflit entre la direction de « La Compassion » et les salariés est selon le directeur un problème d'écoute et d'implication dans le projet de réorganisation.

Selon-vous, comment peut-on réduire le désinvestissement au travail des agents qui exercent en EHPAD ?

Le problème actuellement est la motivation du salarié au travail dans un poste qui est répétitif et lourd au regard de la population accueillie. La mise en place d'indicateur qualité (nombre de chutes, nombre d'escarres) à « La Compassion » est intéressante mais cela peut interroger le salarié : qu'est-ce que je n'ai pas bien fait dans la prise en charge ? Dans l'établissement, cela a permis de rappeler les droits des uns et des autres, les obligations. Par exemple, vous n'avez pas le droit de réduire la liberté d'aller et venir d'un résident.

Le directeur du public exprime « *qu'il est important pour le personnel de savoir pourquoi il est là. Il n'est pas à son poste que pour son bien être (prendre le café pendant trente minutes avec les collègues avant de commencer son travail)* ». Il est important d'être rigoureux pour que le personnel ne fasse pas de confusion. Pour le directeur du privé, le travail sur les fiches de postes est un moyen de clarifier les choses.

La difficulté pour un des deux directeurs et de redonner de la vie dans l'établissement pour redonner de la vie au personnel. C'est le rôle selon lui du travail fait sur le projet individuel de vie (PIV) du résident, pour replacer le résident au cœur des préoccupations. Et il s'agit également d'élaborer en équipe un projet d'établissement.

Dans l'établissement « La Compassion » ce travail a été fait, pas toujours sous une forme participative selon les salariés qui de ce fait ne se sentent pas totalement impliqués. Le

⁴⁷ Nicole Poirier, Fondatrice de la Maison Carpe Diem à Trois Rivières, Québec Directrice générale de Carpe Diem Centre de Ressources Alzheimer.

désinvestissement perdure néanmoins. Pour le directeur générale il s'agit d'un problème de management.

L'EHPAD public doit travailler son projet architectural qui est attendu pour la signature de la prochaine convention mais le travail qui a déjà été réalisé par l'EHPAD privé sur le PIV, les fiches de postes, l'analyse des pratiques ou encore l'élaboration du projet d'établissement permettra-t-il de re-motiver les agents de l'EHPAD « Saint-Louis » ?

2.3 Le médecin du travail

Le médecin interviewé est le médecin de santé au travail qui exerce au Centre Hospitalier de Pontoise. Il travaille dans cet établissement depuis 2005 et avant exerçait comme médecin généraliste. Compte tenu de l'organisation du service de santé au travail du CHRD, il n'était, jusqu'ici, pas le médecin référent de l'EHPAD mais depuis le départ de son collègue il a repris ce secteur. Par contre, dans le cadre de la permanence assurée par les médecins du travail, il recevait les agents de l'EHPAD qui demandaient à être reçus « en urgence » par un médecin du travail.

A ma question le personnel qui travaille à l'EHPAD que vous recevez en entretien se plaint-il à vous ?

Il affirme que les agents qu'il reçoit se plaignent effectivement de la charge de travail, des effectifs, mais aussi de la difficulté de la prise en charge de la personne âgée.

Selon ses propos, il existe deux catégories de personnel :

- 1) Les personnes qui sont très impliquées et qui travaillent depuis longtemps dans la gériatrie et qui trouvent que leur travail est lourd (c'est un petit peu normale auprès de la PA) mais qui si plaisent et qui y trouvent leur compte.
- 2) Une catégorie de personnel beaucoup plus jeune, parfois en Contrat à Durée Déterminé (CDD), qui n'a pas fait le choix de ce métier (secteur) et qui, du coup, a beaucoup de mal à s'y retrouver et à s'y épanouir. De ce fait, ces personnes développent plus souvent des Troubles Musculo-squelettiques (TMS). Pour cette dernière catégorie, **la charge de travail est décrite comme énorme** et semble toujours s'accroître.

Les maisons de retraite ont progressivement évolué en EHPAD, la nécessité de médicaliser les structures d'accueil apparaît comme inéluctable et reste d'ailleurs la priorité des Projets Régionaux de Santé arrêtés, après concertation, par les Directeurs Généraux des ARS. Aujourd'hui, l'entrée en institution se fait de plus en plus tardivement (moyenne d'âge de l'EHPAD « Saint-Louis » est de 84 ans) et bien souvent est en lien avec une nécessité décrite par les familles. La perte d'autonomie est la raison principale évoquée par les familles pour justifier le placement. Il s'avère que le futur résident va nécessiter, le plus souvent, une prise en charge soignante importante comme le montre l'évolution des GMP et des coupes PATHOS des EHPAD. Les résidents en GIR 5 ou 6 n'entrent plus en

institution et bénéficient d'autres modalités de prise en charge. De ce fait, comme le dit le médecin du travail la charge de travail s'alourdit.

A ma question est-ce toutes les catégories de professionnelles qui se plaignent à vous ?

Le Dr F répond que ce sont « *essentiellement les AS en premier, les ASH cela dépend des secteurs mais pas forcément, les IDE beaucoup moins. Les IDE ont plus de difficultés dans leur reconnaissance dans leur métier d'infirmière parce qu'elles sont loin du soin. En plus l'EHPAD est éloigné du CH, elles ne se sentent pas reconnues en tant que telles* ». Ce dernier point ressort d'ailleurs des réponses aux questionnaires des IDE. « **Les AS c'est plus dans la charge de travail, les toilettes. Les ASH sont une population vieillissante (entre 50 et 60 ans) donc elles ont toutes des problèmes de dos mais là encore pas spécifique à l'EHPAD** ». L'analyse faite par le médecin du travail est corroborée par les réponses aux questionnaires des différentes fonctions. **Les Aides soignantes apparaissent bien comme la population la plus sollicitée en termes de charge de travail**, selon les résultats des audits réalisés.

A la question les agents se plaignent-ils de l'encadrement ?

Le Dr F répond « *Oui, cela dépend des secteurs mais en fait cela dépend des cadres aussi. Les agents se plaignent d'un manque de reconnaissance de la hiérarchie, de moins de proximité qu'auparavant. Ils se plaignent du manque d'investissement des cadres à l'intérieur du service. Les cadres sont plus devenus des gestionnaires de personnel dans leurs bureaux, elles ne font plus de soins comme elles ont pu en faire avant. C'est très lié à la personnalité des cadres et à l'investissement qu'ils y mettent à tort ou à raison. Mais c'est plus souvent des reproches d'un encadrement éloigné* ».

Cette remarque est à corréler avec l'intervention de Monsieur Mathieu DETCHESSAHAR⁴⁸, intitulée « *qualité de vie au travail des soignants : l'enjeu du management* », lors des conférences de la Fédération Hospitalière de France organisées pour le salon « HOPITAL EXPO 2012 » sur la thématique « *qualité de vie au travail, quel intérêt à agir ?* ». Dans ses recherches, ce professeur voulait confirmer ou infirmer « *qu'une bonne partie de la mauvaise qualité de vie au travail ne s'explique pas par l'omniprésence du management* ». Selon Mathieu DETCHESSAHAR, « *le cadre est happé sur d'autres scènes, soit il est enfermé dans son bureau pour alimenter les machines de gestion (planning, procédures, ...) soit il est en réunion* ». Ce comportement accentue le manque de proximité. Le cadre, non incité à aller auprès de ses équipes, évite cette activité. « *C'est plus facile de partir en réunion d'autant que c'est sur ce travail innovant à mener que le cadre sera évalué* ». **Pour M. DETCHESSAHAR « traiter la question de la qualité du management c'est traité la qualité de vie au travail »**. Il faut selon lui, remettre **le management dans l'activité, dans l'animation, dans les processus de discussions**. Son

⁴⁸ Les conférences de la Fédération Hospitalière de France – Hôpital expo 2012 - « *Qualité de vie au travail : quel intérêt à agir ?* » mercredi 23 mai 2012, Paris. Intervention de Mathieu DETCHESSAHAR Professeur des Universités, Directeur de l'Ecole Doctorale DEGEST, Laboratoire d'Economie et de Management Nantes-Atlantique (LEMNA) : « *La qualité de vie au travail des soignants : l'enjeu du management* »

premier chantier consiste à travailler sur « *les désempêchements du management* », le second chantier est que « *le directeur doit accompagner les cadres dans l'animation d'équipe pour les aider à retourner auprès des agents, les aider à soutenir des processus de délibération pour obtenir un consensus, l'idée est de soutenir le dialogue et de générer de la confiance.* » Pour M. DETCHESSAHAR, il faut impérativement « *un manager du métier car pour parler au groupe il faut-être du métier* », la déprofessionnalisation du manger entraîne une perte de lien. Dans la conclusion de son intervention, il affirme la nécessité de travailler sur le principe de subsidiarité comme principe de management et surtout de ré-internaliser l'innovation. Pour lui, l'innovation doit repartir du travail.

Le Docteur F, médecin du travail, affirme également que « *ce qui revient souvent c'est le manque de reconnaissance et ils ont souvent l'impression d'être laissé pour compte ce qui n'est pas le cas par exemple des AS des services de médecines où elles bossent et où elles se plaignent de la charge de travail mais elles ont vraiment l'impression d'être reconnues en tant que telles. Je ne sais pas si c'est lié à l'isolement de l'EHPAD* ».

Il apparait, au regard des stages, que j'ai effectué en EHPAD que le travail en binôme est peu présent dans ce secteur d'activité. **Le collectif au travail semble disparaître.**

Le Dr F dit « *Cette problématique est en lien avec le nombre de résidents à prendre en charge et la superficie du bâtiment. J'ai l'impression que c'est la nuit qu'ils s'y retrouvent le mieux car ils fonctionnent en binôme AS et IDE et de ce fait il y a plus une cohésion d'équipe. Elles font tous ensembles. Les AS expriment qu'elles se sentent délaissées par les IDE qui elles disent ne pas avoir le temps d'aider les AS* ».

Pour le Dr F, **le collectif au travail disparaît**, chacun travaille pour soi, fait ce qu'il peut, l'individualisme est plus marqué. De plus, il existe de l'animosité à l'intérieur de l'équipe qui ne permet pas de créer le collectif.

C'est effectivement ce qui ressort des réponses aux questionnaires de mon enquête.

Comme le soulignent M. CROZIER et E. FRIEDBERG, le partage et le transfert des savoirs et de compétences ne peuvent se faire que dans un climat de confiance, de bonne entente de l'équipe, d'absence d'enjeux de pouvoirs ou de rivalité. Or sur ce point un travail est à engager dans l'EHPAD « Saint-Louis ».

A la question quels seraient, selon vous, les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants en EHPAD ?

Le Dr F répond « *Revoir les outils pour travailler, en matière de matériels pour les toilettes, les levés des patients. Ce n'est, de plus, pas si coûteux que cela et on y gagnerait en arrêts maladies, maladies professionnelles. Il semble également important de réorganiser l'aménagement de la chambre car les soignants me disent parfois ne même pas pouvoir rentrer un fauteuil. Augmenter le nombre de brancardiers car il y en a peu. Resensibiliser aux techniques gestes et postures en favorisant les techniques de Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP)* » Selon l'article R231-67 du

décret n°92-958 du 3 septembre 1992 relatif à la manutention manuelle, "L'employeur doit prendre les mesures d'organisation appropriées ou utiliser les moyens adéquats, afin d'éviter le recours à la manutention manuelle de charges par les travailleurs".

« **Retravailler sur les cohésions de travail** avec les médecins pour ne pas désorganiser les équipes. Si l'AS n'a pas fait la toilette du résident, l'ASH ne peut pas faire le bio-nettoyage de la chambre. Il y a toute une organisation à mettre en place. »

Peut-être ne faut-il pas s'engager à tout faire le matin (réorganiser le travail sur la journée) ?

Le problème dit le Dr F c'est que l'après midi, ils ont aussi les familles et toute leur agressivité parce qu'elles ne comprennent pas que l'on n'ait pas fait la toilette de leur parent le matin.

« De cela ils se plaignent beaucoup, il n'y a pas que la charge de travail, il y a aussi la violence des familles (travail psychique⁴⁹). On est dans un monde procédurier. Une IDE me disait, on parle beaucoup de la maltraitance des patients mais très peu de la maltraitance des agents. Les agents supportent toute la journée toute l'agressivité, sans doute liée à l'anxiété. Il faudrait aussi des formations en soins palliatifs car les agents ne sont pas formés suffisamment à cela. Cette prise en charge alourdit la charge de travail des soignants.

Les équipes expriment parfois qu'elles ont l'impression que l'on ne fait pas ce qu'il faut pour le résident (attitude va à l'encontre des valeurs de l'agent)».

A la question, pensez vous que les conditions de travail des agents modifient les conditions de prise en charge des résidents ?

« Ah oui, ils vous disent -et s'est interpellant- on fait de la maltraitance, ils vous le disent texto, ils n'en sont pas fiers, certains ont les larmes aux yeux. Ils ont l'impression de pas bien faire leur travail. Ils disent qu'ils travaillent à la chaîne, qu'ils n'ont pas le temps de s'investir. Parfois, ils ne parlent pas au résident et ils s'en rendent compte. Ils vivent une grande frustration pour ça. Et ils vous disent le week-end on ne lève pas les patients et ce n'est pas bien. Ou, qu'ils les recouchent vers 14 heures 30 et vous expriment que c'est contre leurs valeurs.»

En effet 75,6% des agents (dans les questionnaires) observent des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de leurs valeurs professionnelles. De plus, 65,4 % des agents affirment que dans leur travail, ils sont amenés à faire des choses avec lesquelles, ils sont en désaccords sur le plan moral.

Pour Véronique GHADI⁵⁰ (chef de projet, service développement de certification à l'HAS), il existe un lien étroit entre la bientraitance des patients et la qualité de vie au

⁴⁹ H Rouilleaut – op cité

⁵⁰ Les conférences de la Fédération Hospitalière de France – Hôpital expo 2012 - « Qualité de vie au travail : quel intérêt à agir ? » mercredi 23 mai 2012, Paris. Intervention de Véronique Ghadi : « Qualité de vie au travail et qualité des soins : l'approche de la HAS »

travail. *« Il existe des preuves d'un lien entre qualité de vie au travail et qualité de soins. Donc il apparait important de travailler sur le management et l'organisation du travail pour répondre aux enjeux de la qualité de vie au travail ».*

Ces propositions visent une « réintroduction d'espace de débat autour du travail lui-même », de mettre en place une « responsabilité partagée à tous les niveaux des établissements », de « réintroduire le management de proximité au plus près du terrain », de prendre en compte « les données ergonomiques ».

D'après votre expérience de médecin du travail existe-t-il un manque de reconnaissance des agents au niveau de l'EHPAD ? Si oui, est-ce que ce manque de reconnaissance touche toutes les catégories professionnelles ? Lesquelles ?

« C'est une bonne question, je ne sais pas car entre le vécu et ce qu'ils ressentent où est la vérité ? Mais je pense qu'en même un tout petit peu, les agents expriment des difficultés, surtout avec les familles, je les trouve assez violentes avec les agents. Je pense que de leur hiérarchie, ils ont de la reconnaissance (même si le personnel exprime qu'il n'en n'a pas) mais connaissant les cadres, je pense qu'ils en expriment aux agents. Après, chaque cadre l'exprime selon sa personnalité, mais, de leur hiérarchie, ils en ont. Mais d'après les agents, les familles sont extrêmement violentes et dans leurs propos et dans leurs actes. Je trouve que nous sommes dans une période inquiétante. Les familles sont dans la procédure très vite, elles ne cherchent même pas à comprendre. Et c'est cela qu'ils vivent le moins bien. C'est une chose que les agents me font vraiment beaucoup remonter. Par exemple, les IDE qui se retrouvent à annoncer le décès, car le médecin n'est pas là, du coup elles reçoivent toute l'agressivité de la famille ».

Mais pour le médecin du travail, il y a un biais car avec lui, les agents n'expriment souvent que des choses négatives. On peut alors se demander comment faire la part des choses entre le vécu et le ressenti ?

« Les agents expriment aussi que les familles les remercient. Mais les agents sont sans cesse remis en question dans leurs pratiques, ils ont l'impression d'être constamment sur « le grill ». Au final, ce sont toujours les agents qui se remettent en question. De plus, c'est difficile de ne pas sentir de stabilité dans son emploi, d'être toujours sur le qui vive. De ce fait j'ai l'impression qu'ils ne parviennent plus à prioriser.»

Pourtant à la question : mon travail est apprécié à sa juste valeur par les familles de résidents, les agents ont répondu oui à 71,8%. Mais c'est vrai que ceux qui ont répondu non confirment que cela les dérange un peu, voire beaucoup.

Ce manque de reconnaissance touche t-il toutes les catégories professionnelles ?

Selon moi, il touche toutes les catégories professionnelles.

Ce manque de reconnaissance est-il source de souffrance au travail pour les agents de l'EHPAD qui en sont victimes ?

« Cette problématique n'est pas aiguë mais à l'EHPAD c'est plutôt chronique. Le personnel se sent dévaloriser et exprime que l'on ne s'occupe pas de lui. Par exemple, en termes d'équipement favorisant la manutention, une étude énorme a été faite par un groupe de travail. Ce travail a fait l'objet d'une présentation en CHS-CT et a reçu un avis favorable mais ce projet n'a jamais abouti. Mais il est aussi évident qu'il faut former les agents à utiliser ce type de matériel car ils sont têtus. Selon moi il manque aussi des personnes pour faire des liens pour ramener du collectif. »

Le manque de reconnaissance au travail est-il générateur de pathologies professionnelles chez les salariés concernés ?

*« Oui, il existe des TMS, des chutes, des accidents de travail avec des choses relativement graves. Nous rencontrons également des syndromes dépressifs, de l'anxiété, des **agents qui ne parviennent plus à maîtriser leurs émotions** qui viennent le nœud au ventre tous les matins ». Ce qui est corrélé avec ce qui existe dans la littérature.*

D'après vous, que doit-être un « management bien traitant » ?

*« Il faut à mon sens **plus de réunions pluri professionnelles, également la présence d'un psychologue. Il faut que les agents puissent parler de leurs pratiques.***

*Pour que leur charge de travail leur paraisse moins lourde **les aider à s'investir dans le travail. Il faut également développer le collectif, pour éviter de travailler à côté de l'autre. On leur dit beaucoup quand ça va pas mais peu quand ça va bien. Ils n'ont plus de gratification. Or, ils ont besoin d'écoute et, surtout, besoin que l'on prenne en compte ce qu'ils disent. Il est nécessaire de créer ces périodes d'écoutes et de temps de paroles.***

*Il est important de **revoir le rôle du cadre de proximité** car ils (les cadres) sont devenus des gestionnaires.»*

Quelles solutions pourriez-vous proposer aux directeurs d'EHPAD pour améliorer les conditions de travail des soignants en EHPAD ?

*« Il faut mettre en place **plus de formations en termes de manutention, profitez et utiliser les compétences de chacun.** »* A la question posée aux agents, dans cet établissement mes compétences professionnelles et personnelles sont utilisées à 100 %, la réponse est non pour 76,9 % des agents. Le directeur doit pouvoir étudier les *Curriculum Vitae* des agents pour savoir ce qu'ils veulent et peuvent faire, il faut les ouvrir vers autres choses que leur métier de base.

*« Selon moi, **l'encadrement doit accompagner et doit être plus de proximité. Le personnel en a marre qu'il n'y ait plus de groupe** ».*

2.4 Synthèse et analyse globale des résultats

Au travers de ce recueil de données on s'aperçoit que les réponses des agents, du médecin du travail ou encore des directeurs semblent se rejoindre. Le désinvestissement est confirmé par les agents eux-mêmes qui vont jusqu'à reconnaître auprès du médecin du

travail qu'ils font de la maltraitance. Ce désinvestissement ne paraît pas lié aux conditions de travail puisque dans l'EHPAD privé, les conditions de travail sont très bonnes en termes de matériel et d'installations et pourtant le personnel n'est pas satisfait et apparaît plus désinvesti encore qu'à l'EHPAD public. La solution pour lutter contre ce désinvestissement semble venir du management comme nous l'ont confirmé les directeurs d'établissements et le médecin du travail. Ce qui est corroboré par la littérature notamment les expériences d'Elton Mayo. La reconnaissance, la valorisation et l'écoute décuplent la performance de l'agent bien plus que l'amélioration des conditions de travail. Or, ce travail de reconnaissance et de valorisation revient à l'encadrement de proximité qui semble s'éloigner de plus en plus des équipes. Il devient donc indispensable pour l'encadrement, y compris le directeur, de reconnaître et de valoriser le travail des agents en EHPAD pour augmenter leur implication dans le travail (hypothèse 1). De même, le directeur doit accompagner les cadres de proximité pour les aider à retrouver leur place de leader au sein de leur équipe. Améliorer la qualité de vie au travail des agents de l'EHPAD « Saint-Louis » doit devenir une stratégie managériale pour obtenir une amélioration de la qualité de la prise en charge des résidents (hypothèse 2). Le rôle du directeur est donc de mettre en place dans son établissement une posture managériale bienveillante envers son personnel pour que ce dernier soit bienveillant à son tour envers le résident.

3 Vers une posture managériale bientraitante

Ce travail de recherche me permet de dégager des éléments qui pourraient s'inscrire dans l'élaboration d'une posture managériale bientraitante qu'il est nécessaire d'adopter à l'EHPAD « Saint-Louis ». Cette posture doit être travaillée avec les équipes pluri professionnelles pour fédérer autour de ce paradigme mais aussi pour que cette posture soit appliquée par tous. Il me semble nécessaire d'y associer des représentants des familles et des résidents. Nous l'avons vu lors du recueil de données, les agents entre eux mais aussi les familles et les résidents peuvent être maltraitants à l'égard d'autrui.

Selon moi, adopter une posture managériale bientraitante signifie que nous devons cultiver le bien-être au travail, reconnaître la qualité du travail fourni, cultiver le sentiment d'appartenance, développer une réelle subsidiarité. Il est également important de définir des règles justes et applicables par tous, de développer une collectivité positive, de travailler à l'amélioration des conditions de travail et, surtout, de renforcer la motivation.

En fait, cette posture managériale trouve sa place, selon moi, dans trois éléments indispensables que le directeur d'établissement se doit de mettre en œuvre : **le projet d'établissement, le projet individuel personnalisé de vie du résident** et avant toute réorganisation visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge mais aussi l'amélioration de la qualité de vie au travail : **des audits d'observation.**

A l'EHPAD « Saint-Louis », il n'y a jamais eu d'état de lieux exhaustif visant à identifier les axes qui peuvent être améliorés. Cet état des lieux est pour un directeur un élément indispensable avant d'agir. Connaître les points forts et les points faibles de son établissement lui permet de définir une vision et une stratégie pour sa structure.

L'EHPAD « Saint-Louis » n'a jamais formalisé de projet d'établissement et aucun projet de vie personnalisé pour les résidents n'est défini.

Or, comment atteindre un but précis sans projet d'établissement ?

Le projet d'établissement permet à un établissement de s'engager dans l'avenir (vision), de définir les prestations que l'établissement veut réaliser à court, moyen et long termes, de préciser le niveau de qualité souhaitée. Le rôle du directeur est d'assurer la faisabilité des ces prestations notamment en terme d'organisation, de management et de gestion financière.

L'élaboration d'un projet d'établissement est un acte de management fort qui favorise le dialogue (interne et externe) et permet de mobiliser et de dynamiser les intervenants.

Le projet d'établissement m'apparaît comme étant un élément fédérateur permettant de définir une offre autour de valeurs communes et partagées.

Il s'agit de répondre aux questions : Qu'est-ce qui nous réunit tous ensemble ? Et, comment bien fonctionner et vivre ensemble ?

Et pour travailler ces questions, il semble également important de se saisir de l'obligation de mettre en œuvre pour le résident son projet individuel et personnalisé de vie dans la structure. Ainsi le résident sera remis au cœur des préoccupations.

Est-ce que mettre en œuvre ces trois actions permettra de lutter contre le désinvestissement au travail des agents de l'EHPAD « Saint-Louis » ?

A l'EHPAD « La Compassion », il n'y a pas eu d'audit d'observation des pratiques avant mon arrivée en stage. S'il existe un projet d'établissement, ce dernier n'a pas fait l'objet d'une élaboration participative avec les agents qui, de ce fait, ne semblent pas partager les valeurs et les objectifs de la direction. Le projet individuel de vie des résidents est en cours d'élaboration et n'a peut-être pas encore produit ses effets sur la motivation. De plus, selon le directeur général, le management de proximité est à retravailler.

3.1 Le projet d'établissement

L'EHPAD « Saint-Louis » n'a jamais formalisé ce type de document, ni même de projet institutionnel de vie. Pour autant, je découvre que certaines parties du projet d'établissement (PE) ont été rédigées. Le projet socioculturel et le projet de soins sont réalisés mais nécessitent une mise à jour et une vision prospective. Le règlement intérieur ainsi que le livret d'accueil ont été produits en 2010 et vont donc pouvoir être utilisés pour l'élaboration du projet d'établissement.

L'ANESM a publié en mai 2010 une recommandation de bonnes pratiques professionnelles intitulée « *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service* », ce document m'a permis de structurer mon plan d'actions. De même, j'ai réalisé un benchmarking auprès des établissements qui avaient fait ce travail pour orienter de façon précise les modalités de mise en œuvre.

Le projet d'établissement permet d'entrer dans une dynamique tant pour le processus de production qui associe les parties prenantes que par sa mise en œuvre qui stimule les équipes. En impliquant les professionnels, le processus d'élaboration du PE constitue un moment fort de la vie institutionnelle, à la fois fédérateur et dynamisant. De plus, produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires. Enfin, il s'agit d'un document évolutif, car suivi et révisé régulièrement.

Les trois dimensions du projet d'établissement sont descriptives, projectives et stratégiques. Le PE décrit ce qui existe, ce qui n'existe pas encore mais paraît-être une évolution souhaitable, une ambition réaliste et enfin, il projette le chemin à parcourir pour aboutir aux buts recherchés (moyens à mettre en œuvre, les étapes à respecter...)

Pour formaliser le travail un comité de pilotage composé des cadres, des médecins, de la cadre supérieur, de la responsable qualité et de la présidente du Conseil de la Vie Sociale (CVS) a été mis en place.

Un premier temps a été consacré à la définition des différentes parties constitutives du projet d'établissement (politique générale, présentation de l'établissement, modalités

d'accueil, les orientations du projet institutionnel de vie...). Nous avons travaillé au phasage du travail (à prévoir, à déployer, à contrôler, à améliorer), à la nomination de pilotes, à l'élaboration d'indicateurs de suivi et d'un calendrier avec des dates d'échéances. Pour lancer officiellement ce travail, une réunion d'information a été organisée pour chaque équipe. Il s'agit aussi d'impliquer les acteurs de l'établissement pour que ce travail soit un travail collectif que tous s'approprient.

Plusieurs groupes de travail ont été mis en place à la fois dans chaque secteur mais aussi en transversal sur des thématiques générales (restauration, projet de soins...). Pour autant, l'organisation de groupe de travail étant coûteuse en temps, nous avons choisi de les utiliser de manière suffisamment ciblée. Par exemple, nous avons travaillé avec quelques infirmières sur la thématique de « *l'hygiène bucco-dentaire* ».

La méthode choisie a consisté à formaliser une lettre de mission pour chaque pilote et de mettre en place des réunions hebdomadaires avec chacun d'eux pour les guider et suivre l'avancée de leurs productions. Les pilotes sont chargés de mettre en place les groupes de travail sur les thématiques ciblées. Le comité de pilotage se réunit une fois par mois.

Je participe à certains groupes de travail et je suis chargée, assistée de la responsable qualité, de la phase de rédaction. Nous partons du matériau que constituent les productions des pilotes et des groupes de travail et autres documents intermédiaires. Nous avons mis en place un système de navettes entre le rédacteur et le comité de pilotage voire avec les pilotes pour certaines parties du texte avant la procédure de validation afin que la rédaction n'introduise pas de décalage avec ce que les participants souhaitent exprimer.

La vie du projet d'établissement ne s'arrête pas à sa rédaction. Dans sa dimension prospective, le projet d'établissement nécessite un suivi et une actualisation. Il s'agit également de mettre en œuvre des plans d'actions pour réaliser les objectifs d'évolution indiqués dans le projet d'établissement.

L'actualisation du projet d'établissement doit intégrer les éléments descriptifs des évolutions constatées mais aussi doit permettre de revoir les projections et les objectifs d'amélioration en fonctions des contraintes et des opportunités qui se présentent et/ou des évolutions constatées.

La loi du 2 janvier 2002 article L 311-8 du CASF prévoit d'actualiser le projet d'établissement au moins tous les cinq ans mais charge à l'établissement de décider d'une période plus courte.

De même, compte tenu que l'EHPAD « Saint-Louis » organise fin 2012 sa procédure d'évaluation externe, il sera sans doute utile d'intégrer les conclusions évaluatives à l'actualisation du projet d'établissement. Pour ce faire, il semble judicieux de mettre en place un comité de suivi du projet d'établissement.

En tant que futur directeur, je pense que la qualité de la démarche d'un projet d'établissement se mesure en termes d'impact sur les pratiques professionnelles. En effet, ce travail a permis de fédérer les équipes puisqu'il est apparu indispensable de développer

le travail d'équipe en réseau. Le travail nécessite une prise en compte des besoins et des attentes des résidents, les replaçant au cœur de nos préoccupations. Pour moi, le projet d'établissement a permis de donner du sens aux pratiques, de faire un constat partagé avec les professionnels sur le fait que des améliorations organisationnelles sont nécessaires, de rappeler la finalité de notre travail et aussi de valoriser le travail des agents qui en ont besoin pour rester motivés et investis.

3.2 Le projet individuel de vie

A l'EHPAD « Saint-Louis » le projet personnalisé de vie du résident n'a pas été mis en œuvre. La première étape a consisté à formaliser la procédure « projet individuel de vie » (PIV), afin de mettre en place, dans une seconde étape, l'élaboration effective du PIV pour chaque résident de l'établissement. Dans chaque secteur, le cadre de santé est repéré comme étant le copilote du projet PIV (il reprend ainsi une place dans son équipe).

Avant de mettre en œuvre ce projet, il est important de réaliser des recherches sur les textes législatifs et les recommandations de bonnes pratiques concernant le PIV.

La Loi N° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est le texte de référence pour le projet personnalisé de prise en charge. De plus, parmi les recommandations des bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM, j'utilise celles en lien avec « *La qualité de vie en EHPAD* » les volets 1,2 et 3⁵¹ mais également leurs recommandations intitulées : « *la bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre* » et « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* ». Pour me permettre d'élargir mon recueil de données sur le sujet, je sollicite mon réseau professionnel pour connaître ce qui est fait sur d'autres établissements. Je me suis aussi servie de ce que j'ai vu pratiquer dans les maisons de retraite privées « La Compassion ».

Ce travail de recherche me permet de mettre en place mon plan d'actions visant à élaborer la procédure projet de vie. Pour pouvoir définir les besoins et les attentes d'un résident, il nous faut travailler les recueils de données auprès de l'ensemble des acteurs qui entourent le résident y compris lui-même et/ou sa famille (tuteur).

Après une présentation aux équipes de l'objectif général à atteindre (élaborer un PIV, qu'est-ce qu'un PIV, à quoi cela sert-il ?...) ainsi que les objectifs opérationnels (élaborer des recueils de données). J'ai mis en place des groupes de travail pour élaborer les recueils de données qui serviront à l'élaboration du projet de vie. Treize recueils de données ont été élaborés et peuvent donc servir à l'élaboration du PIV. Par exemple, un groupe d'IDE et d'AS a construit une grille intitulée « *Bilan d'autonomie* ». Avec un autre groupe nous avons travaillé « *le recueil de l'histoire de vie du résident* ». Les animatrices ont produit

⁵¹ ANESM Recommandations des bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : *De l'accueil de la personne à son accompagnement*. Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : *La vie sociale des résidents en EHPAD*

deux supports : l'un de « *recueil des souhaits d'animations* », l'autre leur permettant d'évaluer la participation du résident à un atelier. Ce travail collectif et pluri-professionnel a fait l'objet d'une rédaction de protocole qui une fois terminé a été présenté aux équipes avant les premières réunions pluri-professionnelles PIV.

Dans chaque secteur, une réunion hebdomadaire « *Projet de Vie* » est instituée où un à trois PIV sont élaborés à partir des recueils de données préalablement remplis par les acteurs.

Ce travail a fait l'objet d'une présentation au CVS. La représentante du service des personnes protégées (tutelle) a exprimé l'importance de ce travail pour le résident et le souhait de participer aux réunions « *Projet de Vie* » des résidents placés sous protection, en référence à la réglementation en vigueur. Les autres membres du CVS ont exprimé une pleine adhésion à ce projet.

Ce travail fédérateur permet d'améliorer la qualité de vie des résidents et l'implication des professionnels. « *Reconnaître la personne dans ce qu'elle veut être et lui donner tous les moyens d'y parvenir suppose en effet de mettre en place des modalités précises de recueil et de prise en compte de ses préférences et de ses difficultés* »⁵².

Il s'agit d'un travail d'équipe pluri-professionnelle qui :

- Vise à repositionner le résident au cœur des préoccupations.
- Permet aux équipes de mettre en œuvre une analyse de leurs pratiques et de les réajuster.

Néanmoins, les équipes sont plus démunies pour réaliser le PIV d'un résident en grande dépendance. De plus, pour ces derniers, les équipes s'aperçoivent parfois qu'elles sont déjà dans une démarche de personnalisation de la prise en charge et que de ce fait, elles ne font que formaliser par écrit ce qu'elles réalisent déjà. Cela signifie que les soignants répondent déjà aux attentes et désirs des résidents (famille/tuteur). De ce fait, les agents ne voient pas toujours l'intérêt de formaliser ce qu'ils font. Or, il est rassurant de constater que même sans formalisation (écrite) le travail des équipes vise à personnaliser la prise en charge, ce constat permet de valoriser le travail effectué par les équipes. Pour les résidents plus autonomes, l'élaboration du PIV permet aux équipes de mieux connaître le résident et de ce fait d'être plus attentives à l'accompagner dans ce qu'il souhaite faire. Les animatrices ont vu la fréquentation à leurs animations s'élever considérablement avec la mise en place du PIV. Pour les cadres de santé les réunions PIV permettent d'avoir des temps de discussions avec les équipes notamment sur des sujets qui mériteraient la mise en place d'un comité éthique (sexualité des résidents, consentement du résident, contention...). Ces temps d'échanges permettent aussi de faire des liens entre les formations dispensées dans l'établissement (maladie d'Alzheimer : comprendre et agir, sensibilisation à la

⁵² Recommandation des bonnes pratiques professionnelles « *la bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre* » - repère 1 : l'utilisateur co-auteur de son parcours.

bientraitance) et les pratiques. Il s'agit ici d'enclencher une démarche d'analyse des pratiques qui semble nécessaire dans ce type d'établissement.

Au regard du nombre de PIV à mettre en œuvre (201), la charge de travail est élevée notamment pour les professionnels qui exercent en transversal sur l'établissement (ergothérapeute, psychologue, animatrices ...). Quand les 201 résidents auront leur PIV formalisé, la charge de travail consistera à réaliser les PIV des entrants (environ 50 résidents par an soit une douzaine par secteur) et de réévaluer, en fonction de l'évolution de l'état de santé du résident, ceux déjà formalisés.

Le PIV, selon la réglementation, doit être élaboré, dans sa première version, à la fin du premier mois qui suit l'entrée du résident dans la structure.

3.3 Les audits organisationnels

En 2010, l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général du Val d'Oise ont constaté que le ratio d'encadrement global et le ratio soins de l'EHPAD « Saint-Louis » étaient supérieurs aux ratios recommandés par le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSM) Ile-de-France. Dans ce rapport d'inspection, il est noté qu'à l'EHPAD, *« l'organisation du travail est trop hospitalière, le personnel trop médicalisé et l'organisation des nuits reposent exclusivement sur des agents qualifiés, personnel aide-soignant, à la différence des pratiques généralisées dans les autres EHPAD, qui s'appuient en grande majorité sur des équipes mixtes d'aides-soignantes et d'agents non qualifiés »*.

Ces constats, ajoutés au plan d'économie qu'il reste à réaliser entre 2012 et 2016 concernant la dotation globale « soins » dans le cadre de la convergence tarifaire, obligent l'établissement à mener une réflexion sur les organisations de travail et les profils de postes existants dans ce qui doit être un lieu d'hébergement.

Aussi, devant cette problématique, il a semblé important de mettre en place un audit interne. Audit des fonctions qui n'a jamais été réalisé sur cet établissement. Je suis formée à l'audit depuis de nombreuses années et pour moi ce travail est un pré requis indispensable à toute réorganisation de fond.

Ainsi, en tant que chef de projet, j'ai mené le chantier « audit interne à l'EHPAD ». Toutes les fonctions de jour et de nuit de l'EHPAD ont été auditées. Trente et une journées d'audits ont été réalisées, 27 de jour et 4 de nuit. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des différentes catégories professionnelles. Ces audits et ces entretiens sont analysés au regard de leurs rôles et de leurs missions demandés dans leur fiche de poste.

L'audit est une activité de conseil réalisé par un agent compétent et impartial qui consiste en une expertise et une évaluation sur l'organisation. L'audit est surtout un **outil d'amélioration continue de la qualité**, car il permet de faire le point sur l'existant (état des lieux) afin d'en dégager les points faibles et/ou les points forts. Cela, afin de mener par la suite les actions adéquates qui permettront d'améliorer les pratiques. L'audit organisationnel permet à un établissement de vérifier sa logique structurelle en fonction de

son organisation générale, des buts à atteindre et de l'adéquation des personnes et compétences qui la constituent.

L'audit permet de réaliser un diagnostic, « une photographie », afin de :

- Identifier les leviers d'amélioration
- En déduire des projets d'optimisation
- Partager une construction commune du plan de progrès

La finalité étant d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents mais aussi la satisfaction du personnel.

Après une présentation de la méthodologie et des outils d'audit en comité de direction de l'EHPAD, un calendrier et une organisation sont déterminés ainsi que la méthodologie de communication et de formation des auditeurs.

Toutes les personnes sollicitées ont accepté de réaliser deux journées ou une nuit d'audit. Pour plus d'objectivité, j'ai préconisé de faire des binômes d'auditeurs chacun centré sur une fonction différente (AS, IDE, ASH) mais présent dans le service en même temps. Au total, 15 personnes ont participé aux audits : des cadres de santé, des cadres supérieurs de santé, des étudiants cadres et moi-même. Les auditeurs étaient tous « étrangers » au secteur audité pour plus d'objectivité et de neutralité.

Une réunion avec les auditeurs a permis de présenter les objectifs de travail, la méthodologie, l'organisation, les outils et de rappeler le rôle et la fonction d'un auditeur.

Lors de cette réunion, chaque binôme a fixé ses journées d'audits.

Une présentation de ce travail aux équipes professionnelles a été faite. Les échanges avec les équipes ont été riches d'enseignements. Il m'a fallu rassurer les agents qui voyaient ce travail comme du « flicage ». Mais aussi, les informer que ce travail aurait pour finalité un plan de réorganisation qui serait travaillé avec eux. A ce jour, la problématique de la convergence tarifaire n'a pas été abordée avec les équipes malgré que des actions de diminution de la dotation soins aient commencé depuis 2010. Ces actions ont jusqu'ici préservé le personnel soignant de jour. Le fait que les agents n'aient pas d'informations sur la convergence tarifaire ni eu aucun retour sur le rapport d'inspection de 2010 n'est pas facile à gérer au cours des réunions. Pour ces raisons, je m'appuie sur les problèmes généraux de financements des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et sur le fait que ce travail va servir à préparer la signature de la prochaine convention tripartite.

Ce manque de transparence, d'informations vis-à-vis des équipes de l'EHPAD, des représentants du personnel, des instances m'interpellent en tant que futur Directeur d'établissement. D'autant que la diminution de la dotation globale soins est importante, elle avoisine une diminution de plus de 20% du budget soins.

Selon moi, une communication aurait dû être faite depuis longtemps. Nous travaillons alors un plan stratégique de communication pour un passage de ce point en Comité de Direction, en conseil de surveillance, CHS-CT et CTE. Une note de présentation sur la situation de

l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPAD) « Saint-Louis » au regard de la convergence tarifaire est alors élaborée.

Pour l'étape d'analyse des données, une grille permettant de consigner la tâche effectuée par l'agent observé et le temps mis pour la réaliser a été élaborée. Cette méthode permet de grouper les tâches par grandes missions (exemple soins de nursing, aides au repas, prestations médicamenteuses...) et d'objectiver le pourcentage de temps passé sur ces grandes missions. Le travail permet également d'objectiver les axes d'amélioration. Par exemple, le temps de transmission oral entre l'équipe du matin et l'équipe d'après-midi représente six heures de temps de travail effectif.

La cadre supérieur et moi-même avons présenté l'analyse de son secteur à chaque cadre. Cette présentation doit permettre au cadre de proposer un plan d'amélioration. Le choix de faire travailler un plan d'amélioration par secteur est dû au fait que nous souhaitons obtenir une diversité de propositions. Ces propositions d'amélioration seront ensuite retravaillées avec l'équipe d'encadrement en termes de faisabilité (avantage-inconvénients). Ensuite, une présentation aux équipes a été faite par secteur avec, en fin de réunion, un travail sur les pistes d'amélioration à développer. Les équipes, par ce travail, se sentent complètement impliquées dans la réorganisation et vont même très loin dans leurs propositions. Par exemple, il a été acté que les AS ne devaient plus toutes arrivées à six heures quarante cinq mais qu'une arrivée plus tardive permettrait au résident de voir son horaire de levée, défini dans le Projet Individuel de Vie, respecté. Cette réorganisation permettra également à l'Aide Soignante (qui quitte son travail vers 16 heures) de réaliser des animations en début d'après midi pour diversifier ses activités (valorisation de l'agent). Une autre piste de travail vise à repenser la thématique des repas qui est source d'insatisfaction pour les résidents mais aussi pour les soignants. La salle à manger devient sous dimensionnée au regard du nombre de personnes à mobilité réduite qui se déplacent avec une aide matérielle. Les *scénarii* sont d'agrandir la salle à manger (possible puisqu'une cloison mobile la sépare de la grande salle d'animation) et/ou de faire deux services.

Les résultats globaux et les pistes d'amélioration proposées par l'ensemble des équipes ont fait l'objet d'une présentation aux personnels, aux partenaires sociaux et aux instances dont le CVS. Ce travail a abouti à la mise en place de cinq groupes de travail autour de thématiques transversales permettant une cohésion d'équipe. Ces groupes de travail visent à améliorer la qualité de la prise en charge des résidents mais aussi la satisfaction du personnel.

Un bilan de la posture managériale adopté positif pour tous

Le travail sur le projet d'établissement et le projet individuel de vie a permis d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents, de remobiliser les équipes professionnelles et de répondre aux obligations réglementaires.

Ainsi, sur le bâtiment vert (où le désinvestissement au travail était plus que flagrant) nous voyons des soignants au cœur des préoccupations des résidents. La vie est enfin entrée dans l'établissement. La salle à manger du rez-de-chaussée a été ré-ouverte permettant un véritable moment de convivialité. Le midi, les aides soignantes, en accord avec les animatrices, réalisent des animations dans les étages : lecture de la presse, chorale... Pour le plus grand plaisir des résidents, de leurs familles mais aussi des soignants. Des bains relaxant (touchés-massages) sont donnés aux résidents par un binôme ergothérapeute - soignant, des pauses « thérapeutiques » sont organisées par les soignants y compris dans le parc les jours de beau temps. Face à la population accueillie, GMP sur le bâtiment vert proche de 900, les équipes ont parfois des difficultés à répondre aux besoins d'un résident très dépendant qui n'exprime plus beaucoup ses souhaits et ses attentes, mais le travail sur le projet de vie et le projet d'établissement a permis de remobiliser les acteurs.

Sur le bâtiment blanc et notamment dans le secteur 2 (où les résidents sont plus dépendants) un changement s'est opéré dans la prise en charge. Désormais, les résidents de ce secteur sont plus présents aux animations. « *En tant que soignante, nous savons mieux à quoi veulent participer les résidents* »⁵³. Les animatrices reconnaissent avoir plus de résidents de ce secteur présents aux animations. « *Ce travail à remobiliser les équipes* » me dit une animatrice.

Pour une infirmière « *recueillir l'histoire de vie du résident pour le Projet Individuel de Vie permet de mieux connaître le résident et donc de mieux l'accompagner* ». Certains soignants soulignent « *qu'avant les PIV, nous ne prenions jamais le temps de parler en équipe professionnelle d'un résident et surtout de ce qu'il souhaite faire et de ce qu'il attend de la prise en charge* ». Dans ce secteur, désormais les soignants réalisent des repas à thèmes plus régulièrement.

Les bénévoles, les familles et les tuteurs sont venus me faire part du changement qui s'opérait dans l'établissement. Il est important de souligner que le travail sur le projet de vie et le projet d'établissement n'est pas le seul responsable de ce changement. Les cadres de l'établissement, par leur implication, ont participé aux évolutions. De même, les formations sur la bientraitance, sur « *comprendre et agir face à la maladie d'Alzheimer* » participent à l'émulation. Parfois, il suffit d'un catalyseur pour que la transformation s'opère.

Les différents travaux menés avec les équipes ont surtout permis de revaloriser les équipes, de reconnaître leurs compétences. Comme m'a dit une infirmière « *rien que le fait que vous nous ayez écouté cela nous a remotivé* ». Les soignants me disent « *vous voyez nous sommes capables de faire bien* », ce dont je n'ai jamais douté.

Formaliser un projet d'établissement en concertation avec le personnel, les familles et les résidents est source de satisfaction pour tous et reste un vecteur important de l'amélioration

⁵³ Parole d'un AS secteur 2

continue de la qualité. La mobilisation des acteurs a été réelle et a également permis de se projeter dans l'avenir.

Le travail sur les audits va permettre de mettre en place une requalification des compétences. Face aux résultats, il s'avère indispensable de renforcer les équipes aides-soignantes y compris par des Aides Médico-Psychologie (AMP) et des Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) qui apporteront des compétences variées mais indispensables à l'amélioration de la prise en charge des résidents de plus en plus dépendants. La place des brancardiers est à revoir compte tenu que leur présence fait adopter des pratiques de manutention pouvant être déviantes. Bien souvent, le brancardier manutentionne seul le résident, ce qui représente un risque (notamment de chute) pour le résident mais aussi pour le brancardier (Troubles Musculo-squelettiques). Par ailleurs, le matériel de manutention disponible est sous utilisé. En corrélation avec la convergence tarifaire, l'effectif IDE est également à retravailler au profit de professionnels AS, AMP ou AVS. Un travail est à mener avec la Pharmacie à Usage Intérieur pour une dispensation nominative effective, préparer par les personnes compétentes (pharmaciens, préparateurs en pharmacie) permettant une diminution de l'effectif IDE.

Ce stage m'a également conforté dans la nécessité d'inscrire un établissement dans une dynamique de projet afin de remobiliser les acteurs à tous les niveaux. Si l'inertie m'est apparue difficile en début de stage par le manque de réactivité de l'encadrement, j'ai pu néanmoins travailler à l'avancée des projets. Pour cela, il m'a fallu revoir les objectifs. J'ai en effet compris que ce qui était primordial, c'était d'avancer, même si le rythme n'est pas celui souhaité. Bien évidemment, j'aurai souhaité exploiter plusieurs mallettes Mobiquil, faire travailler les équipes sur un guide à l'attention des familles, développer un outil de communication pour informer les équipes de ce qui est fait sur l'établissement, travailler la communication extérieure... Les idées ne manquent pas et me seront utiles dans mon futur établissement.

3.4 Cultiver le bien être au travail

Le plan santé au travail 2010-2014⁵⁴ fait remarquer que *« l'investissement dans l'amélioration des conditions de travail, pour une bonne qualité du travail est une condition de durabilité de la performance économique. À ce titre, la lutte contre la pénibilité est un enjeu majeur partagé qui doit s'inscrire dans une politique plus globale d'amélioration des conditions de travail, de développement des compétences et des potentiels afin de valoriser l'homme au travail et par le travail »*. L'introduction du plan rappelle que *« le développement de la santé et du bien-être au travail et l'amélioration des conditions de travail constitue un enjeu majeur pour notre politique sociale dans les années à venir. »*

⁵⁴ Plan santé au travail 2010 – 2014, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Paris, octobre 2010

Elle se poursuit en rappelant que les « *chefs d'entreprises et cadres dirigeants, salariés et institutions représentatives du personnel sont au centre de la stratégie qu'ils déclinent.* »

Promouvoir le bien être au travail, c'est donner la primauté à la prévention sur la réparation. En France nous sommes passés d'une logique de réparation à une logique de prévention instituée notamment par le droit européen.

D'autant que les établissements de santé subissent le recul de l'âge de la retraite, ou encore, dans la fonction publique, la fin de la mesure favorisant un départ anticipé pour les mères de plus de trois enfants. Il est donc devenu essentiel de permettre aux agents de travailler vraiment jusqu'à la retraite, c'est-à-dire de travailler plus longtemps en bonne santé. La santé étant définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *un état de complet bien être physique, mental et sociale et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

La notion de bien être se limite-t-elle à ne pas être mal ? Une politique de bien être ne peut se contenter d'écarter les risques psycho-sociaux (RPS). D'un côté la notion de bien être qui peut apparaître comme un concept assez vague, de l'autre les RPS qui est une terminologie administrative bien définie par le ministère du travail.

Le côté « bien être » est une approche souvent subjective, chaque personne l'appréhende de différentes manières selon son âge, son tempérament, son histoire professionnelle, sa situation socio-professionnelle. Le côté mal être peut apparaître comme un catalogue des symptômes et des causes plus objectif. Un rapport,⁵⁵ d'un collège d'experts présidé par Michel Gollac, sociologue et administrateur de l'Insee et transmis au ministère de la santé, a listé 40 indicateurs afin de mieux cerner les RPS. Le rapport classe les indicateurs en six catégories : exigence du travail, charge émotionnelle, autonomie et marge de manœuvre, rapports sociaux et relations de travail, conflits de valeurs et insécurité socio-économique.

Il me semble que le bien être en établissement de santé passe par l'assimilation de principes forts : **le sens que l'on donne au travail, la charge de travail est supportable, le travail se fait en équipe, le travail est l'occasion de développement personnel et professionnel.**

Le travail à du sens

Donner du sens au travail c'est pour un agent connaître la finalité de ses actions, c'est être capable de présenter de façon compréhensible à un tiers son activité. Il s'agit aussi de savoir pour l'agent où il se situe dans le processus de production. A l'EHPAD « Saint-Louis » lorsque nous avons travaillé avec les équipes sur la formalisation du projet individuel de vie (PIV), nous avons, lors des réunions chaque semaine, repositionné le résident au cœur de nos préoccupations. C'est-à-dire que nous avons cherché en équipe

⁵⁵ Rapport sur les indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. DARES et DRESS Octobre 2009

pluri-professionnelle à définir les besoins, les attentes et les désirs du résident et surtout à définir ce qu'il fallait mettre en place pour y répondre. Ce travail a permis aux soignants de redonner du sens à leurs pratiques mais aussi de les analyser. Les soignants se sont aperçus que, bien souvent, ils projetaient leurs propres envies, leur propre rythme et que ce n'était pas toujours en lien avec ce que souhaitait le résident. Vouloir coucher tous les résidents avant l'arrivée de l'équipe de nuit n'est plus l'objectif à atteindre. L'objectif à atteindre est de respecter l'heure de couché souhaitée par le résident.

La charge de travail est supportable

Dans les questionnaires 79 % des agents ont souligné la nécessité de travailler vite et intensément. Pour beaucoup la quantité de travail demandée est excessive notamment dans les catégories socioprofessionnelles AS, AMP et ASH. Lors des audits organisationnels, si parfois j'ai constaté la nécessité de renforcer l'équipe au regard de la charge de travail, bien souvent un travail pour lisser l'activité est à mettre en œuvre. Pour que la charge de travail devienne supportable, il apparaît nécessaire de retravailler les organisations. Le médecin de santé au travail citait, lors de notre entretien, l'organisation mise place par le Service de Soins de Suites et de Réadaptation du CHRD comme exemple. Les équipes de jour comme de nuit sont passées en horaires dérogatoires de 12 heures y compris les AS. Ces dernières m'affirment, lors d'un entretien informel, que leur organisation du travail se fait sur la journée complète. « *Nous ne sommes plus obligées d'avoir terminé nos tâches pour la relève de 14 heures 21 mais pour celle du soir* ». Ainsi, elles disent disposer du temps nécessaire pour exécuter correctement leur travail.

Le travail se fait en équipe

Au regard des observations menées sur les deux sites et au vu des réponses des professionnels, cette question est un axe fort à développer. Il existe un partage de la charge de travail mais il n'existe pas de travail d'équipe. A l'EHPAD « La Compassion », les infirmières ne sont même pas intégrées dans les services. L'infirmerie est excentrée et les IDE ne semblent être que des prestataires de soins techniques. A l'EHPAD « Saint-Louis », le travail d'équipe se fait parfois au moment des repas. Mais, il n'existe pas de collaboration pour les patients les plus lourds en termes de prise en charge. Ce travail d'équipe inexistant est, de plus, source de tension dans les équipes, chacun étant persuadé que l'autre ne fait rien.

Le travail à exécuter est source de développement personnel et professionnel

Comme le décrit A. Maslow, l'individu a besoin de se réaliser pour atteindre la satisfaction ultime. Dans les deux établissements les agents expriment que leurs compétences ne sont pas exploitées à 100%, que leur projet professionnel ne trouve pas de voie de réalisation. Pourtant beaucoup de personnes soulignent que le travail leur a permis de développer leur

confiance en elles ou encore que dans leur travail elles doivent apprendre des choses nouvelles. Dans ce type d'établissement, il est indispensable d'avoir une politique de GPMC et une politique de formation intense. Les formations-actions au sein d'un établissement, touchant un nombre élevé d'agents, sont souvent source de changement important. A l'EHPAD « Saint-Louis », lors de la sensibilisation à la bientraitance grâce au kit Mobiquel nous avons sensibilisé 105 agents, ce qui a eu un effet très positif sur les pratiques. Un directeur doit pouvoir mettre en place ce type d'action de formation au sein de son établissement.

Pour un directeur adopter une posture managériale bienveillante c'est aussi reconnaître la qualité du travail fourni, cultiver le sentiment d'appartenance à l'établissement, mettre en place une organisation du travail qui s'appuie sur une réelle subsidiarité. De même, les règles doivent être justes et appliquées par tous. Le travail doit être construit autour du vivre ensemble : convivialité, coopération/mutualisation, reconnaissance du patient, des familles mais aussi de l'établissement. Pour autant, il ne faut pas négliger d'améliorer des conditions matérielles de travail et surtout développer la motivation des professionnels en responsabilisant, en donnant une autonomie adaptée à la personne et à la situation, en impliquant.

Conclusion

Lors de mon arrivée en stage à l'EHPAD « Saint-Louis, j'ai rencontré des professionnels désinvestis et démotivés. Situation sans doute justifiée par des conditions de travail, en termes d'architecture, de matériels et d'organisation plus que perfectibles ainsi que par un manque de projets dans la structure. Mon analyse m'aurait conduit vers une résolution de problèmes « assez basique » si ce même constat n'avait pas été fait lors de mon stage dit « extérieur » réalisé en EHPAD privé non lucratif. Dans cet établissement, récemment réhabilité, qui a eu pour finalité d'offrir aux résidents et aux personnels des conditions d'hébergement et de travail exceptionnelles, j'ai rencontré du personnel encore plus désinvestis et plus démotivés que dans l'EHPAD public.

Je me suis alors demandée ce que peut mettre en place un directeur d'EHPAD pour remédier au désinvestissement au travail du personnel ?

Cette recherche m'a permis de confirmer que la démotivation n'est pas liée aux conditions matérielles de travail mais plutôt aux postures managériales adoptées par l'encadrement. En effet, la reconnaissance, la valorisation et l'écoute décuplent la performance de l'agent bien plus que les conditions de travail. De plus, améliorer la qualité de vie au travail des agents à un impact positif sur la qualité de prise en charge des résidents.

De ce fait, lors de mon stage, mon travail a consisté à mettre en place une posture managériale bienveillante. Ainsi, l'ensemble des acteurs a été impliqué dans l'élaboration du projet d'établissement et dans la mise en place du Projet Individualisé de Vie du résident. De même, un audit organisationnel a été organisé pour produire un état des lieux permettant d'amorcer le changement tous ensemble.

Ces trois projets, outils fédérateurs, ont permis de remobiliser les acteurs, de repositionner le résident au cœur des préoccupations et d'analyser en équipes pluri professionnelles les pratiques afin de les réajuster. Les projets sont désormais nombreux et partagés par tous pour la plus grande satisfaction des résidents, des familles et du personnel.

Cette recherche montre également l'importance pour un directeur d'établissement de repositionner les cadres de proximité dans leurs rôles de leaders auprès de leurs équipes. **Contrairement au manager, respecté pour ce qu'il est, un leader est respecté pour ce qu'il fait.**

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

MINISTERE DE LA SANTE : Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE : Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT et MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES : Décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES : Décret N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des EHPAD

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES : Arrêté ministériel du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire modifié par arrêté du 24 avril 2009

Ouvrages :

Sainsaulieu R / éd 1988 , *L'identité au travail*, Paris : Presse de sciences Po. 480 p

Bourdieu P / éd 1980, *Le sens pratique*, Paris : Éditions de Minuit 500 p

Winnicott D.W / éd 1989, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot 468 p

Rogers C.R / éd 2005, *Le développement de la personne*, Paris : Inter éditions 274 p

Ricœur P / éd 1990, *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 424 p

Boisard P/ éd 2009, *le nouvel âge du travail*, Paris : hachette littératures, 211 p

Hirigoyen M.F / éd 1998, *le harcèlement moral : la violence verbale au quotidien*, Paris : Éditions La Découverte & Syros 212 p

Deming W E / éd 1896, *Hors la crise*, traduction Goque JM, Paris : Economica. 352 p.

Crozier M / éd 1964, *le phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil, Collections Points et Essais 384 p

Savall H / éd 1995, *Maitriser les coûts et la performance cachée*, Paris Economica, 410 p

Lewin K / éd 1946, *Frontiers in Group Dynamics*, HB Nelson Edition, 235 p

Daniel Goleman /éd 2003, *L'intelligence émotionnelle*, Paris : Edition J'AI LU « Bien-être ». 384 p

J.M Fourgous, E Daujard / éd 1993, *Qualité de vie au travail et performance*, Paris : Les Editions Organisations. 170 p

Maslow A H / éd 1972, *vers une psychologie de l'être*, Paris : Fayard, 272 p

Drucker Peter F / éd 1977, *la nouvelle pratique de la direction des entreprises*, Paris : Edition d'Organisation, 225 p

Douglas M.Gr / éd 1974, *La dimension humaine de l'entreprise*, Trad J Ardoino et M Lobrot, Paris : Gauthier-Villars, 155 p

McClelland D.C / éd 1969, *Motivating Economic Achievement*, Free Press, 234 p

Mayo EW / éd 1933, *The social problems of an industrial civilization*, Londres Macmillan. 148 p

Herzberg F / éd 1971, *le travail est la nature de l'homme*, Entreprise Moderne d'Édition, 1971. 245 p.

T. Gordon / éd 2006, *Leaders efficaces : l'efficacité par la collaboration*, Paris, 280 p.

Herzberg F, Mausner B, Snydermann B / éd 1959, *The Motivation to work*, New York, 324 p

Recommandations/rapports :

Recommandation des bonnes pratiques professionnelles : La Bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre. ANESM, Paris juin 2008.

Recommandations des bonnes pratiques professionnelles : Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement. Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne. Qualité de vie en EHPAD (volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. ANESM, Paris

Rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : « Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile » Jean MANTOVANI, Christine ROLLAND, Sandrine ANDRIEU / N°83 série études et recherches – novembre 2008.

Plan santé au travail 2010 – 2014 – Ministère de l'emploi et de la Santé. Paris Octobre 2010

Articles :

Honneth A, Décembre 2006, *Sans reconnaissance, l'individu ne peut se penser en sujet de sa propre vie*, Philosophie magazine N°5.

Belet D et Yanat Z, mai 2004, *l'éthique managériale : responsabilité sociale et enjeu de performance durable pour l'entreprise*, La lettre de la recherche.

Rogers C.R, *Comment puis-je établir une relation d'aide ?* Traduit par Olga Kauffmann.

Deuschmeyer C, Camboulive N, Fieffe M, octobre 2011, *Recruter – motiver : Tout un art*, la revue francophone de gériatrie et de gérontologie. N° 178.

Rouilleaut H – Directeur Général de l'ANACT, mars-avril 2006 « Editorial » Revue Travail et Changement N°307 p 3.

Thierry Rousseau, mars-avril, 2006, « *la charge de travail : faire face aux nouvelles exigences* ». Revue travail et changement N°307 p 3.

Conférence :

Christian du Tertre, professeur en sciences économiques, Université Paris VII, directeur du laboratoire d'intervention et de recherche ATEMIS (Analyse du travail et des mutations des industries et des services).

Les conférences de la Fédération Hospitalière de France – Hôpital expo 2012 - *Qualité de vie au travail : quel intérêt à agir ?* mercredi 23 mai 2012, Paris. Intervention de Véronique Ghadi : « *Qualité de vie au travail et qualité des soins : l'approche de la HAS* ». Intervention de Mathieu DETCHESSAHAR : « *La qualité de vie au travail des soignants : l'enjeu du management* ».

Site internet :

Améliorer la qualité en EHPAD : l'outil Angélique disponible sur internet <http://www.solidarite.gouv.fr>.

Liste des annexes

Annexe 1 : questionnaire destiné aux agents des deux EHPAD

Annexe 2 : grille d'entretien destinée aux Directeurs des établissements

Annexe 3 : grille d'entretien destinée aux médecins de santé au travail

Annexe 4 : tris croisés totalités des réponses par catégories professionnelles

Annexe 5 : tris croisés totalités des réponses par lieu d'exercice

Annexe 1 : questionnaire destiné aux agents des deux EHPAD

Questionnaire sur les facteurs de satisfaction et de motivation au travail

Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire Social et Médico-social, dans le cadre de mon mémoire professionnel, je travaille sur les facteurs de satisfaction et de motivation au travail en EHPAD.

Ce questionnaire comporte plusieurs parties. Pour que vos réponses soient prises en compte, vous devez répondre à toutes les questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il faut choisir les réponses qui correspondent le mieux à ce que vous vivez ou ressentez.

Ce travail me permettra, en tant que futur directeur d'un établissement médico-social, de définir une stratégie managériale qui tienne compte des besoins des professionnels.

Caractéristiques individuelles

1. Sexe : Femme Homme
2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
 18-30 ans 31-40 ans 41-50 ans 51-60 ans Plus de 60 ans
3. Quelle est votre situation familiale ? Je vis seul(e) Je vis en couple
4. Nombre d'enfants à charge ?
 Aucun Un Deux Trois Quatre et plus
5. Quelle est votre fonction dans l'établissement ?
 IDE ASD ASH Autre précisez.....
6. Quelle est votre ancienneté dans cet EHPAD ?
 Moins de 2 ans De 3 à 5 ans De 6 à 10 ans Plus de 10 ans
7. Vous êtes : Titulaire/CDI Stagiaire Contractuel(elle)/CDD
8. Travaillez-vous à temps partiel dans l'établissement ? Non Oui Si oui à quel taux ?

Autonomie

9. Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
10. Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
11. Mon travail me demande d'être créatif (ve) Oui Non
12. Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même Oui Non
13. Mon travail demande un niveau de compétence Oui Non
14. Dans mon travail, j'ai de la liberté pour décider comment je fais mon travail
 Oui Non
15. Dans mon travail, j'ai des activités variées Oui Non
16. Dans mon travail, j'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail
 Oui Non
17. Dans mon travail, j'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Charge de travail

18. Mon travail me demande de travailler vite
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
19. Mon travail me demande de travailler intensément
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
20. La quantité de travail qui m'est demandée est excessive Oui Non
21. Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
22. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes Oui Non
23. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
24. Attendre le travail de collègues ralentit souvent mon propre travail Oui Non

Soutien au travail

Il s'agit ici du supérieur direct, celui qui organise votre activité

25. Mon supérieur se sent concerné par le bien-être des personnes placées sous ses ordres
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
26. Mon supérieur prête attention à ce que je dis
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
27. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
28. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer les personnes placées sous ses ordres
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
29. Les collègues avec qui je travaille sont des professionnels compétents
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
30. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
31. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord
32. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien
 Tout à fait d'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas du tout d'accord

Reconnaissance

33. Je reçois le respect que je mérite de mes supérieurs : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup
34. Je reçois le respect que je mérite de mes collègues : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup
35. Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles :
 Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

36. On me traite injustement à mon travail : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

37. Mes perspectives de promotion sont fortes : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

38. Vu tous mes efforts, je reçois le respect et l'estime que je mérite à mon travail :
 Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

39. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes supérieurs : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

40. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes collègues : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

41. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les résidents : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

42. Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les familles de résidents : Oui Non
Si non, Cela ne me dérange pas Cela me dérange un peu Cela me dérange beaucoup

Sens du travail

43. Les tâches que j'effectue sont intéressantes Oui Non

44. Les tâches que j'effectue correspondent à mes attentes Oui Non

45. Mon travail me permet d'avoir des relations sociales satisfaisantes Oui Non

46. Dans mon travail, j'ai le sentiment de faire quelque chose d'utile aux autres
 Oui Non

47. Le travail que je fais n'importe qui pourrait le faire Oui Non

48. Dans mon travail, j'ai le sentiment d'être exploité Oui Non

49. Mon activité professionnelle me permet d'éprouver la fierté du travail bien fait
 Oui Non

50. Dans le cadre de mon activité professionnelle actuelle, j'exerce mon métier tel que je le conçois Oui Non

51. J'ai l'impression de travailler pour satisfaire les critères d'évaluation de la hiérarchie, et non pour répondre aux exigences du métier : Oui Non

52. Dans mon travail, je suis amené à faire des choses avec lesquelles, je suis en désaccord sur le plan moral : Oui Non

53. Dans mon travail, j'observe des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de mes valeurs professionnelles : Oui Non

Contraintes professionnelles

54. Depuis deux ans vos conditions de travail se sont :
 Améliorées Dégradées Elles sont restées inchangées

55. Il arrive souvent que je ne puisse pas effectuer correctement mon travail en raison des éléments suivants : *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*

- Temps insuffisant pour mener à bien son activité
- Rétention d'informations
- Informations insuffisantes ou floues
- Changements d'organisations mal expliqués ou mal mis en œuvre
- Sentiment de contrôle régulier
- Situation de sous effectif
- Moyens matériels insuffisants, inadaptés ou fonctionnant mal
- Formation du personnel insuffisante
- Problème de collaboration
- Aucun problème

56. Avez-vous des problèmes de collaboration ?

- Oui Non

Si oui avec, *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*

- Vos collègues Votre hiérarchie D'autres intervenants : précisez.....

57. Vos conditions de travail ce sont dégradées selon vous en raison de :

(Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Pression hiérarchique
- Manque de considération
- Ergonomie du poste de travail
- Pénibilité du travail
- Mauvaise ambiance
- Environnement réglementaire (réforme, normes...)

58. Mon investissement dans le travail se manifeste régulièrement de la façon suivante :

(Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Je commence à penser à des problèmes du travail dès que je me lève le matin
- Quand je rentre à la maison, je n'arrive pas facilement à me décontracter et à oublier ce qui concerne mon travail
- Mon sommeil est perturbé
- Rien de tout cela

59. La prise en charge de la population « personnes âgées » favorise mon équilibre émotionnel

- Oui Non

60. Je sens parfois que je m'occupe des personnes âgées de façon impersonnelle

- Jamais De temps en temps Régulièrement Toujours

61. Je crains que le travail auprès de la personne âgée endurecisse ma sensibilité

- Oui Non

62. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive au résident

- Jamais De temps en temps Régulièrement Toujours

Ambiance de travail et pénibilité

63. Je trouve que l'ambiance au travail est : *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*

- Sereine Tendue Calme Dynamique Froide
- Confiante Chaleureuse Agressive Conflictuelle
- Malveillante

64. Lorsque je rencontre des difficultés dans mon travail, je peux facilement obtenir de l'aide ou du soutien de la part de : *(Vous pouvez cocher plusieurs cases)*

- De mes collègues
- De ma hiérarchie

- De la direction de l'EHPAD
- Du service Ressources Humaines/ Du service du personnel
- Du service Formation
- Du service de santé au travail
- Des organisations syndicales ou des représentants du personnel
- Je ne trouve pas d'aide sur mon lieu de travail

65. Considérez-vous que votre poste de travail et son environnement sont satisfaisants ?

- Oui Non

Valorisation

66. Dans mon établissement, j'ai le sentiment d'avoir une valeur professionnelle :

- Oui Non

67. Dans mon travail, je me sens à l'aise pour parler ouvertement y compris au supérieur hiérarchique : Oui Non

68. Dans mon travail, j'ai développé ma confiance en moi : Oui Non

69. Dans mon établissement, je participe à l'amélioration de la qualité : Oui Non

70. Dans mon établissement, je peux participer à la prise de décisions : Oui Non

71. Dans cet établissement, mes compétences professionnelles et personnelles sont utilisées à 100% : Oui Non

72. Dans cet établissement, nous avons un but et des valeurs communs partagés :

- Oui Non

73. Dans cet établissement, mon projet professionnel personnel trouve une voie de réalisation :

- Oui Non

74. Dans cet établissement j'ai le sentiment d'appartenir à un groupe Oui Non

Vision d'avenir

75. D'après vous dans trois ans, vous pensez que : ((Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Vous travaillerez encore au même poste dans le même établissement
- Vous aurez choisi de quitter cet EHPAD
- Vous aurez évolué professionnellement dans le même établissement
- Vous aurez évolué professionnellement dans un autre établissement
- Vous aurez quitté le secteur des personnes âgées
- Vous ne savez pas

Questions générales

76. Par rapport à ma situation professionnelle prise dans sa globalité, je me trouve :

- Tout à fait satisfait(e) Plutôt satisfait(e) Plutôt pas satisfait(e) Pas du tout satisfait(e)

Je vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire et d'avoir ainsi participé à ma recherche professionnelle

Sophie Labart - Elève Directeur

Annexe 2 : grille d'entretien destinée aux Directeurs des établissements

Ma présentation

Elève Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico-social, dans le cadre de mon mémoire professionnel, je travaille sur facteurs de satisfaction et de motivation au travail en EHPAD.

Ce travail me permettra en tant que futur directeur d'un établissement médico-social de définir une stratégie managériale qui tient compte des besoins des professionnels.

Présentation de l'interviewé :

Depuis quand êtes vous directeur ?

Quelles sont vos expériences antérieures ?

Entretien :

1) Quels seraient selon vous les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants en EHPAD ?

Relances 1 : Pensez-vous que les agents exerçant en EHPAD soient reconnus dans leur travail ?

Relance 2 : votre expérience vous laisse-t-elle penser que le travail des agents en EHPAD soit suffisamment valorisé ?

Relance 3 : Est-ce que reconnaître et valoriser le travail des agents en EHPAD augmenteraient leurs motivations et ainsi leur implication dans leur travail ?

2) Pensez-vous que les conditions de travail des agents modifient les conditions de prise en charge des résidents ?

3) Selon-vous, comment peut-on réduire le désinvestissement au travail des agents qui exercent en EHPAD ?

4) Selon votre expérience, existe-t-il un manque de reconnaissance des agents ou des salariés au niveau de l'EHPAD ?

5) D'après vous, que doit-être un « management bientraitant » ?

6) Qu'est ce qui doit caractériser un « management bien traitant » ?

7) Quelles solutions pourriez-vous proposer à un futur directeur comme moi pour améliorer les conditions de travail des soignants en EHPAD
Physique et moral (pour leur donner envie de travailler, pour être satisfait au travail)

Je vous remercie de m'avoir accordé cette interview et d'avoir ainsi participé à ma recherche professionnelle.

Annexe 3 : grille d'entretien destinée aux médecins de santé au travail

Ma présentation

Elève Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico-social, dans le cadre de mon mémoire professionnel, je travaille sur facteurs de satisfaction et de motivation au travail en EHPAD.

Ce travail me permettra, en tant que futur directeur d'un établissement médico-social, de définir une stratégie managériale qui tienne compte des besoins des professionnels.

Présentation de l'interviewé :

Depuis quand êtes vous médecin du travail dans cet établissement ?

Quelles sont vos expériences antérieures ?

Entretien :

1. Le personnel qui travaille à l'EHPAD que vous recevez en entretien se plaint-il à vous ?
Si oui de quoi ?
Des conditions de travail : horaires, charge de travail, effectifs... ?
De l'encadrement ?
Autres ?
2. Quels seraient, selon vous, les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des soignants en EHPAD ?
3. Pensez vous que les conditions de travail des agents modifient les conditions de prise en charge des résidents ?
4. D'après votre expérience de médecin du travail existe-t-il un manque de reconnaissance des agents au niveau de l'EHPAD ?
Si oui, est-ce que ce manque de reconnaissance touche toutes les catégories professionnelles ?
(Lesquelles ?)
5. Ce manque de reconnaissance est-il source de souffrance au travail pour les agents de l'EHPAD qui en sont victimes?
6. Le manque de reconnaissance au travail est-il générateur de pathologies professionnelles chez les salariés concernés ?
Pathologies physiques et/ou psychiques ?
Existe-t-il une littérature sur ce sujet ?
7. D'après vous, que doit-être un « management bien traitant » ?
8. Qu'est ce qui doit caractériser un « management bien traitant » ?
9. Quelles solutions pourriez-vous proposer aux directeurs d'EHPAD pour améliorer les conditions de travail des soignants en EHPAD
Physique et moral (envie de travailler le matin)

Je vous remercie de m'avoir accordé cette interview et d'avoir ainsi participé à ma recherche professionnelle.

Annexe 4 : tris croisés totalités des réponses par catégories professionnelles

		IDE	AS	ASH	Autres
Caractéristiques individuelles	Fonction	19%	42%	10%	24%
	moins de 40 ans	66%	60%	75%	37%
	Vis en couple	93%	63%	75%	79%
	Au moins un enfant	53%	54%	75%	68%
	Ancienneté < 5 ans	73%	61%	50%	74%
	Agent Contractuel	7%	15%	25%	0%
	Travail à temps partiel	7%	6%	0%	21%
Autonomie	Dois apprendre des choses nouvelles	93%	70%	100%	100%
	Mes tâches sont répétitives	87%	91%	100%	79%
	Etre créatif dans mon travail	60%	54%	62%	89%
	Dois prendre des décisions moi-même	87%	48%	75%	89%
	Mon travail demande un niveau de compétence	93%	85%	62%	100%
	Liberté de décider comment faire mon travail	60%	63%	50%	84%
	Mes activités sont variées	73%	30%	62%	100%
	Possibilité d'influencer le déroulement	87%	57%	62%	89%
	Occasion de développer mes compétences	87%	54%	75%	95%
Charge de travail	Dois travailler vite	93%	85%	87%	95%
	Dois travailler intensément	93%	91%	87%	95%
	Quantité de travail demandée est excessive	60%	88%	62%	58%
	Pas assez de temps pour faire le travail	67%	91%	50%	53%
	Reçois des ordres contradictoires	67%	54%	37%	42%
	Tâches interrompues	100%	48%	37%	84%
	Attendre le travail de collègues me ralentit	73%	45%	50%	63%
Soutien au travail	N+1 est concerné par le bien être des subordonnés	67%	61%	50%	84%
	N+1 prête attention à ce que je dis	93%	61%	50%	68%
	N+1 m'aide à mener mes tâches à bien	73%	57%	75%	89%
	N+1 réussit à faire collaborer ses subordonnés	60%	57%	75%	79%
	<u>Mes collègues</u> sont compétents	87%	73%	75%	95%
	<u>Mes collègues</u> me manifestent de l'intérêt	93%	67%	75%	74%
	<u>Mes collègues</u> sont amicaux	93%	85%	87%	74%
	<u>Mes collègues</u> m'aident à mener mes tâches à bien	87%	85%	87%	68%
Reconnaisances	Reçois le respect mérité de mes supérieurs	47%	54%	50%	84%
	Reçois le respect mérité de mes collègues	60%	70%	87%	74%
	Soutien satisfaisant dans les situations difficiles	40%	48%	37%	68%
	On me traite injustement dans mon travail	33%	21%	25%	26%
	Perspectives de promotion fortes	0%	30%	37%	26%
	Reçois le respect et l'estime que je mérite	53%	33%	50%	68%
	Travail apprécié à sa juste valeur par les N+1	47%	48%	62%	89%
	Travail apprécié à sa juste valeur par les collègues	87%	79%	87%	58%
	Travail apprécié à sa juste valeur par les résidents	93%	89%	100%	79%
Travail apprécié à sa juste valeur par les familles	80%	67%	75%	74%	
Sens du travail	Tâches effectuées intéressantes	87%	76%	75%	100%
	Mes tâches correspondent à mes attentes	67%	39%	62%	84%
	J'ai des relations sociales satisfaisantes	80%	70%	100%	89%
	Sentiment d'être utile aux autres	100%	88%	100%	100%
	Mon travail n'importe qui peut le faire	7%	30%	50%	5%
	Sentiment d'être exploité	80%	64%	37%	37%
	Epreuve de la fierté du travail bien fait	73%	58%	75%	75%
	Exerce un métier tel que je le conçois	33%	33%	50%	42%
	Travail pour satisfaire les critères du N+1	40%	70%	50%	37%
	En désaccord moral avec certaines choses	73%	79%	50%	37%
	Pratiques et décisions à l'encontre de mes valeurs	80%	91%	62%	47%

Contraintes professionnelles	Oui les conditions de travail se sont dégradées A causes :	73%	85%	50%	42%
	Puisse pas effectuer correctement mon travail en raison de :	Manque de considération et pression hiérarchique	Pénibilité du travail + idem IDE	Pression + pénibilité	Manque de considération
	Pas de problème de collaboration	Sous effectif	Sous effectif	Sous effectif	Pas assez de temps pour faire le travail
	Commence à penser au travail dès que je me lève	Pas assez de temps pour faire le travail	Pas assez de temps pour faire le travail	Pas assez de temps pour faire le travail	
	Le soir à la maison difficulté à me décontracter	Manque de moyen matériels			
	Sommeil perturbé	47%	70%	50%	42%
	Personne âgée (PA) favorise équilibre émotionnel	53%	45%	12%	53%
	M'occupe <u>régulièrement</u> de la PA de façon impersonnelle	40%	45%	12%	63%
	M'occupe <u>de temps en temps</u> de la PA de façon impersonnelle	40%	33%	37%	42%
	M'occuper de La PA endurci ma sensibilité	67%	15%	37%	58%
Je me soucie toujours de ce qui arrive au résident	13%	18%	12%	5%	
	33%	39%	25%	53%	
	7%	51%	75%	74%	
	80%	51%	75%	74%	
Ambiances et pénibilité	Ambiance au travail est :	Tendue, dynamique et conflictuelle	Tendue et chaleureuse	Dynamique	Tendue et conflictuelle
	obtenir de l'aide en cas de difficultés auprès de :	Mes collègues	Mes collègues	Mes collègues	Mes collègues
	Poste et environnement de travail sont satisfaisants	Non pour 80%	Non pour 82%	Oui pour 50% Non pour 37%	Oui pour 63%
Valorisation	Sentiment de valeur professionnelle	47%	45%	37%	98%
	Me sent à l'aise pour parler ouvertement	53%	61%	75%	79%
	Développer ma confiance en moi	73%	82%	62%	74%
	Je participe à l'amélioration de la qualité	80%	70%	75%	100%
	Je participe à la prise de décision	Non pour 67%	Non pour 51%	Non pour 62%	Oui pour 58%
	Mes compétences sont utilisées à 100%	Non pour 87%	Non pour 85%	Non pour 50%	Non pour 68%
	But et valeurs communs partagés	Non pour 80%	Oui pour 45% non pour 45%	Oui pour 100%	Oui pour 58%
Projet professionnel trouve une voie de réalisation	Non pour 67%	Non pour 70%	Oui pour 50%	Oui pour 53%	
	Oui pour 67%	Non pour 52%	Oui pour 75%	Oui pour 68%	
Vision d'avenir	Dans trois ans vous aurez :	Quitter cet EHPAD 33%	Quitter cet EHPAD 45%	Ne sait pas 37%	Ne sait pas 53%
Satisfaction globale	Par rapport à ma situation professionnelle prise dans sa globalité je me trouve :	Plutôt satisfait 47%	plutôt pas satisfait 39%	Tout à fait satisfait ou plutôt satisfait 50%	Tout à fait satisfait ou plutôt satisfait 63%
		Pas ou plutôt pas satisfait 47%	Pas satisfait 24%		

Annexe 5 : tris croisés totalités des réponses par lieu d'exercice

		EHPAD « Saint-Louis »	EHPAD « La Compassion »
Caractéristiques individuelles	Sexe	92% femmes	100% femmes
	moins de 40 ans	66%	42%
	Vis en couple	68%	86%
	Au moins un enfant	66%	60% (plus de 10% en ont 4 ou +)
	Fonction	IDE 20% AS 44% ASH 10% Autres 24%	IDE 18% AS 39% ASH 11% Autres 25%
	Ancienneté < 5 ans	76% (12% + de 10 ans)	46% (29% + de 10 ans)
	Agent Contractuel	12%	11%
Travail à temps partiel	10%	7%	
Autonomie	Dois apprendre des choses nouvelles	80%	93%
	Mes tâches sont répétitives	88%	89%
	Etre créatif dans mon travail	70%	54%
	Dois prendre des décisions moi-même	68%	68%
	Mon travail demande un niveau de compétence	90%	86%
	Liberté de décider comment faire mon travail	78%	43%
	Mes activités sont variées	56%	64%
	Possibilité d'influencer le déroulement	76%	64%
Occasion de développer mes compétences	70%	75%	
Charge de travail	Dois travailler vite	92%	85%
	Dois travailler intensément	94%	89%
	Quantité de travail demandée est excessive	64%	89%
	Pas assez de temps pour faire le travail	64%	89%
	Reçois des ordres contradictoires	50%	61%
	Tâches interrompues	62%	71%
Attendre le travail de collègues me ralentit	54%	57%	
Soutien au travail	N+1 est concerné par le bien être des subordonnés	76%	54%
	N+1 prête attention à ce que je dis	86%	54%
	N+1 m'aide à mener mes tâches à bien	82%	46%
	N+1 réussit à faire collaborer ses subordonnés	76%	46%
	<u>Mes collègues</u> sont compétents	84%	75%
	<u>Mes collègues</u> me manifestent de l'intérêt	70%	86%
	<u>Mes collègues</u> sont amicaux	80%	93%
<u>Mes collègues</u> m'aident à mener mes tâches à bien	74%	96%	
Reconnaisances	Reçois le respect mérité de mes supérieurs	76%	29%
	Reçois le respect mérité de mes collègues	74%	68%
	Soutien satisfaisant dans les situations difficiles	52%	50%
	On me traite injustement dans mon travail	24%	29%
	Perspectives de promotion fortes	26%	20%
	Reçois le respect et l'estime que je mérite	58%	29%
	Travail apprécié à sa juste valeur par les N+1	72%	36%
	Travail apprécié à sa juste valeur par les collègues	72%	86%
	Travail apprécié à sa juste valeur par les résidents	80%	93%
Travail apprécié à sa juste valeur par les familles	62%	89%	
Sens du travail	Tâches effectuées intéressantes	80%	89%
	Mes tâches correspondent à mes attentes	50%	71%
	J'ai des relations sociales satisfaisantes	80%	79%
	Sentiment d'être utile aux autres	96%	89%
	Mon travail n'importe qui peut le faire	18%	25%
	Sentiment d'être exploité	52%	71%

	<p>Eprouve de la fierté du travail bien fait 66%</p> <p>Exerce un métier tel que je le conçois 44%</p> <p>Travail pour satisfaire les critères du N+1 48%</p> <p>En désaccord moral avec certaines choses 60%</p> <p>Pratiques et décisions à l'encontre de mes valeurs 74%</p>	<p>71%</p> <p>25%</p> <p>64%</p> <p>75%</p> <p>79%</p>	
Contraintes professionnelles	<p>Les conditions de travail se sont dégradées A causes (ordre décroissant):</p> <p>Puisse pas effectuer correctement mon travail en raison de :</p> <p>Pas de problème de collaboration 54%</p> <p>Commence à penser au travail dès que je me lève 42%</p> <p>Le soir à la maison difficulté à me décontracter 34%</p> <p>Sommeil perturbé 32%</p> <p>Personne âgée (PA) favorise équilibre émotionnel 36%</p> <p>M'occupe <u>régulièrement</u> de la PA de façon impersonnelle 12% (0% TOUJOURS)</p> <p>M'occupe <u>de temps en temps</u> de la PA de façon impersonnelle 46%</p> <p>M'occuper de La PA endurci ma sensibilité 30%</p> <p>Je me soucie toujours de ce qui arrive au résident 66%</p>	<p>62%</p> <p>Pénibilité au travail 71%, manque de considération 38%, pression hiérarchique 32%</p> <p>Situation de sous effectif 86% temps insuffisant pour les tâches 74%</p> <p>54%</p> <p>42%</p> <p>34%</p> <p>32%</p> <p>36%</p> <p>12% (0% TOUJOURS)</p> <p>46%</p> <p>30%</p> <p>66%</p>	<p>82%</p> <p>Pression hiérarchique 79%, manque de considération 71%, pénibilité au travail 71%</p> <p>temps insuffisant pour les tâches 89% Situation de sous effectif 79%</p> <p>61%</p> <p>50%</p> <p>64%</p> <p>46%</p> <p>46%</p> <p>18% (14% TOUJOURS)</p> <p>25%</p> <p>21%</p> <p>64%</p>
Ambiances et pénibilité	<p>Ambiance au travail est :</p> <p>Je peux obtenir de l'aide en cas de difficultés auprès de :</p> <p>Poste et environnement de travail sont satisfaisants</p>	<p>DYNAMIQUE 50%</p> <p>TENDUE 48%</p> <p>CHALEUREUSE 44%</p> <p>COLLEGUES 80% HIERARCHIE 48%</p> <p>40%</p>	<p>TENDUE 75%</p> <p>CONFLICTUELLE 57%</p> <p>COLLEGUES 93% HIERARCHIE 11%</p> <p>10%</p>
Valorisation	<p>Sentiment de valeur professionnelle 66%</p> <p>Me sent à l'aise pour parler ouvertement 74%</p> <p>Développer ma confiance en moi 74%</p> <p>Je participe à l'amélioration de la qualité 92%</p> <p>Je participe à la prise de décision 54%</p> <p>Mes compétences sont utilisées à 100% 20%</p> <p>But et valeurs communs partagés 56%</p> <p>Projet professionnel trouve une voie de réalisation 38%</p> <p>Sentiment d'appartenir à un groupe 62%</p>	<p>66%</p> <p>74%</p> <p>74%</p> <p>92%</p> <p>54%</p> <p>20%</p> <p>56%</p> <p>38%</p> <p>62%</p>	<p>39%</p> <p>54%</p> <p>82%</p> <p>57%</p> <p>32%</p> <p>21%</p> <p>32%</p> <p>25%</p> <p>57%</p>
Vision d'avenir	<p>Dans trois ans vous aurez :</p>	<p>QUITTER L'EHPAD 30%</p> <p>EVOLUER DANS AUTRES Ets 8%</p> <p>QUITTER SECTEUR PA 16%</p>	<p>QUITTER L'EHPAD 29%</p> <p>EVOLUER DANS AUTRES Ets 21%</p> <p>QUITTER SECTEUR PA 4 %</p>
Satisfaction globale	<p>Par rapport à ma situation professionnelle prise dans sa globalité je me trouve :</p>	<p>TOUT A FAIT SATISFAIT 8%</p> <p>PLUTOT SATISFAIT 46%</p> <p>PLUTOT PAS SATISFAIT 30%</p> <p>PAS DU TOUT SATISFAIT 10%</p>	<p>TOUT A FAIT SATISFAIT 0%</p> <p>PLUTOT SATISFAIT 25%</p> <p>PLUTOT PAS SATISFAIT 43%</p> <p>PAS DU TOUT SATISFAIT 29%</p>

LABART

Sophie

Décembre 2012

Directeur d'Établissement Sanitaire Social et Médico-social
Promotion 2011-2012

**LA BIENTRAITANCE MANAGERIALE A L'EHPAD SAINT-LOUIS :
UNE NOUVELLE FORME DE MANAGEMENT MOTIVATIONNEL**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

Le désinvestissement des professionnels à l'EHPAD « Saint-Louis » aurait pu trouver une cause dans les conditions matérielles de travail si je n'avais pas constaté ce même phénomène dans un EHPAD privé, offrant des conditions d'hébergement et de travail pourtant exceptionnelles.

Au cours de ce mémoire professionnel, il a été démontré que la reconnaissance, la valorisation et l'écoute décupleraient la performance des agents bien plus que les conditions de travail.

Dès lors, une posture managériale bien traitante a été instaurée s'appuyant notamment sur la reconnaissance du travail réalisé, la mise en place d'une réelle subsidiarité et des règles justifiées et appliquées par tous. Ainsi, les acteurs ont appris à vivre ensemble en cultivant leur sentiment d'appartenance et en donnant du sens aux actions. Ce travail a permis en donnant de l'autonomie et en impliquant de remotiver les professionnels et d'améliorer la prise en charge des résidents.

Mots clés :

Désinvestissement, démotivation, reconnaissance, valorisation, écoute, motivation, performance, bientraitance managériale, leadership

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.