



DESSMS 2013-2014

# MEMOIRE PROFESSIONNEL

---

*Enjeux et Modalités de la bientraitance managériale : l'exemple du projet  
d'établissement de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez*

**Corinne BALAJAS**

---

# Remerciements

---

Cette étude a été l'occasion de nombreux et riches échanges avec les professionnels du Centre Hospitalier du Forez. Je souhaiterais les remercier tous, très chaleureusement pour l'accueil qu'ils m'ont réservé ainsi que l'intérêt qu'ils ont accordé à ce travail.

Je souhaiterais remercier tout particulièrement Monsieur Alain TOUREZ, Directeur général du CHF, qui a accepté de m'accueillir pour la réalisation de ce stage de professionnalisation et a fait en sorte que ce stage soit pour moi des plus enrichissants et se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Je voudrais également adresser de vifs remerciements à l'ensemble de l'équipe de Direction pour leur accueil et la gentillesse avec laquelle ils ont bien voulu répondre à mes sollicitations. J'ai apprécié de travailler à leur côté durant ces huit mois et ai appris beaucoup de leurs expériences.

J'adresse un remerciement tout particulier à Christian BISSARDON pour sa disponibilité, son écoute et son accompagnement au quotidien durant ce stage. Il m'a permis de m'intégrer pleinement au sein de l'équipe et m'a donné la possibilité de collaborer étroitement à son travail. J'ai beaucoup appris de nos échanges et notamment de son expérience de terrain. Je l'en remercie infiniment.

Je souhaiterais également saluer et remercier chaleureusement les professionnels que j'ai plus particulièrement côtoyés :

- L'équipe d'encadrement de l'EHPAD: Marie-Claude, Délia, Raphael, Angélique, Nathalie, Patricia, Valérie et Christine ainsi que, Marie-Ange, l'infirmière coordonnatrice du SSIAD.
- L'équipe médicale du pôle de gériatrie et en particulier le Docteur Pierre BAYLE, médecin coordonnateur.
- L'équipe administrative : Mireille, Martine et Edith.
- Les professionnels soignants, l'équipe d'animation, l'équipe ménage ainsi que l'équipe d'entretien et logistique sans oublier bien entendu les bénévoles ...

*Merci enfin à Romain, Pierre et Valentine pour supporter une épouse et une maman pas toujours très disponible.*

*Merci à mes parents.*

## Table des matières

Introduction .....	8
Présentation du lieu de stage.....	9
Présentation des éléments de contexte .....	10
Le choix d'une problématique placée au cœur de la stratégie de l'établissement de l'EHPAD pour les cinq ans à venir. ....	12
Prérequis méthodologique .....	13
Les questionnements identifiés sur le terrain de stage et énoncé de la problématique .....	14
Présentation du plan .....	15
PREMIERE PARTIE – La prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD : rappel du cadre juridique et état des lieux. ....	16
I.    Rappel du cadre général de prévention des risques professionnels.....	16
A.    Une obligation générale de prévention des risques professionnels .....	16
B.    La « qualité de vie au travail » : une nouvelle obligation pour l'employeur ? .....	20
II.   Etat des lieux des conditions de travail en EHPAD au niveau national ainsi qu'au regard des constats effectués sur le terrain de stage .....	23
A.    Le diagnostic réalisé au niveau national sur les conditions de travail en EHPAD et l'attractivité de ce secteur pour les futurs professionnels.....	24
B.    La situation de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez : des organisations professionnelles sous tension malgré un taux d'encadrement légèrement au-dessus de la moyenne nationale. ....	27
DEUXIEME PARTIE – Des intrications très fortes entre qualité de vie au travail, bien être des professionnels et qualité du service rendu aux usagers. ....	33
I.    Qu'est-ce que la « bientraitance » ? Comment se définit aujourd'hui un accompagnement de qualité en EHPAD ?.....	33
A.    Savoir identifier la maltraitance et/ou les situations à risque de maltraitance .....	34
B.    La bientraitance, un ensemble de gestes, d'actes ou de paroles qui ont pour effet recherché et souhaité le bien être de la personne .....	36
C.    La bientraitance, une posture éthique qui repose sur le principe de l'autonomie des personnes. ....	38
II.   Le mal-être professionnel : un obstacle à la bientraitance et à la qualité de la prise en charge auquel le concept de « bientraitance managériale » entend apporter des éléments de réponses. ....	41

A. Le mal-être professionnel, un facteur de prédisposition à la non-qualité et générateur de situations à risques de maltraitance .....	41
B. L'incidence de la « non qualité » sur les conditions de travail et le climat social à travers deux exemples tirés de notre terrain de stage. ....	44
C. La bientraitance managériale, un style de management axé sur le bien-être des professionnels, dont la finalité est d'améliorer la qualité du service rendu à l'usager par la promotion d'une certaine qualité de vie au travail des agents. ....	47
TROISIEME PARTIE : Le projet d'établissement comme outil de promotion de la bientraitance, de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la qualité de l'accompagnement des résidents .....	50
I. Promouvoir la bientraitance managériale par la réécriture du projet d'établissement : une première étape nécessaire.....	51
A. La démarche adoptée par la Direction de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez pour la réécriture de son projet d'établissement .....	51
B. La promotion de la qualité de vie au travail et du bien-être des résidents, définie comme un des axes prioritaires du projet d'établissement.....	54
II. Le projet d'établissement, une première étape nécessaire mais non suffisante pour promouvoir une démarche institutionnelle de la bientraitance .....	58
A. Le projet d'établissement, un document de référence pour les professionnels qu'ils vont désormais devoir s'approprier.....	59
B. Une démarche qui doit être accompagnée sur le long terme visant à redéfinir la place de chacun au sein de l'institution et qui doit s'appuyer sur un outil spécifique d'aide au déploiement de la bientraitance .....	61
Conclusion .....	65
Bibliographie .....	67
Liste des annexes .....	I
<b>Annexe 1 : Flyer de présentation enquêtes « bientraitance et qualité de vie au travail » .....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe 2 : Résultats des enquêtes et synthèses .....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe 3 : Modèle guide d'entretien.....</b>	<b>VII</b>

*“Agis donc de telle sorte que tu traites l’humanité, aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen”*

**Kant, Fondements de la métaphysique des mœurs, 1785**

*« La responsabilité nous incombe sans que nous le voulions, en raison de la dimension de la puissance que nous exerçons au quotidien »*

**Hans Jonas, Pour une éthique du futur, 1992**

*« Seules peuvent prétendre à la validité des normes susceptibles de rencontrer l’adhésion de tous les intéressés en tant que participants d’une discussion pratique »*

**Jürgen Habermas, De l’Éthique de la discussion, 1992**

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale d'Evaluation du secteur Social et Médico-social

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier

AVS : Auxiliaire de Vie Sociale

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CH : Centre Hospitalier

CLACT : Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail

CSHCT : Comité Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CHF : Centre Hospitalier du Forez

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CTE : Comité Technique Paritaire

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales

DUER : Document Unique d'Evaluation des Risques

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso-Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins HAS : Haute Autorité de Santé

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFAS : Institut de Formation d'Aides-Soignantes

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MOBIQUAL : MOBILisation pour la QUALité

PASA : Pôle d'Activités et des Soins Adaptés

PMP : PATHOS Moyen Pondéré

PVI : Projet de Vie individualisé

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SSR : Service de Soins Suites et de Réadaptation

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

TMS : Troubles Musculo-squelettiques

## Introduction

Dans la continuité des plans *vieillesse et solidarité* (2001-2006) et *solidarité grand âge* (2007-2014), la préparation en cours d'un projet de loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement (dont l'adoption est prévue pour la fin de l'année 2014) témoigne de l'importance de la question du vieillissement et de ses modalités d'accompagnement pour notre société.

Ainsi qu'il est précisé dans le dossier de presse de clôture de la concertation relative à cette loi<sup>1</sup> du 12 février dernier : « *en 2060, un tiers des Français aura plus de 60 ans. Et les personnes âgées de plus de 85 ans seront près de 5 millions, contre 1,4 million aujourd'hui. La « révolution de l'âge » impose de revoir notre vision de l'âge : elle n'est pas la marque d'un déclin mais bien au contraire le signe d'un progrès considérable pour la société française. Elle génère de nouvelles exigences de solidarité et valorise le lien social et intergénérationnel. Elle constitue aussi une opportunité économique réelle, susceptible de créer des milliers d'emplois dans les années à venir* ».

Le vieillissement de la société est ainsi une des préoccupations majeures des responsables d'établissement pour personnes âgées<sup>2</sup> en ce que ce phénomène va impliquer, dans les années à venir, un accroissement important des besoins humains de prise en charge et d'accompagnement dans ce secteur ainsi qu'un véritable challenge en terme de management afin de pouvoir répondre à des niveaux de prise en charge et d'accompagnement des résidents toujours plus exigeants.

Paradoxalement, alors que le taux de chômage atteint en France des niveaux historiques et bien que le secteur des personnes âgées soit reconnu comme étant un secteur d'avenir en termes d'emplois, l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du Centre Hospitalier du Forez (CHF), tout comme bon nombre d'établissements pour personnes âgées ainsi que plus largement l'ensemble du secteur de la gériatrie, se heurte à une véritable problématique de déficit d'attractivité des soignants pour ce secteur ainsi qu'un malaise général des professionnels pouvant aller jusqu'à la démotivation, le désinvestissement ou l'épuisement professionnel en lien avec des conditions de travail vécues comme difficiles et non valorisantes.

Or, ce « mal-être » des professionnels au travail est préoccupant, à plusieurs titres, d'une part parce qu'il crée des conditions favorables à la survenue d'accidents du travail et/ou de maladies professionnelles

---

<sup>1</sup> <http://www.gouvernement.fr/presse/cloture-de-la-concertation-sur-le-projet-de-loi-d-orientation-et-de-programmation-pour-l-adap/>

<sup>2</sup> En 2012, l'ANAP a initié en partenariat avec le SYNERPA un travail exploratoire sur cette thématique, un outil de diagnostic du recrutement des AS-AMP en EHPAD a été élaboré à cette fin. Ce travail a abouti à la publication en mai 2013 d'une étude intitulée : « *valoriser les métiers du grand âge : retours d'expérience et pistes d'actions* ». <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/valoriser-les-metiers-du-grand-age-retours-dexperience-et-pistes-daction/>

exposant ainsi les professionnels à un risque non négligeable pour leur santé et leur intégrité physique et psychique, d'autre part, parce que ce « climat » n'est pas propice à une prise en charge de qualité et à la « bientraitance » des résidents telle que promue par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

La problématique de l'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail apparaît ainsi comme un enjeu majeur pour un Directeur d'Établissement. En effet, il apparaît aujourd'hui que la notion de bientraitance doit s'entendre au-delà de la seule qualité de l'accompagnement et du bien-être des résidents mais également englober la qualité de vie et le bien être des professionnels au travail, ces deux aspects étant étroitement liés<sup>3</sup>. On parle ainsi d'une démarche globale de la bientraitance ou « dynamique de la bientraitance »<sup>4</sup> en ce qu'elle a vocation à s'appliquer à l'ensemble des relations interindividuelles au sein d'un établissement.

C'est une nouvelle forme de management par la bientraitance qui a émergé il y a quelques années avec le constat que certaines organisations pouvaient être source d'un profond mal-être professionnel, forme de management que l'on désignera sous le terme de « bientraitance managériale ». Ce terme désigne une stratégie d'ensemble impulsée par l'établissement et qui se structure autour du projet d'établissement dans toutes ses dimensions en devenant ainsi l'élément-clé. C'est cette démarche qui a été amorcée au sein de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez avec l'écriture du nouveau projet d'établissement.

## Présentation du lieu de stage

Le Centre Hospitalier du Forez (CHF) est un établissement intercommunal situé dans le département de la Loire (42). Il est né le 1<sup>er</sup> janvier 2013 de la fusion des Centres Hospitaliers de Feurs et de Montbrison distants de 28 kms.

Le CHF couvre une population d'environ 170 000 habitants. Il dispose de 880 lits et places dont 338 en Médecine-Chirurgie et Obstétrique (MCO), 66 lits et places en psychiatrie ainsi que 78 lits et places en Soins de Suites et de Réadaptation (SSR). Le CHF gère, par ailleurs, deux EHPAD totalisant 341 lits d'hébergement et réalisant 123 000 journées.

---

<sup>3</sup> Par exemple, Christian PEROZ dans son ouvrage intitulé « la démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social : Promouvoir le bien être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance », Seli Arslam 2011, 157 p. pose le postulat que « *prendre en compte le bien-être au travail des professionnels, leur motivation, ce qui exige notamment de bien les informer sur les changements prévus, c'est renforcer la possibilité qu'ils concentrent leurs efforts sur l'accompagnement des usagers* ».

<sup>4</sup> Michel LEFEBVRE « *Dynamique de la bientraitance* », ADICE-édition 2013, 171 p.

Le site de Montbrison est doté d'une unité de vie Alzheimer (UVA) de 24 lits qui va être prochainement convertie en deux unités de douze lits ; il est également doté d'un Pôle de Soins et d'Activités Adaptés (PASA) de 14 places depuis 2011. Le site de Feurs dispose d'une Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) de 16 lits (« les châtaigniers ») dont la labellisation est programmée pour la rentrée ainsi qu'un accueil de jour de 10 places (« carpe diem ») qui a ouvert ses portes en octobre 2013 et fonctionne, pour l'instant, sur trois jours (lundi/mercredi/vendredi). L'ouverture d'un PASA a également été autorisée sur le site de Feurs et sera en fonctionnement dans le courant du premier trimestre 2015.

En ce qui concerne les unités d'hébergement conventionnel, le site de Feurs dispose de deux unités : « les Chênes » avec 86 lits dont 2 lits d'hébergement temporaire et « les tilleuls » avec 30 lits qui accueillent des résidents très lourdement dépendants (GMP à 901 au 1<sup>er</sup> juillet 2013). Sur Montbrison, outre l'unité Alzheimer, l'établissement s'organise autour de trois secteurs : les secteurs « Jardins », « Bruyère » et « Faubourg » chaque secteur se divisant en deux unités respectivement de 35, 16 et 42 lits.

Le CHF est également le chef de file de la filière gériatrique de territoire dénommée « Filière Personnes Agées du Forez » dont la responsabilité incombe au Directeur adjoint en charge du pôle de gériatrie.

Le Directeur du CHF assure enfin la Direction des EHPAD autonomes de Bussièrès, Panissièrès et Champdieu.

## Présentation des éléments de contexte

Le Centre Hospitalier du Forez (CHF) est une entité juridique nouvelle, née le 1<sup>er</sup> janvier 2013, de la fusion des anciens Centres hospitaliers de Feurs et de Montbrison.

**La fusion a emporté, dans un même temps, la fusion des Etablissements d'Hébergements pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)** des deux ex centres hospitaliers qui ne font désormais plus qu'un seul et même établissement médico-social bi-sites.

La structure EHPAD de Feurs est située dans les locaux du Centre hospitalier. Elle est de ce fait assimilée davantage à un service de l'hôpital qu'à une structure médico-sociale à part entière. Cette structure, très marquée par la culture sanitaire où n'interviennent que des hospitaliers, se doit ainsi de renforcer sa mission première d'hébergement médico-social et de lieu de vie.

La structure EHPAD de Montbrison est, quant à elle, située à distance du site hospitalier de Montbrison. Bien que très proche de l'hôpital, cette structure dispose de locaux propres donc d'une configuration plus

axée sur la mission d'un établissement de type médico-social Elle dispose d'une configuration plus conforme à celle d'une structure de type EHPAD avec la présence d'un médecin coordonnateur à hauteur de 0,6 ETP et d'intervenants libéraux qui assurent le suivi médical des résidents.

### **La fusion au 1<sup>er</sup> janvier 2013 a conduit à la réorganisation de l'équipe de Direction du Centre Hospitalier.**

Le Directeur général du Centre Hospitalier de Montbrison est devenu celui du Centre hospitalier du Forez et il s'est entouré d'une équipe composée d'une partie du personnel de Direction de Feurs et de Montbrison. Suite au recrutement au 1<sup>er</sup> janvier 2012 d'un Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social (DESSMS), un directeur adjoint en charge de l'EHPAD et du SSIAD a été mis en place à Montbrison. Du fait de la fusion, son champ de compétence est désormais élargi puisqu'il est en charge des deux sites EHPAD de Feurs et de Montbrison mais a également un rôle de coordination de l'offre gériatrique au niveau du CHF. Il est identifié au sein de l'organigramme du CHF en tant que Directeur adjoint en charge du pôle de gériatrie.

**Cette fusion a coïncidé avec la mise en place, au niveau des EHPAD, d'une démarche d'évaluation interne** initiée en 2012 sur Montbrison et qui, à partir de 2013, a été menée en parallèle avec des outils communs et une démarche commune pour les deux sites.

En septembre 2013, une réflexion a été lancée pour **l'écriture d'un projet d'établissement commun aux EHPAD**. La Direction a souhaité, en effet, initier sans tarder ce projet du fait du contexte de la fusion récente mais également afin de mettre en cohérence la construction de ce projet avec la démarche d'évaluation interne et la renégociation de la convention tripartite 2013-2018. La démarche participative qui a été adoptée a permis aux équipes des deux sites de se rencontrer et de travailler ensemble autour d'un projet commun.

**L'évaluation externe est programmée pour la rentrée 2014**, le choix de l'expert visiteur venant d'être arrêté. La **convention tripartite** avec l'ARS et le Conseil général a été signée au 31 décembre dernier pour la période 2013-2018.

Fort de ces outils de gestion stratégique qui ont permis de nourrir la réflexion et de produire un état des lieux assez complet des points forts et des points à améliorer de l'établissement, différents constats ont été effectués conduisant à l'élaboration d'un plan d'actions que l'on peut qualifier d'ambitieux pour les 5 ans à venir.

## **Le choix d'une problématique placée au cœur de la stratégie de l'établissement de l'EHPAD pour les cinq ans à venir.**

A l'issue de l'évaluation interne, la question de l'amélioration des conditions de travail des professionnels ainsi que l'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents sont apparues comme un axe prioritaire du projet d'établissement.

L'EHPAD du CHF est confronté, en effet, comme environ 70 % des établissements du territoire, au problème de la vétusté de ses locaux. Les sites de Feurs et de Montbrison sont situés dans des bâtiments anciens devenus peu à peu inadaptés à l'accompagnement de résidents de plus en plus dépendants.

A Montbrison, la construction de l'EHPAD, dans sa configuration actuelle, résulte de multiples évolutions avec pour point de départ une institution, l'hôpital Sainte-Anne (1786) destinée à accueillir les enfants de plus de 7 ans. Depuis son existence, les bâtiments de l'EHPAD « les Monts du Soir » ont connu de multiples travaux d'humanisation, de réaménagement, de rénovation et d'extension (notamment pendant les périodes 1980-1986 et 1997-2003). Aujourd'hui, un projet de reconstruction a été formalisé mais est en attente de solutions de financement.

A Feurs, l'EHPAD qui se trouve dans les locaux même du Centre hospitalier, a ouvert ses portes, dans la configuration actuelle, en 1971 et il est situé dans un bâtiment dont la construction remonte, quant à elle, à 1958. La configuration de cet établissement est très hospitalière avec de longs couloirs sans véritable espace de vie. Une partie de la maison de retraite, le service des « chênes », est répartie sur trois niveaux, ce qui contribue à accroître la pénibilité du travail pour l'équipe soignante en charge de ce service de 82 résidents (dont il faut préciser que 65 % sont en fauteuils roulants).

En dépit de cette problématique architecturale dont la résolution n'est pas envisagée dans l'immédiat<sup>5</sup>, la Direction souhaite entreprendre des actions visant à améliorer les conditions de travail des soignants ainsi que, dans un même temps, la qualité de l'accompagnement des résidents au quotidien.

Les établissements de type médico-social disposant de structures d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées se heurtent souvent à un réel problème de manque d'attractivité pour les personnels soignants. Cet aspect est à relativiser toutefois en ce qui concerne l'EHPAD du CHF car il s'agit d'un établissement sanitaire dont la taille et la diversité des activités et services permettent d'évoluer plus

---

<sup>5</sup> Une étude de faisabilité d'un projet de reconstruction d'un nouvel établissement sur site à Montbrison a été réalisée. Toutefois, le projet est pour l'instant en attente de financement dans un contexte financier déficitaire au niveau du Centre hospitalier et de plan de retour à l'équilibre demandé par l'ARS bloquant ainsi pour l'heure tout projet d'investissement, y compris pour l'EHPAD en budget annexe.

facilement sur le plan professionnel. En revanche, l'usure professionnelle des personnels, voire même de certaines équipes où la cohésion d'équipe fait défaut, la démotivation et une certaine forme de désinvestissement professionnel sont des réalités que j'ai pu constater sur mon terrain de stage. Il est ressorti notamment de mes échanges avec les professionnels que le travail auprès des personnes âgées n'était pas suffisamment valorisé au sein de l'établissement, l'affectation en EHPAD étant souvent vécue comme une contrainte ou un passage obligé pour les jeunes diplômés et non suffisamment comme un choix délibéré de carrière.

En réponse à cette situation, la Direction du Centre Hospitalier du Forez a souhaité impulser une véritable dynamique autour de la gériatrie. Le recrutement d'un Directeur d'Etablissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) en 2012 pour diriger l'EHPAD et prendre en charge l'animation de la filière gériatrique de territoire en constitue un signe fort. L'élargissement de ses fonctions au moment de la fusion à l'ensemble du pôle de gériatrie sur les deux sites lui permet désormais de poser les premiers jalons d'une véritable politique gériatrique cohérente sur l'ensemble de l'établissement axée sur la promotion de la bientraitance à la fois des professionnels et des résidents.

La bientraitance managériale dont il est question ici constitue, dans le contexte actuel, un véritable enjeu pour un futur Directeur dont nous tenterons de présenter, à l'occasion de ce travail, les grandes lignes.

## Prérequis méthodologique

### Première phase : phase d'observation et de compréhension du sujet

- Se documenter sur la notion de « *bientraitance managériale* », sur les problématiques, de recrutement, de fidélisation des professionnels, d'absentéisme et de risques professionnels (TMS, Troubles psycho-sociaux ...) en EHPAD, de qualité de vie au travail, sur la notion de « *management participatif* » ainsi que plus largement sur la sociologie des organisations et l'éthique des relations interindividuelles, d'une part, à partir de la réflexion déjà menée au sein de l'établissement à l'occasion de différentes études, enquêtes et audits menés auprès des professionnels sur les conditions de travail ainsi qu'à l'occasion de l'évaluation interne et de l'écriture du projet d'établissement, d'autre part, à partir de différents travaux déjà réalisés sur cette thématique ( ex. travail réalisé par ANAP/SYNERPA précité *retours d'expérience sur la valorisation des métiers du grand âge*, mémoires EHESP sur la bientraitance managériale, ouvrages, articles etc. )
- Mener une observation sur chacun des sites des pratiques et organisations de travail existantes en s'appuyant sur les résultats de l'évaluation interne (constats).

- Recueillir des données chiffrées permettant de mieux connaître les caractéristiques en ressources humaines de l'établissement (taux d'absentéisme, turn-over, effectifs etc.)

## **Deuxième phase : réalisation d'entretiens et d'enquêtes auprès des professionnels de l'établissement**

### **→ Conduites d'entretiens**

- Auprès de la médecine du travail ;
- Auprès des assistantes sociales et des psychologues de l'établissement ;
- Auprès de la Direction des soins et de la DRH de l'Etablissement ;
- Auprès de la cadre supérieure en charge du pôle de gériatrie et des cadres de santé des EHPAD et des services de gériatrie.
- Auprès des professionnels lors d'entretiens et d'échanges informels.

### **→ Evaluation par questionnaire à destination des professionnels de l'EHPAD.**

- Connaître le point de vue des professionnels sur la manière dont ils perçoivent en quoi leur situation de travail favorise ou non la bientraitance au sein de l'établissement ainsi que leur positionnement individuel à l'égard de la bientraitance.
- Connaître le point de vue des professionnels sur la manière dont ils appréhendent leurs conditions de travail notamment dans leurs rapports avec leur hiérarchie et les autres professionnels de l'établissement

### **→ Evaluation par questionnaire auprès des Elèves de l'IFSI/IFAS ainsi qu'auprès des personnels soignants intervenant au sein du secteur sanitaire du CHF**

- Evaluer le niveau d'attractivité du secteur de la gériatrie (EHPAD) pour les jeunes en formation ainsi que les professionnels du secteur sanitaire.

## **Les questionnements identifiés sur le terrain de stage et énoncé de la problématique**

Quelles sont, en l'état actuel du Droit, les obligations de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail des salariés ? Quelles sont les problématiques générales liées aux conditions de travail en EHPAD et au sein de l'EHPAD du CHF en particulier ? Quelle incidence sur la qualité de la prise en charge et l'accompagnement des résidents ? Quelles corrélations entre promotion de la bientraitance et qualité de vie au travail ? Le projet d'établissement comme outil de promotion de la bientraitance et de la qualité de vie au travail : selon quelles modalités ?

Plus généralement, nous tenterons d'identifier, par ce travail, quels sont les leviers pouvant être mobilisés par un Directeur d'établissement pour améliorer les conditions de travail des professionnels tout en améliorant, dans un même temps, la qualité de la prise en charge et l'accompagnement au quotidien des résidents.

## Présentation du plan

Nous avons choisi d'organiser nos développements de manière à rappeler, dans un premier temps, le cadre juridique en matière de prévention des risques professionnels et d'organisation des conditions de travail qui s'impose au Directeur en sa qualité d'employeur. Nous présenterons, en outre, à l'occasion de cette première partie, un état des lieux de la situation de travail actuelle des professionnels en EHPAD à l'échelle nationale ainsi que sur notre terrain de stage.

Dans une deuxième partie, nous tenterons de mettre en évidence les intrications très fortes existantes, à partir des éléments que nous avons pu recueillir dans notre établissement d'accueil, entre qualité de vie au travail et bien-être des professionnels, d'une part, et qualité du service rendu aux usagers, d'autre part. Nous montrerons ainsi que la notion de « bientraitance » pour un manager doit s'entendre dans sa globalité, c'est-à-dire non seulement à l'égard des résidents mais également à l'égard des professionnels. Nous présenterons ainsi le concept de « bientraitance managériale » et sa signification. Nous essaierons également de montrer, de l'expérience tirée de notre stage, tout l'enjeu qui préside, selon nous, à cette approche particulière de management au regard de l'incidence que peut avoir le mal-être professionnel sur la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, en particulier, dans un établissement de type médico-social où la dimension du « prendre soin » est de premier plan.

Enfin, une troisième partie sera consacrée aux modalités de mise en œuvre de la bientraitance managériale. Nous verrons comment le projet d'établissement est un outil nécessaire et une première étape indispensable pour promouvoir une dynamique de la bientraitance à travers l'exemple du projet d'établissement de l'EHPAD du CHF. Mais, nous montrerons également que ce projet d'établissement n'est pas un aboutissement en soi et qu'il doit ensuite faire l'objet d'une appropriation par les professionnels et suppose donc d'être diffusé dans son contenu via des supports adaptés. Nous verrons enfin que le déploiement d'une dynamique de la bientraitance s'inscrit dans une démarche sur le long terme ayant pour but de redéfinir la place de chacun au sein de l'institution. Cette démarche doit s'appuyer sur un outil spécifique d'aide au déploiement de la bientraitance.

## **PREMIERE PARTIE – La prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail des professionnels en EHPAD : rappel du cadre juridique et état des lieux.**

Le Directeur, en sa qualité d'employeur, est tenu vis-à-vis de ses salariés à un certain nombre d'obligations en matière d'hygiène, de sécurité et depuis peu, de qualité de vie au travail. Cette obligation générale de gestion des risques professionnels s'impose à tout employeur quel que soit son statut public ou privé. Elle est réglementée par le code du travail. Au départ limité aux seuls risques physiques (accidents corporels ou maladies), cette obligation s'est récemment élargie dans son contenu en intégrant désormais la problématique majeure des risques psycho-sociaux. Bien plus encore, l'apparition du concept de « qualité de vie » va même jusqu'à considérer que l'employeur serait tenu d'offrir des conditions de travail favorables à l'épanouissement et au bien-être de ses salariés.

Nous présenterons, au préalable, le cadre juridique général applicable en matière de prévention des risques professionnels afin de mieux comprendre comment il s'articule et quelles sont les obligations qui incombent à l'employeur à cet égard (I) ; puis nous procéderons, dans un second temps de cette première partie, à un état des lieux qui s'appuie à la fois sur les constats effectués au niveau national ainsi que sur le diagnostic que nous avons pu réaliser sur notre terrain de stage (II).

### **I. Rappel du cadre général de prévention des risques professionnels.**

Tout au long du XXème siècle, les obligations de l'employeur en matière de santé et de sécurité au travail se sont considérablement accrues et enrichies au fil des évolutions législatives et jurisprudentielles<sup>6</sup>. Dès la fin du XIXème siècle dans le contexte du développement du machinisme, une obligation de prise en charge financière des accidents du travail puis des maladies professionnelles est apparue à la charge de l'employeur. Ce régime de prise en charge des risques professionnels est un des tous premiers dispositifs d'indemnisation du risque social. Il est d'ailleurs à l'origine du système des assurances sociales en France. Parallèlement à ce dispositif d'indemnisation, une obligation générale de prévention des risques professionnels incombe à tout employeur.

#### **A. Une obligation générale de prévention des risques professionnels**

Axée au départ sur les seules questions d'hygiène et de sécurité au travail, la prévention des risques professionnels s'est progressivement orientée, avec la création notamment des Comités d'Hygiène, de

---

<sup>6</sup> Sur cette question, le lecteur peut se reporter à la lecture de l'article de Jean-François CARLOT, « L'indemnisation des salariés victimes d'un accident du travail » revue Droit, Déontologie et Soins n°7 (2007), p. 477-496

Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) par une loi du 23 décembre 1982, vers la problématique de l'amélioration des conditions de travail. Le système de tarification des risques professionnels mis en place dès les années trente a permis de remplir ce double objectif d'indemnisation et de prévention des risques par un mécanisme d'incitation financière. Ce mécanisme a été réformé en 2010 par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) dans le but d'inciter encore davantage les employeurs à engager des actions de prévention.

### **1. Le contenu de l'obligation de prévention des risques professionnels**

Selon les dispositions de l'article L. 230-2 du code du travail, « *le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes (...)* ».

L'employeur remplit cette obligation avec l'aide de la médecine du travail, mise en place en 1946 ainsi qu'en collaboration avec les partenaires sociaux (représentants des salariés et des employeurs) via les instances (Comité Technique d'Etablissement, Comité d'Hygiène et des Conditions de Travail institué, dans leur configuration actuelle par une loi du 23 décembre 1982 pour les établissements de 50 salariés et plus).

Sous l'impulsion de la directive européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989, une loi du 31 décembre 1991<sup>7</sup> est venue enrichir ce dispositif de prévention au service de la santé et de la sécurité au travail. Le rôle du CHSCT s'est élargi et son action est de plus en plus prégnante sur le champ de la prévention des risques professionnels. Cette loi de 1991 a nettement renforcé ses moyens en lui octroyant la possibilité, entre autres, de faire appel à des experts.

#### **L'article L. 230-2 précité précise notamment que l'employeur est tenu de :**

- *Eviter les risques ;*
- *Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;*
- *Combattre les risques à la source ;*
- *Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;*
- *Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;*
- *Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;*
- *Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants ;*
- *Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;*
- *Donner les instructions appropriées aux travailleurs.*

<sup>7</sup> Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité au travail.

La prévention des risques professionnels doit également porter sur les agissements de harcèlement moral ou sexuel qui peuvent apparaître entre salariés et/ou à l'occasion des relations de travail et notamment dans le cadre des rapports hiérarchiques. Les pouvoirs publics ont particulièrement mis l'accent ces dernières années sur ces problématiques de harcèlement suite notamment aux affaires Renault et France Télécom et à l'explosion des situations de stress, « *burn-out* » ou d'épuisement professionnel<sup>8</sup>.

Cette problématique des risques psycho-sociaux liés au travail est, avec celle des troubles musculo-squelettiques, une des problématiques majeures en matière de risques professionnels.

Le Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville a donné une définition des risques psycho-sociaux comme étant des « *risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu, l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises* ».

Plusieurs définitions complémentaires aux risques psycho-sociaux peuvent être données, le code du travail restant flou sur cette notion.

Selon l'accord interprofessionnel du 2 juillet 2008<sup>9</sup>, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception des ressources dont elle dispose pour y faire face* ».

Selon l'article 222-3362 du Code pénal, le harcèlement au travail est constitué par: « *un ensemble d'agissement répétés qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salariés, à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* ».

Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) : l'épuisement professionnel se définit comme un « *état d'épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes* ».

Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels font peser, en effet, sur les salariés la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par un accident ou une maladie. Outre les préjudices causés à la personne du salarié qui doivent être indemnisés, ce qui représente un coût non négligeable pour l'employeur, les risques professionnels, lorsqu'ils ne sont pas maîtrisés, constituent également une menace pour la bonne marche de l'entreprise ou le bon fonctionnement de l'établissement dans la mesure où ils conduisent à une altération des conditions de travail, génèrent des difficultés

---

<sup>8</sup> Pour illustration, une loi du 6 août 2012 est venue préciser les contours de la notion de harcèlement sexuel ; une circulaire du 4 mars 2014 précise également les modalités de lutte contre le harcèlement moral dans la fonction publique.

organisationnelles en lien avec l'absentéisme et sont une cause possible de non-qualité ainsi que nous allons le voir plus loin.

La prévention des risques professionnels doit donc non seulement s'inscrire dans une démarche globale et continue d'amélioration des conditions de travail mais également être individualisée par rapport à la capacité de travail et aux spécificités de chaque salarié (adaptation du poste).

## **2. Les modalités de mise en œuvre de cette obligation**

Pour mener à bien cette démarche de prévention des risques et d'amélioration continue des conditions de travail, l'employeur doit en premier lieu mettre en place une démarche d'évaluation des risques professionnels au sein de l'entreprise ou de l'établissement qu'il dirige.

Selon les informations données sur le site [www.travailler-mieux.gouv.fr](http://www.travailler-mieux.gouv.fr), « l'évaluation des risques consiste à appréhender les dangers pour la santé et la sécurité des travailleurs dans tous les aspects liés à l'activité de l'entreprise. Il s'agit d'un travail d'analyse des modalités d'exposition des salariés à :

- des dangers (repérage d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail susceptible de causer un dommage pour la santé...);
- des facteurs de risques (conditions de travail, contraintes subies, marges de manœuvre dont disposent les salariés dans l'exercice de leur activité).

L'évaluation doit être opérée pour chaque unité de travail (poste de travail, ensemble de postes aux caractéristiques communes...):

- régulièrement, au moins une fois par an ;
- lors du choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances et préparations chimiques ;
- à l'occasion de l'aménagement des lieux de travail ou des installations et de la définition des postes de travail ;
- lors de toute transformation importante des postes, consécutive à la modification de l'outillage ou de l'organisation du travail, au changement d'équipement, de cadences, de normes de productivité...

Ses résultats sont obligatoirement consignés dans un document unique et donnent lieu, si nécessaire, à la mise en œuvre d'actions de prévention ».

Institué par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, le document unique (DU) est l'outil de référence de la démarche de prévention des risques professionnels que doit mettre en place tout employeur quelle que soit la taille de son entreprise ou établissement<sup>10</sup>. Ce document a pour finalité de retranscrire, de manière cohérente et lisible, la cartographie des risques professionnels, autrement dit à identifier puis à

---

<sup>10</sup> L'absence de document unique, en cas de contrôle de l'inspection du travail, peut être sanctionnée de 1 500 euros d'amende et de 3 000 euros en cas de récidive (article 4741-1 du code du travail).

classifier les risques selon différents critères : gravité, fréquence, probabilité d'occurrence, nombre de personnes potentiellement exposées au sein de l'entreprise ou de l'établissement etc. afin de pouvoir établir des priorités et planifier des actions de prévention. Des propositions d'actions de prévention sont élaborées et un plan d'action est arrêté par l'employeur en collaboration avec la médecine du travail et en concertation avec les partenaires sociaux. Une fois rédigé, ce document doit être tenu à disposition des salariés de l'entreprise ou de l'établissement, des membres du CHSCT ou des délégués du personnel, du médecin du travail, des agents de l'inspection du travail, des services de prévention des organismes de sécurité sociale etc. Les salariés doivent être informés par voie d'affichage, lisible et accessible, les modalités de consultation du document unique. Il doit être mis à jour régulièrement, au moins une fois par an ainsi qu'en cas de modification des conditions de travail ou d'accident du travail.

Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), le constat peut être fait au niveau national d'une amélioration globale des ratios (risques psycho-sociaux, accidents du travail etc.) témoignant d'une efficacité certaine des dispositifs de santé et de sécurité au travail<sup>11</sup>. Paradoxalement, malgré cette amélioration, le ressenti des professionnels par rapport à leurs conditions de travail se dégrade. Dans un même temps, les préoccupations et exigences de la société en matière de bien-être et de qualité de vie au travail sont devenues de plus en plus prégnantes. La notion d'épanouissement personnel se retrouve aujourd'hui consacrée dans tous ses aspects privés, sociétaux mais également professionnels imposant de nouvelles exigences à l'employeur en termes de bien-être au travail et d'accompagnement professionnel de ses salariés.

## **B. La « qualité de vie au travail » : une nouvelle obligation pour l'employeur ?**

La notion de « qualité de vie au travail » est d'apparition plus récente. Il s'agit au départ d'une notion floue aux contours mal définis mais qui acquiert peu à peu une structuration juridique permettant ainsi de préciser la nature et le contenu des obligations incombant à tout employeur à cet égard.

Cette notion est, en effet, désormais pleinement consacrée par un accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 et a acquis une portée juridique plus large par un arrêté du 15 avril 2014. Elle s'inscrit dans la continuité de la réflexion menée sur le stress au travail, la mixité et l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, le harcèlement moral et sexuel au travail qui sont désormais devenus des préoccupations majeures des pouvoirs publics et sont parties prenantes de cette problématique plus globale qu'est la « qualité de vie au travail ».

La notion de qualité de vie au travail repose sur une nouvelle approche managériale qui consiste à concilier amélioration des conditions de travail et performance de l'entreprise. Elle consiste ainsi à placer le facteur

---

<sup>11</sup> «Le stress au travail », sondage ANACT (Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail)/CSA, 2009.

humain comme facteur premier en matière de management. Compte tenu de son caractère relativement contingent et subjectif, cette notion doit être cependant précisée tant dans son contenu que dans ses modalités.

### **1. L'accord du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail.**

Cette notion de « qualité de vie de travail » est difficile à cerner pour un employeur car elle résulte tout à la fois d'une intrication entre des aspirations, par définition, très individuelles propres à chaque individu et un contexte institutionnel particulier qui nécessite d'être pleinement appréhendé dans tous ses enjeux.

L'accord du 19 juin 2013 apporte des éléments de réponse pour mieux appréhender cette notion.

Cet accord rappelle tout d'abord que la « *performance d'une entreprise repose à la fois sur des relations collectives et sur une réelle attention portée aux salariés en tant que personnes* ». Ce texte consacre ici une nouvelle forme de management par la « bienveillance ».

A l'échelle d'un individu, la qualité de vie au travail se mesure au regard de trois éléments principaux :

- Le sentiment de faire du bon travail ;
- Le sentiment d'être reconnu professionnellement ;
- La possibilité de pouvoir trouver un équilibre entre vie familiale et vie professionnelle, c'est en particulier la problématique de la « conciliation des temps » à laquelle l'ANACT s'est récemment intéressée ;

La qualité de vie au travail résulte, en premier lieu, d'un ressenti individuel, « *celui de faire son travail comme on estime qu'il devrait être fait pour être bien fait* »<sup>12</sup>.

*Des éléments objectifs ou collectifs liés au cadre de travail sont déterminants de ce ressenti* : l'existence d'une dynamique collective d'un « bon état d'esprit » au sein de l'entreprise ou de l'institution où chacun peut trouver sa place et est véritablement partie prenante de son fonctionnement, des organisations de travail adaptées qui prennent en compte le rythme et les contraintes des salariés tout en étant adaptées aux besoins et contraintes de l'entreprise ou de l'institution (réponse satisfaisante et de qualité aux besoins des usagers), une répartition des tâches qui valorise le travail de chacun avec des moyens (outils de travail, personnels) ajustés aux besoins etc.

*Des éléments subjectifs en fonction de chaque individu en rapport avec ses aspirations professionnelles et contraintes personnelles* : notamment la possibilité de se réaliser professionnellement à travers la reconnaissance du travail accompli et la valorisation des compétences ou de l'expérience professionnelle, la mise en place au sein de l'entreprise d'une logique d'évolution et/ou de promotion professionnelle, la

---

<sup>12</sup> HAS, ANACT « Qualité de vie au travail, qualité des soins : pour un croisement des points de vue », octobre 2013.

possibilité offerte aux salariés de pouvoir trouver relativement aisément un équilibre entre vie privée et vie professionnelle ...

L'ANACT s'est intéressée plus particulièrement à la question de la « conciliation des temps »<sup>13</sup> et a fait ainsi émerger la notion de « compromis temporel » que tout employeur doit désormais intégrer à son organisation de travail. Dans notre société, l'individu est soumis aujourd'hui à différents « temps » qu'il doit s'efforcer de concilier. La « conciliation des temps » comprend par exemple la conciliation des horaires de l'entreprise, les horaires et éloignement des lieux d'accueil des enfants, les rythmes scolaires, les moyens de transports, les capacités de logement, de restauration, la proximité ou non des commerces ...

Le temps de travail doit prendre en compte ces nouveaux cycles de vie et l'employeur doit s'efforcer de mettre en place des règles de vie en groupe dans les organisations de travail qui intègrent toutes ces nouvelles contraintes.

## **2. Comment promouvoir la qualité de vie au travail du point de vue de l'employeur, avec quels leviers d'action ?**

Pour l'employeur, la promotion de la qualité de vie au travail suppose l'instauration d'une démarche d'amélioration des conditions de travail reposant sur une redéfinition des modalités d'organisation du travail au sein de l'entreprise plus respectueuses des individus et basées sur l'engagement de chacun.

Elle s'inscrit au-delà de la seule démarche de prévention des risques professionnels que nous avons décrite plus haut qu'elle englobe désormais. Désormais, le travail est considéré avant tout comme une source d'épanouissement et de réalisation pour l'individu en même temps que la place qui lui est accordée dans la société est décroissante (logique de la réduction du temps de travail)<sup>14</sup>,

Selon l'accord précité, la promotion de la qualité de vie au travail suppose de :

- ➔ Mettre en place un dialogue social qui aboutisse à de bonnes relations sociales et de travail ;
- ➔ Veiller à écarter tout impact pathogène des modes d'aménagement du travail ;
- ➔ Promouvoir un choix collectif qui implique les salariés et les dirigeants, les partenaires sociaux, l'Etat et les collectivités territoriales ;
- ➔ Encourager toutes les initiatives qui contribuent au bien-être au travail et au développement des compétences et à l'évolution professionnelle ;

---

<sup>13</sup> ANACT, Travail et changement, la conciliation des temps, une question à plusieurs dimensions, n° 355 mai/juin 2014

<sup>14</sup> Sur cette question de la place du travail dans notre société on peut citer les analyses de Jérémie RIFKIN, dans son ouvrage *la fin du travail*, qui estime que grâce au progrès, les besoins en travail humain vont décroissants ; des pans entiers d'activités humaines sont amenés selon lui à disparaître. Il préconise le partage du travail et la réorganisation des « rapports sociaux » vers le tiers secteur et l'économie sociale. D'autres ne partagent pas ces analyses et dénoncent chez RIFKIN une confusion entre travail et activité humaine dissociable du travail. Il s'agirait seulement, selon eux, d'une évolution en lien avec la révolution technologique qui va nécessiter une redéfinition du travail, celui-ci devant conserver toute sa place dans la vie des individus.

- Faire en sorte que le travail participe de l'épanouissement physique, psychique et intellectuelle des individus ;
- Faire en sorte que chacun trouve sa place au travail et que le travail garde sa place parmi les autres activités humaines ;

Plus particulièrement, tout employeur soucieux de soutenir une démarche de qualité de vie au travail, ce que nous appelons dans le cadre de cette étude la « bienveillance managériale » devrait notamment :

- Travailler sur les organisations de travail afin qu'elles soient plus respectueuses des salariés;
- Veiller à définir de manière adaptée aux besoins des usagers et aux compétences des salariés les tâches à réaliser en réévaluant leur pertinence périodiquement ;
- Prévoir des aménagements individuels du temps de travail ;
- Développer, si besoin, des services aux prestations qui facilitent la conciliation des temps (repassage, crèches, salle de sport ...).
- S'attacher à une véritable gestion anticipée et individualisée des parcours professionnels dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).
- Respecter l'égalité professionnelle ;
- Veiller à la bonne diffusion de l'information et à la qualité des relations de travail ;
- Encourager et faciliter l'expression des salariés sur le lieu de travail en instaurant un dialogue constructif et respectueux de l'institution ...
- Promouvoir une gestion intelligente des technologies de l'information et de la communication (définir des circuits de diffusion de l'information par exemple par l'élaboration de listes de diffusion ; veiller au respect de la frontière entre vie personnelle et professionnelle par la mise en place d'une messagerie professionnelle ou la mise à disposition d'un téléphone à usage professionnel ...).

L'accord insiste notamment sur la nécessité d'accompagner les équipes, en particulier l'encadrement, vers une sensibilisation et une formation adéquate en matière de gestion d'équipes et de comportements managériaux qui permettent de favoriser la qualité de vie au travail.

Pour les partenaires sociaux signataires de l'accord du 19 juin 2013, un impératif est celui de rendre plus attractif les organisations de travail avec des perspectives d'évolution professionnelle à la clé.

## **II. Etat des lieux des conditions de travail en EHPAD au niveau national ainsi qu'au regard des constats effectués sur le terrain de stage**

Le secteur de la gériatrie et de l'aide aux personnes âgées, bien que parfois oublié dans les réflexions actuelles sur la pénibilité, fait partie des secteurs aux conditions de travail difficiles et éprouvantes pour les

professionnels d'autant que le travail accompli auprès des personnes âgées n'est pas valorisé et souvent occupé par des personnels sous qualifiés et au statut précaire et/ou considérés comme étant sans véritable perspective d'évolution professionnelle.

### **A. Le diagnostic réalisé au niveau national sur les conditions de travail en EHPAD et l'attractivité de ce secteur pour les futurs professionnels.**

Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années tant au niveau national que régional relatives aux conditions de travail relatant une augmentation des situations de souffrance au travail<sup>15</sup>. Ces études ont montrées que les professionnels en EHPAD étaient particulièrement exposés à deux types de risques en particulier, les risques de troubles musculo squelettiques (TMS) en lien aux gestes de manutention, d'une part, et les risques dits psycho-sociaux (RPS), d'autre part.

Comment expliquer cela ? une charge de travail toujours plus lourde à moyen constant, des professionnels insuffisamment qualifiés et valorisés parfois précarisés et pouvant être confrontés à des difficultés sociales et personnelles, un contexte législatif et réglementaire de plus en plus exigeant nécessitant des réorganisations permanentes pour une meilleure optimisations des moyens, la confrontation à des problématiques sociales et/ou familiales complexes pouvant exposer les professionnels à de plus en plus de situations de violences verbales voire physiques qu'ils ne peuvent pas toujours maîtrisées faute d'y avoir été spécifiquement formées.

Outre les troubles musculo-squelettiques liés aux gestes de manutention mais dont il est aujourd'hui possible de se prémunir grâce à des postures et du matériel adapté, ces professionnels sont exposés aux risques de démotivation et d'épuisement professionnel, beaucoup plus difficile à prévenir.

Le site internet [www.travailleursante.fr](http://www.travailleursante.fr) rapporte les différents facteurs identifiés, par le rapport GOLLAC, de cet épuisement professionnel accru en EHPAD.

Parmi ces facteurs, on trouve :

- **L'organisation du temps de travail qui ne facilite pas toujours l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée** : les horaires décalés, le travail de nuit, le travail le week-end, des modifications de planning au « pied-levé », pour pallier à l'absentéisme inopiné

---

<sup>15</sup> On citera notamment l'étude réalisée par l'ARACT Nord pas de calais en septembre 2009 sous la direction d'Isabelle ROGEZ « *Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention* » mais également, pour une approche plus globale de cette question, le rapport GOLLAC de 2011 : Michel GOLLAC, Marceline GODIER, « *Mesurer les facteurs de risques psycho-sociaux au travail pour mieux les maîtriser* », Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé ou enfin plus récemment (2012) le bilan réalisé par la Direction Générale du Travail sur les conditions de travail.

- **Des exigences émotionnelles importantes** : la confrontation permanente avec la mort, la souffrance, la déchéance physique et/ou mentale ; des relations de proximité avec des résidents pouvant présenter des troubles du comportement, des troubles dépressifs mais également des liens d'attachement qui peuvent naître entre des personnels et des usagers qui se côtoient sur des périodes relativement longues<sup>16</sup> ; des relations parfois conflictuelles avec les familles ou proches des résidents qui acceptent mal l'admission en établissement ;
- **Des conflits de valeur** liés aux difficultés à concilier les exigences déontologiques (apporter la meilleure prise en charge possible), et les exigences administratives (toujours plus vite, avec moins de moyens).
- **Des insatisfactions par rapport au travail effectué** : le manque de technicité des soins pour les infirmières, le rôle peu valorisé des aides-soignantes.
- **L'insuffisance d'effectifs, de moyens matériels, de formation** constituent également des facteurs de risques professionnels en EHPAD<sup>17</sup>.
- **Le risque de maltraitance** : l'excès de stress peut engendrer parfois chez le personnel des formes de négligence voire de maltraitance, car il se sent souvent incapable d'entrer en relation avec certains résidents et est alors coupable de comportements d'abandon ou de réactions à connotation agressive (impatience, énervement).

Les conséquences sont importantes pour les personnels puisqu'il est désormais établi que le stress peut être à l'origine de différents troubles et altérations de la santé :

- Troubles du sommeil, de la vigilance, de l'attention pouvant augmenter le risque d'accident du travail ;
- Troubles cardio-vasculaires, hypertension artérielle ;
- Troubles digestifs (brûlures d'estomac, colopathies ...)
- Troubles musculo-squelettiques : douleurs lombaires majorées par le stress et la fatigue
- Troubles anxio-dépressifs, suicide ou tentative de suicide.

Une enquête, publiée en 2007, par la Fondation européenne pour l'Amélioration des Conditions de Travail a montré que 39 % des personnels travaillant dans le secteur du soin estimaient que leur travail avait des conséquences péjoratives sur leur santé<sup>18</sup>. Ce contexte que l'on peut qualifier de « tendu » engendrant souffrance au travail et démotivation professionnelle a des conséquences directes sur le niveau d'attractivité du secteur pour les professionnels. Le travail en EHPAD ferait ainsi partie des secteurs

<sup>16</sup> La durée moyenne de séjour (DMS) à l'EHPAD du CHF oscille entre 3,5 et 4 sur les dix dernières années selon le rapport d'activité 2013. Ce chiffre est assez stable sur la période.

<sup>17</sup> Selon une étude réalisée par la FHF, le taux d'encadrement s'établit en moyenne à 0,27 en EHPAD rattaché à un hôpital et 0,25 en EHPAD autonome. Or les Plan Vieillesse et Solidarité et Plan Solidarité Grand Age relevaient qu'il fallait passer d'un ratio de 0,57 par résident à 0,65 tous personnels confondus. Le niveau d'encadrement est donc faible en quantité mais également trop faible en qualification : le nombre d'IDE et d'AS moyen rapporté au GMP moyen (671.23) ne permet pas des soins de qualité

<sup>18</sup> [www.eurofound.europa.eu](http://www.eurofound.europa.eu)

d'activités dans lesquels on travaille par défaut, faute de diplôme ou de possibilités de choix d'orientation professionnelle.

Ainsi que le soulignait encore récemment le réseau d'information HOSPIMEDIA, à l'occasion du dernier salon de la santé et de l'autonomie, le secteur médico-social et, en particulier celui des EHPAD, souffre d'un manque d'attractivité auprès des professionnels de santé. Ce constat est celui de la Fédération nationale des élèves en soins infirmiers (Fnesi) qui a mis en évidence lors de sa dernière enquête emploi de mars 2014 que « *malgré les difficultés à trouver un premier poste en sortie d'étude, les infirmiers ne se tournaient pas forcément vers le secteur médico-social, malgré ses emplois vacants* ». La Fnesi explique notamment ce manque d'attractivité du secteur par les représentations sociales véhiculées par la gériatrie faisant ainsi de l'orientation en EHPAD, un choix par défaut. Bien qu'ayant globalement apprécié l'expérience du travail auprès des personnes âgées, les élèves infirmiers déplorent le manque de temps et de moyens à disposition pour travailler auprès des personnes âgées par rapport à d'autres secteurs. Ils déplorent également un secteur qui n'offre pas suffisamment de perspectives d'évolution professionnelle associé à la crainte de ne plus pouvoir aller ensuite vers d'autres secteurs.

Outre les difficultés de recrutement, les EHPAD rencontrent également des difficultés de fidélisation des personnels. Les équipes soignantes sont ainsi pénalisées par un turn over<sup>19</sup> important qui induit des coûts de gestion élevés liés au recrutement, aux frais de formation et de recours à l'intérim. Selon HOSPIMEDIA<sup>20</sup>, le turn-over des infirmiers et des aides-soignants s'élèverait respectivement à 52,5 % et 48,3 %. Ce turn-over affecte la qualité de la prise en charge et conduit à une dégradation importante des conditions de travail avec des situations récurrentes de sous-effectifs conduisant à une moindre disponibilité des soignants vis-à-vis des résidents. En outre, ainsi que le souligne HOSPIMEDIA, les difficultés de remplacement obligent à faire appel dans l'urgence à du personnel faiblement qualifié pour prendre en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement.

Afin de pallier à ces difficultés, des outils de pilotage spécifiques à la gestion et de la prévention des risques professionnels en EHPAD se développent<sup>21</sup> parallèlement à ceux de la qualité de la prise en charge des usagers et des risques liés aux soins, ces démarches s'inscrivant dans une même logique d'amélioration continue (roue de Deming).

---

<sup>19</sup> Ou taux de rotation du personnel.

<sup>20</sup> Fiches pratiques ressources humaines en date du 20 août 2014, *Comment réduire le turnover du personnel en EHPAD ?*

<sup>21</sup> A l'initiative de la mutuelle CHORUM en partenariat avec l'ARACT Nord Pas de calais, le CIDES, la FEHAP et l'OEI, un guide méthodologique « Piloter la prévention des risques professionnels en EHPAD » vient d'être publié en juin 2014. [www.chorum-cides.fr](http://www.chorum-cides.fr)

## **B. La situation de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez : des organisations professionnelles sous tension malgré un taux d'encadrement légèrement au-dessus de la moyenne nationale.**

Le constat précédemment effectué est également celui qui peut être fait à l'échelle de notre établissement d'accueil avec des professionnels en EHPAD particulièrement exposés aux TMS et aux RPS ainsi que nous l'a confirmé le médecin du travail que nous avons rencontré<sup>22</sup>. La situation particulière de l'établissement qui vient de vivre une fusion récente et le contexte financier sous tension qui impose des mesures correctives urgentes notamment concernant le volet ressources humaines alimentent une situation sociale tendue à l'origine de nombreuses interrogations de la part des personnels.

Pour autant, le secteur EHPAD de l'établissement apparaît relativement préservé dans la mesure où la nouvelle convention tripartite a permis d'obtenir des moyens nouveaux, certes, modestes<sup>23</sup>, mais suffisants pour envisager quelques créations de poste en soutien des projets à venir.

### **1. Quelques données préliminaires issues de l'évaluation interne**

Le diagnostic réalisé à l'issue de l'évaluation interne a mis en évidence 4 problématiques principales :

- Les personnes admises à l'EHPAD (341 lits d'hébergement, 10 places d'Accueil de Jour, 28 places de PASA en tout) sont de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes. Le nombre de résidents atteint de troubles cognitifs est également en constante augmentation. Les besoins en accompagnement et la charge en soins sont croissants alors que les effectifs restent les mêmes ou n'évoluent pas de manière significative.
- Le dimensionnement des ressources humaines ne permet aucune souplesse. Chaque absence doit être immédiatement remplacée pour maintenir un accompagnement des résidents de qualité. Cette tension génère une fatigue, une démobilitation et un turn-over important des personnels préjudiciables à la continuité et à la qualité des prises en charge.
- Les locaux sont vétustes sur les deux sites. Le nombre important de chambres à deux lits ne correspond plus aux attentes des usagers et ne répond pas aux exigences de prise en charge de la grande dépendance et à l'évolution des techniques d'accompagnement et de soins.
- L'absence de gestion informatisée du dossier résident et du circuit du médicament est synonyme de perte d'information et de risque d'erreurs accrues.

---

<sup>22</sup> Nous regrettons toutefois ne pas avoir pu obtenir de chiffres précis à cet égard, les chiffres à disposition étant globalisés sur l'ensemble du Centre Hospitalier.

<sup>23</sup> Lors du renouvellement de la convention tripartite signée au 31 décembre 2013, l'EHPAD a obtenu pour son financement, au titre des mesures nouvelles, 448 000 € pour 2014 (224 000 € en 2013) pour la section "soins" (financement initial d'un montant de 5 489 837€) ; pour la section « hébergement », 63 000€ au titre des mesures nouvelles (pour un montant global de dépenses autorisées de 5 650 402 €) ; pour la section « dépendance » 74 000€ (pour un montant total de dépenses autorisées de 1 995 265 €).

L'évaluation interne a également fait ressortir qu'il manquait des temps institutionnels dédiés pour échanger sur les pratiques ainsi que sur les projets de vie individualisés des résidents.

## **2. L'analyse tirée des différents échanges et observations effectuées sur le terrain de stage**

Les professionnels se plaignent effectivement d'un turn-over<sup>24</sup> important des personnels (fréquence des rotations de personnel au sein des équipes) pouvant atteindre un taux de 40 % dans certains services, selon le rapport d'activité 2013 de l'EHPAD, ainsi et surtout que d'un absentéisme élevé rendant les organisations instables ce qui est un facteur de stress non négligeable et une source d'insatisfaction importante à la fois des soignants et des usagers.

L'absentéisme, sur l'EHPAD, est en réalité de l'ordre de 8,5 % en moyenne<sup>25</sup>. Il reste dans la moyenne des taux d'absentéisme constaté dans ce type d'établissement<sup>26</sup>, malgré tout, ce taux apparaît très variable sur les deux sites. A Montbrison, l'absentéisme a connu une très forte augmentation entre 2010 et 2012<sup>27</sup> en lien notamment avec des arrêts maladies et des congés de longue durée alors qu'il est resté relativement stable sur Feurs. La problématique de l'absentéisme inopiné et de courte durée est tout particulièrement la source de désorganisation au sein des équipes soignantes car cet absentéisme ne peut être par définition anticipé. Il impose soit le recours à une organisation sur un mode dégradé lorsque la personne n'est pas remplacé, soit le recours à l'auto-remplacement, (rappel d'agent en repos ou en RTT) soit le recours à du personnel de remplacement trop souvent insuffisamment expérimenté et qui ne connaît pas forcément les spécificités organisationnelles du travail en EHPAD.

Une réponse spécifique a été mise en œuvre par l'établissement en fin d'année 2013 par le biais de la mise en place d'un pool de remplacement composé de cinq agents ASH spécifiquement recrutés pour leurs qualifications ou expériences en gériatrie. La finalité de ce pool a été de répondre à la problématique de l'absentéisme inopiné et de courte durée. Son objectif est double, d'une part, réduire les « balances horaires » des agents ayant effectué un nombre élevé d'heures au-delà de leur temps de travail pour pallier à des absences inopinés et d'autre part, permettre le remplacement rapide dès la 24<sup>ième</sup> heures d'absence par des agents identifiés et expérimentés qui connaissent parfaitement le fonctionnement des équipes. La mise en place de ce pool a permis de remplir les objectifs recherchés et apaisé les équipes et l'encadrement confronté régulièrement pour ne pas dire quotidiennement à cette problématique.

Il résulte, par ailleurs, de notre entretien avec la médecine du travail que les agents travaillant sur l'EHPAD sont particulièrement exposés aux risques professionnels de type troubles musculo-squelettiques et risques

---

<sup>24</sup> Nous ne disposons pas du taux moyen à l'échelle de l'établissement mais il serait en définitive peu significatif car il existe une grande variabilité à cet égard entre les services.

<sup>25</sup> 8% sur Montbrison et 9% sur Feurs selon le rapport d'activité pour 2013

<sup>26</sup> Si l'on se réfère aux indicateurs régionaux publiés par la FHF Rhône-Alpes fin 2013 suite au travail réalisé par notre collègue, Mme Karine BEDOLIS, dans le cadre de son stage.

<sup>27</sup> L'absentéisme en jour est passé de 3559 jours en 2010 à 6345 jours en 2012 (jours non travaillés compris).

psycho-sociaux. Nous n'avons cependant pas pu obtenir de données plus précises à cet égard. Il apparaît en particulier que les professionnels de l'EHPAD se plaignent, auprès de la médecine du travail, d'une charge de travail importante et d'un manque de temps pour être plus présent dans l'accompagnement au quotidien des résidents (déplacements, accompagnement dans leurs activités, repas, temps de parole et d'échanges...). Les organisations de travail apparaissent également trop cloisonnées : malgré un sentiment de solidarité exprimé, chaque professionnel semble agir *dans son champ de compétence sans véritable interaction avec les autres professionnels*.

Ce manque de transversalité et de dynamique d'équipe apparaît peut être comme un des facteurs qui pénaliserait la qualité de vie des professionnels ainsi également que celle des résidents. Les enquêtes menées auprès des résidents et des familles révèlent, en effet, un sentiment d'abandon lors de certains temps de la journée ainsi que le weekend où le sentiment souvent exprimé est que les résidents sont livrés à eux-mêmes. La Direction souhaiterait y remédier en mettant en place des projets qui reposent sur une dynamique d'équipe et associent, autour du résident, tous les professionnels de l'établissement, soignants et non soignants.

### **3. L'analyse issue des enquêtes mises en œuvre auprès de professionnels de l'EHPAD**

Ainsi que nous l'avons précisé dans notre présentation introductive, nous avons procédé à quatre séries d'enquêtes réalisées auprès des professionnels de l'établissement. Deux enquêtes à destination d'une part, des jeunes professionnels en formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et l'Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS) et d'autre part, à destination des personnels de l'établissement intervenant en dehors de l'EHPAD, autrement dit, au sein du secteur sanitaire du Centre Hospitalier du Forez. Comme explicité dans notre document de présentation ainsi que sur la page web<sup>28</sup> que nous avons créée spécialement à cet effet pour diffuser ces enquêtes: l'objectif attendu de ces deux premières enquêtes était de pouvoir connaître le point de vue des futurs professionnels soignants (infirmiers et aides-soignants) ainsi que celui des soignants en poste dans le secteur sanitaire sur l'accompagnement des personnes âgées et le travail en EHPAD en particulier.

Les deux autres enquêtes que nous avons élaborées se sont adressées plus spécifiquement aux professionnels de l'EHPAD afin, d'une part, de pouvoir connaître leur ressenti par rapport à leurs conditions de travail et leur qualité de vie au travail, d'autre part, pour évaluer leur positionnement par rapport à la question de la bientraitance et de la qualité de l'accompagnement au sein de l'établissement.

Les taux de réponses obtenus ont été relativement conformes à nos attentes eu égard au choix de diffuser ces enquêtes sur un mode dématérialisé, ce qui était une première pour l'établissement : le taux de réponse

---

<sup>28</sup> <http://chfpro.wordpress.com/>

le plus élevé obtenu est celui des élèves infirmiers (69 réponses pour un effectif total d'un peu plus d'une centaine d'élèves), les élèves aides-soignants ont répondu plus faiblement (8 réponses pour 40 élèves)<sup>29</sup>. S'agissant des personnels hors EHPAD, 31 réponses ont été obtenues, ce qui est très faible par rapport aux effectifs soignants sur l'ensemble de l'établissement qui compte au total 1800 agents dont environ 1000 soignants et personnels médico-techniques. Les enquêtes à destination des professionnels de l'EHPAD ont obtenu un taux de réponse de 20 % pour la première enquête sur la qualité de vie au travail et de seulement 11,5 % pour la seconde enquête relative à leur positionnement par rapport à la bientraitance.

Nous voulons toutefois à ce stade attirer l'attention sur la prudence avec laquelle il est nécessaire d'aborder ces résultats en raison du taux de réponse qui, pour deux des quatre enquêtes au moins, n'est que très faiblement significatif. Nous attirons, par ailleurs l'attention du lecteur sur la qualité des répondants qui ne constituent pas nécessairement un échantillon représentatif des effectifs présents au sein de l'établissement en terme de statut, d'ancienneté et de temps de travail. Enfin, s'agissant des enquêtes à destination des professionnels de l'EHPAD, nous avons pu constater que la très grande majorité des répondants (près de 80 %) ont choisi leur affectation en EHPAD, ce qui n'est pas forcément toujours le reflet de la réalité même si l'établissement, contrairement à d'autres, se veut particulièrement vigilant à cet égard.

Les résultats obtenus pour les deux premières enquêtes vont dans le sens des constats effectués au niveau national et évoqués ci-dessus en ce qui concerne l'image véhiculé par le travail auprès des personnes âgées. Pour la très grande majorité des répondants, le travail auprès des personnes âgées n'est pas assez valorisé et doit être rendu plus attractif alors même qu'ils sont pour la plupart convaincus que c'est un secteur d'avenir et qui peut être valorisant pour un soignant eu égard à la dimension relationnelle et humaine qu'il implique. Tous sont assez unanimes pour dire que c'est un travail très exigeant en termes de condition de travail (86 % des élèves et 93 % des soignants hors EHPAD) mais seulement 12 % des élèves et 7 % des soignants hors EHPAD n'envisagent pas du tout de travailler dans ce secteur.

Ces résultats vont dans le sens des constats effectués au niveau national qui mettent en exergue des conditions de travail vécues comme de plus en plus difficiles par les personnels de l'EHPAD. A titre d'illustration, 78 % des répondants estiment que leur charge de travail est excessive et 68 % que ces conditions de travail se sont dégradées ces dernières années principalement du fait d'un manque de considération et de reconnaissance de leur travail ainsi qu'en raison de la pénibilité croissante des tâches qui leur incombent.

---

<sup>29</sup> Une des explications possibles que nous fournissons dans notre document de synthèse et figurant en annexe est que cette promotion était en stage au moment de la diffusion de nos enquêtes.

Le « manque de temps » est régulièrement dénoncé par les soignants, ceci étant d'ailleurs très nettement ressorti de l'évaluation interne ainsi que de nos enquêtes<sup>30</sup>. On a pu en effet constater que les tâches quotidiennes s'accroissent en corrélation avec l'aggravation du niveau de dépendance des résidents. Lors de nos échanges, les professionnels expriment le sentiment de ne pas être suffisamment disponibles pour prendre le temps de la relation et de l'échange avec les résidents, ce qui est pour eux une importante source de frustration professionnelle alors même que le cœur de métier d'un soignant en EHPAD est bien dans leur esprit dans l'accompagnement et non seulement dans la satisfaction des besoins primaires de la personne. Les professionnels font également état d'un manque de cohésion d'équipe<sup>31</sup>, plus ou moins fort selon les services, principalement entre les différents corps de métier (infirmiers, aides-soignants et ASH), avec des organisations de travail que l'on a pu constater comme étant très cloisonnées où chacun est centré sur ses propres tâches sans percevoir les besoins de prise en charge de la personne âgée dans sa globalité et la manière d'articuler efficacement ses propres interventions avec celles des autres membres de l'équipe soignante mais également en collaboration avec le personnel de l'animation, les bénévoles, les proches des résidents etc. Notre participation aux relèves nous a permis de constater que, dans certains services, ce temps important de la vie du service qui permet les transmissions entre les équipes du matin et du soir est parfois négligé, certaines informations essentielles sur les résidents n'étant pas rapportées ni même consignées dans le registre des transmissions. La transmission de l'information autour du résident est, en effet, ressorti comme étant un point faible de l'établissement : un projet d'informatisation du dossier résident a été inscrit dans le plan d'actions issu de l'évaluation interne et retranscrit dans le projet d'établissement 2013-2018 dans le but de consolider et de sécuriser ces transmissions. Il devrait être engagé courant 2015. Nous avons également pu observer que le rôle des cadres dans cet aspect de coordination et de cohésion d'équipe est central. Ainsi, accaparés par d'autres tâches, telles que la gestion quotidienne de l'absentéisme, par exemple, ils se trouvent en difficulté pour assurer dans un même temps cette cohésion d'équipe qui peut parfois faire défaut et mettre ainsi en difficulté le service<sup>32</sup>.

Ces résultats doivent être cependant tempérés par le fait que 79 % des répondants se trouvent plutôt satisfaits de leur situation professionnelle prise sans sa globalité.

Or, il est aujourd'hui largement admis que la problématique de la qualité de vie au travail des professionnels et celle de la qualité du service rendu sont indissociables. Par conséquent, en tant que responsable d'établissement, vouloir améliorer la qualité et la sécurité des soins et de la prise en charge impose de se questionner au préalable sur les conditions de travail et le bien-être de ses professionnels. En effet, nombreux travaux réalisés sur la bientraitance montrent que la souffrance ou le mal être au travail est un

---

<sup>30</sup> 55 % des répondants à notre enquête à destination des agents de l'EHPAD estiment qu'ils ne disposent pas du temps nécessaire pour accomplir leurs tâches.

<sup>31</sup> Si 86 % des répondants qualifient leur rapport avec leurs collègues d'amicaux et détendus, environ un tiers estime que l'entraide et la solidarité font défaut au sein de leur équipe.

<sup>32</sup> Seulement 59 % des répondants ont le sentiment d'être soutenu, écouté et aidé par leur supérieure hiérarchique et seulement 31 % se sentent valorisés professionnellement.

facteur à risques de maltraitance<sup>33</sup>. Inversement, le sentiment pour des professionnels de ne pas être en situation de pouvoir réaliser un accompagnement de qualité génère un sentiment de frustration souvent élevé pouvant avoir un effet extrêmement délétère sur le bien-être et la motivation professionnelle.

**La bientraitance des professionnels au sein d'un établissement nous paraît être le point de départ obligé de toute démarche de promotion de la bientraitance à l'égard des usagers.**

---

<sup>33</sup> Claire Compagnon identifie ainsi dans son rapport sur « *la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé* » que la souffrance au travail des professionnels, qui peut être liée soit à des facteurs relationnelles et émotionnelles (confrontation avec la souffrance des patients, des rapports conflictuels avec l'entourage, la famille mais également avec ses collègues ou sa hiérarchie etc.) soit à des facteurs organisationnelles (forte instabilité des équipes, absence de prévisibilité suffisante des horaires de travail etc.) sont parmi les causes de « maltraitance ordinaire ».

## **DEUXIEME PARTIE – Des intrications très fortes entre qualité de vie au travail, bien être des professionnels et qualité du service rendu aux usagers.**

C'est le constat que nous avons pu effectuer sur notre terrain de stage et sur lequel nous avons axé ce travail. Il s'agira, dans un premier temps, de repréciser ce que signifie un accompagnement de qualité en EHPAD aujourd'hui défini autour de la notion de « bienveillance », un concept aux contours à expliciter au risque d'être vide de sens (I). Dans un second temps, nous montrerons comment le mal (ou bien) être des professionnels peut avoir une incidence directe sur la qualité de la prise en charge (II).

### **I. Qu'est-ce que la « bienveillance » ? Comment se définit aujourd'hui un accompagnement de qualité en EHPAD ?**

A l'instar de la notion de qualité de vie au travail, le concept de bienveillance est un concept difficile à cerner. Il s'est malgré tout imposé, depuis quelques années dans le secteur médico-social. Une des premières recommandations de l'ANESM portait sur cette thématique<sup>34</sup>. Selon le dictionnaire Larousse, la bienveillance se définit comme « *le fait de bien traiter un enfant, une personne âgée, un malade et désigne également l'ensemble des bons traitements eux-mêmes* ». Cette définition, quelque peu tautologique, ne dit rien sur le contenu même de la « bienveillance » si ce n'est qu'elle s'inscrit dans un rapport interindividuel particulier dont une des parties prenantes est en situation de particulière vulnérabilité ou de fragilité. Cette notion de « personne vulnérable » a été introduite en Droit français pour désigner des personnes qui du fait de leur situation de fragilité particulière en raison de leur âge, de leur état de santé, de leur situation de dépendance à l'égard d'autrui méritent une protection renforcée par le Droit : les mineurs, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap mental ou physique etc<sup>35</sup>.

La diffusion d'une culture de la « bienveillance » implique tout d'abord de savoir reconnaître les situations de maltraitance ou à risques de maltraitance.

Mais, le concept de bienveillance se définit bien au-delà de l'absence de maltraitance comme un ensemble de gestes, d'actes ou de paroles qui ont pour effet recherché et souhaité (intention) le bien-être de la personne. La bienveillance implique une certaine « posture éthique »<sup>36</sup> permettant de réinterroger en permanence sa relation à l'autre. Elle repose, par ailleurs, sur l'impulsion d'une véritable dynamique d'établissement bien au-delà de la seule relation soignant-soigné.

---

<sup>34</sup> ANESM, « *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, la bienveillance, définition et repères pour la mise en œuvre* », juin 2008.

<sup>35</sup> Ainsi, par exemple, un crime ou un délit commis sur la personne d'un mineur en constitue une circonstance aggravante (la peine encourue sera plus lourde) du fait de la situation de vulnérabilité particulière liée à l'état de minorité ; le délit d'abus de faiblesse consiste à exploiter l'état d'ignorance ou de vulnérabilité psychique ou psychologique d'une personne etc.

<sup>36</sup> Christian PEREZ, « *La démarche qualité, vecteur de la bienveillance dans le secteur social et médico-social, Promouvoir le bien être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance* » p. 71

## A. Savoir identifier la maltraitance et/ou les situations à risque de maltraitance

Parler de « bientraitance » à des professionnels dont la mission première est précisément le « prendre soin » ne va pas de soi. C'est le constat que nous avons pu effectuer sur notre terrain de stage. Cela suppose, en effet, une certaine prudence et impose en tout état de cause une réflexion préalable de la part de l'encadrement sur la manière et les modalités selon lesquelles cette question va pouvoir être abordée sereinement sans sous-entendu ni posture de défi à l'égard du personnel, ce qui serait en définitive absolument contre-productif. Nous avons, en effet, été surpris d'entendre certains agents nous dire que se voir proposer des actions de formation en matière d'éthique et de bientraitance pouvait laisser suggérer, d'une certaine manière, une certaine forme d'incompétence de leur part ou une manière de leur signifier indirectement l'insuffisance de leur comportement professionnel. En effet, il est de l'essence même de leur mission de « soigner » (cure), et de « prendre soin » (care) d'être bien traitant. Ainsi selon Philippe SVANDRA<sup>37</sup>, la bientraitance n'apporte donc rien de plus au soin (entendu comme rencontre), d'autant plus que ce mot est étranger au vocabulaire traditionnel des soignants<sup>38</sup>.

Comme nous le verrons plus précisément un peu plus loin dans nos développements, avant d'entreprendre toute démarche de promotion de la bientraitance, le contexte institutionnel doit préalablement être bien précisé ce qui commence avant tout par la réalisation d'un état des lieux des comportements professionnels constatés. Existe-t-il au sein de l'établissement des actes de maltraitance avérés ou des situations à risques de maltraitance ? Si oui, comment les identifier ? Quelle est la frontière entre « bientraitance » et « maltraitance » ?

Quelques repères notionnels nécessitent donc à ce stade d'être reprécisé car ces notions de « bientraitance/maltraitance » nous paraissent en définitive assez floues.

Nous tenterons, à ce stade de nos développements, de circonscrire ce qu'est la maltraitance, quelle forme peut-elle prendre au sein d'un établissement de type médico-social ?

La maltraitance, tout d'abord. Elle a été définie par le Conseil de l'Europe comme une violence se caractérisant « *par tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* ».

---

<sup>37</sup> Philippe SVANDRA, « *Le soin est-il soluble dans la bientraitance* », *Gérontologie et société*, 2010/2 n°133, p. 23-31. L'auteur souligne qu'« *il existerait donc un « au-delà du soin », une forme supérieure de prendre soin dont on aurait (enfin) percé les secrets et qui aurait pour nom « bientraitance ». Ne serions-nous pas ici face à une certaine confusion conceptuelle ? Prenons en effet quelques secondes et essayons de concevoir dans notre esprit un soin qui ne serait pas bien-traitant, un soin maltraitant ? On comprend rapidement qu'il y a contradiction dans les termes : nous sommes bien devant un oxymore* ».

<sup>38</sup> Cf article précité p.26

Manifestement étranger au soin ou au prendre soin, ce type de comportement pénalement répréhensible peut se rencontrer dans nos institutions prenant en charge des personnes vulnérables et doit faire l'objet de la part de la Direction d'une vigilance permanente.

Elle peut prendre la forme tout d'abord d'une maltraitance consistant à **porter atteinte aux besoins vitaux ou physiologiques de la personne ainsi qu'à son intégrité physique ou mentale** : il peut s'agir alors **d'actes volontaires** de contraintes physiques (coups, blessures infligées intentionnellement, gifles, privations de soins vitaux, abus sexuels etc.) ou mentales (harcèlement, langage irrespectueux ou dévalorisant, chantage, abus de pouvoir, infantilisation de la personne, non-respect de l'intimité des personnes, insultes, attitudes de rejet, rétorsion, injonctions paradoxales etc.). Ce type de maltraitance peut également résulter de **négligences passives consécutives à l'ignorance et/ou à l'inattention du personnel (oubli, abandon...)** pouvant être en lien par exemple à une surcharge de travail, un défaut d'organisation du service, un manque de moyens, un épuisement ou une démotivation du personnel... Le résultat de ces « inactions » ou « omissions involontaires », bien que moins lourdement réprimé sur le plan pénal, n'en n'est pas pour le moins inacceptable pour un établissement dont la mission est précisément le « prendre soin » de personnes vulnérables. Moins visibles, donc moins facilement repérables, ce type de comportement ou de glissement doit faire l'objet d'une surveillance stricte et être rapidement détecté par l'encadrement au risque de laisser se développer une maltraitance larvée qui finirait par tomber dans la banalité et mettre en péril l'institution dans son ensemble, ce que Claire COMPAGNON dans son rapport précité a très justement qualifié de « **maltraitance ordinaire** ». Nous avons pu effectivement constater, sur notre terrain de stage, que des négligences passives peuvent se commettre facilement si l'on n'y prend garde tout particulièrement dans le contexte actuel où les organisations sont fortement mises sous tension. Comme nous allons le voir un peu plus loin dans nos développements, le « mal-être » des professionnels constitue un des facteurs à risque de maltraitance.

Mais la maltraitance peut également prendre la forme **d'actes de violences matérielles et financières** (vols, escroquerie diverses, extorsion de fonds, signatures forcées, héritage anticipé etc.), ainsi que **de violences civiques ou de privations de droits** (atteinte à la liberté d'aller et de venir, privation de l'exercice de ses droits civiques ou d'une pratique religieuse, obstacle au maintien des liens familiaux ou à une vie affective etc.).

Si la bientraitance peut donc se définir, dans un premier temps, comme l'absence d'actes, de geste ou de paroles caractéristiques de la maltraitance telle qu'on vient succinctement de la définir, elle ne s'arrête pas là. Elle va bien au-delà. Etre bien traitant ce n'est pas seulement ne pas maltraiter, c'est tenter de mettre en place une relation privilégiée et de qualité avec l'autre dans le but de combler, dans toute la mesure du possible, ces attentes et besoins.

## B. La bientraitance, un ensemble de gestes, d'actes ou de paroles qui ont pour effet recherché et souhaité le bien être de la personne

La bientraitance peut se définir comme un ensemble de gestes, d'actes ou de paroles qui ont pour effet recherché et souhaité le bien être de la personne. Ainsi que le rappelle Mme POITRINE dans son ouvrage « *guide de bientraitance en EHPAD* »<sup>39</sup>, cette notion trouve son origine dans le droit international et le droit français à travers les textes fondateurs des droits de l'homme tels que le préambule de la Constitution de 1946, la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 adoptée sous l'égide des Nations Unies, la Déclaration des droits des personnes handicapées de 1975 ...

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et son pendant sanitaire, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ainsi que la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées consacrent les principes de protection et de respect des droits des personnes en leur qualité d'usager du secteur sanitaire ou médico-social.

La bientraitance implique une attitude à la fois réflexive et analytique (connaître la personne et ses besoins) et proactive (être en capacité de les anticiper en s'adaptant en permanence au contexte donné)<sup>40</sup>. Elle impose donc de la part du personnel soignant une lucidité et une aptitude à prendre du recul sur des situations changeantes et souvent imprévisibles. Or, ce que nous avons pu constater sur le terrain, c'est que parfois cette capacité à la prise de recul peut faire défaut en particulier dans un contexte organisationnel sous tension. Ainsi que nous avons pu l'entendre à l'occasion de nos nombreux échanges avec le personnel soignant, « *nous avons le sentiment de travailler en permanence la tête dans le guidon* ». La bientraitance ne peut se satisfaire de gestes prédéfinis et standardisés qui aboutissent à une certaine forme d'aveuglement dans sa relation à l'autre. Comme le soulignait un soignant : « *on croit bien faire parce qu'on applique scrupuleusement les protocoles et bonnes pratiques professionnelles, qu'on respecte le timing, que les toilettes sont faites à temps et le repas donné à l'heure mais en réalité on le fait sans prendre en compte la personne et ses besoins réels du moment. Quelque part on est dans une forme de maltraitance mais comment faire autrement avec les moyens qui sont les nôtres?* ».

La notion de « bientraitance » renvoie ainsi à la notion de « juste soin ».

Etymologiquement, le soin se définit comme le fait de songer ou porter attention à quelqu'un. C'est un acte, par essence, altruiste et désintéressé par lequel une personne se consacre à l'autre afin de répondre à un

<sup>39</sup> Liliane POITRINE « Guide de bientraitance en EHPAD », Editions Berger-Levrault, octobre 2011, p. 13

<sup>40</sup> Ainsi que le souligne L. POITRINE dans l'ouvrage précité, p. 14, « *la bientraitance inclut aussi une volonté permanente de remise en questions des professionnels sur leur manière d'être (...) l'objectif de cette notion est de promouvoir une démarche, une dynamique et une culture* ».

besoin qu'elle n'est pas en mesure de satisfaire par elle-même du fait de son âge, d'une maladie, d'un handicap ...Ainsi que le souligne la sociologue Patricia PAPERMAN dans son article sur l'« éthique du care »<sup>41</sup>, « prendre la mesure de l'importance du care pour la vie humaine suppose de reconnaître que la dépendance et la vulnérabilité sont des traits de la condition de tout un chacun, même si les mieux lotis ont la capacité d'en estomper ou d'en nier l'acuité ».

Cette relation de dépendance qui naît ainsi entre deux individus place l'un en situation de pouvoir par rapport à l'autre, autrement dit, l'un a la capacité de faire ce que l'autre ne peut pas ou plus faire (par exemple se nourrir, se laver, se vêtir etc.). Ce dernier se retrouve ainsi en situation de dépendance vis-à-vis d'autrui, autrement dit de soumission ou de sujétion à l'autre par rapport aux besoins qui sont les siens. Sa position de vulnérabilité ne lui permet pas en outre de se protéger si l'autre dont il dépend n'est pas dans le bon soin ou le juste soin.

Comment définit-on le « bon soin » ou le « juste soin » ?

Tout d'abord, bien évidemment c'est celui qui ne nuit pas à l'autre, celui qui ne porte pas atteinte à l'intégrité physique ou morale de la personne et qui est mis en œuvre dans le respect de la personne (principe du consentement préalable) mais c'est surtout celui qui saura répondre avec justesse, dans une situation donnée, aux besoins réels tels qu'ils sont ressentis par la personne elle-même (et non interprétés par le soignant ou l'aidant comme étant ce dont il a besoin ou ce qui est bon pour lui). Le « juste soin » est bien au-delà de l'accomplissement d'un geste ou d'une technique apprise et répétée maintes et maintes fois. Le « juste soin » consiste à être en capacité de mettre sa technique, son savoir-faire en cohérence avec ce que sont les besoins et attentes de la personne, autrement dit peut être parfois de s'abstenir ou de faire autrement si le geste ou la technique ne semble pas adapté à la situation. Le bon soignant n'est pas qu'un bon technicien ; il est celui qui va être en capacité d'appréhender la relation dans toutes ses dimensions et sa complexité, c'est-à-dire en y intégrant toute la subjectivité inhérente à toute relation humaine. En définitive, le « juste soin » est propre à chacun, il est ce qu'il aura été défini au regard de la spécificité de la relation qui s'est instaurée avec le soigné. Le « juste soin » est celui qui donne satisfaction à celui qui le reçoit et répond à son besoin tout en conférant le sentiment à celui qui le délivre d'avoir fait du bon travail, ce qui est pour lui une source d'épanouissement. Ainsi que nous souhaitons le mettre en exergue à travers ce mémoire, il existe en réalité une intrication, une interdépendance très forte entre « qualité du service rendu à l'utilisateur » et « bien-être des professionnels au travail ».

La bientraitance et le respect de l'autre est une certaine éthique de relation (« éthique du care ») en miroir qui rejaille positivement sur celui qui la dispense. Elle est d'abord et avant tout de la responsabilité de chaque individu.

---

<sup>41</sup> Patricia PAPERMAN, « Ethique du care, un changement de regard sur la vulnérabilité », *Gérontologie et Société* n° 133, juin 2010, p. 55.

Elle suppose toutefois la satisfaction d'un certain nombre de prérequis à l'échelle institutionnelle, notamment :

- Du personnel formé et compétent ayant une bonne connaissance du secteur de la gériatrie ;
- Du personnel sensibilisé aux respects des droits de la personne âgée et respectueux de la déontologie professionnelle ;
- Un cadre institutionnel cohérent, structuré autour d'un projet d'établissement véritablement adapté aux besoins des populations accueillies et respectueux des personnes (résidents, personnels, famille ou entourage des résidents, partenaires extérieurs etc.)

### **C. La bientraitance, une posture éthique qui repose sur le principe de l'autonomie des personnes.**

Nous venons de le voir si la « bientraitance » est d'abord une affaire de responsabilité individuelle et d'éthique personnelle, la promotion de la bientraitance à l'échelle d'un établissement est incontournable. Elle va servir de support à la diffusion d'une culture de la « bientraitance » et impulser une dynamique globale et généralisée à l'ensemble de l'établissement centrée sur une certaine éthique de la relation plus respectueuse des personnes, à la fois usagers et membres du personnel. Nous verrons dans la troisième partie quels sont les outils et leviers d'actions à disposition du chef d'établissement pour entreprendre cette démarche qui implique souvent des changements profonds dans la culture de l'établissement et les pratiques professionnelles des agents.

Michel LEFEBVRE, dans son ouvrage intitulé « *Dynamique de la bientraitance* » part du postulat que le concept de « bientraitance » est fondé sur le respect de l'autonomie, la sienne et celle de l'autre. Il rappelle en effet que l'autonomie est le corollaire des principes de dignité et de respect de la personne humaine. Il fonde ainsi son modèle de dynamique de la bientraitance autour de l'idée centrale de la capacité de la personne à s'adapter par elle-même à son environnement. C'est ce que recouvre précisément la notion d'autonomie.

#### **1. Le principe de « l'autonomie des personnes » comme fondement de la bientraitance**

Provenant du grec *autonomos* qui signifie *qui se régit par ses propres lois*, l'autonomie est un concept fondateur utilisé par KANT et repris en Droit français pour fonder la théorie du contrat ; celle-ci consacre le pouvoir de la volonté individuelle à faire naître des droits et des obligations entre les parties. Sigmund Freud a ensuite repris la notion d'autonomie à travers la notion de *préservation de soi*, d'aptitude de l'individu à définir lui-même et lui seul ce qui est bon pour lui.

Dans le domaine de la santé, ce principe de l'autonomie de la volonté est passé pendant longtemps au second plan derrière le principe dit du « *paternalisme médical* » remis en cause aujourd'hui avec l'émergence dans la période de l'après seconde guerre mondiale des droits des patients.

Aujourd'hui, l'autonomie est employée dans un sens restreint comme le contraire de la dépendance en référence à la mobilité physique des individus mesurée grâce à la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupe iso-ressources). Cette grille permet d'évaluer sur une échelle de 1 à 6 le niveau de dépendance ou le degré d'autonomie d'une personne âgée au vu de ses capacités à pourvoir seul aux gestes de la vie quotidiennes.

L'atteinte physique et psychique liée à l'âge ou à un handicap remet en cause la capacité de la personne à s'auto gérer, c'est-à-dire, à être *autonome*. Elle est à l'origine d'un état de dépendance qui impose le recours à l'assistance d'une tierce personne pour satisfaire aux besoins essentiels du quotidien (se vêtir, se laver, se nourrir, se déplacer...). De fait, la personne est, plus ou moins, contrainte par son état à s'en remettre à la (« bonne ») volonté d'autrui. Cette situation crée de fait un déséquilibre de la relation particulièrement propice à soulever un questionnement éthique autour des notions de bientraitance/maltraitance.

Une approche bien traitante relèverait par exemple d'un questionnement de l'aidant du type *Comment accompagner au mieux la personne de manière à lui permettre de conserver autant que possible un sentiment d'autonomie ?* A l'inverse prendre en charge la personne, même de la manière la plus consciencieuse qui soit, sans prendre du recul sur ce que sont ses souhaits, besoins, envies, pourrait relever potentiellement d'un acte de maltraitance. De même, « faire à la place de », sans avoir mesuré au préalable et tenu compte ce que la personne pourrait effectuer par elle-même, relèverait également potentiellement d'une posture de maltraitance, tout autant que laisser la personne livrée à elle-même ou lui faire sentir qu'elle est en situation d'échec etc.

De manière plus large, au-delà même de la relation spécifique soignant-soigné, Michel LEFEBVRE souligne que : « *tout manager, quelles que soient ses responsabilités, (...) crée des conditions plus ou moins favorables à l'autonomie des personnes concernées par ses décisions. En corollaire, toute personne placée dans une situation de travail se doit de maintenir son autonomie, pour atteindre son équilibre, pour assurer son homéostasie (...) face aux perturbations liées à son environnement* » (p.23)

Là se situe précisément tout l'enjeu de la réflexion que nous menons autour de la notion de « bientraitance managériale » :

***Comment manager au sens de piloter l'action collective au sein d'une organisation de manière à pouvoir mobiliser les énergies dans un cadre nécessairement contraint tout en conservant suffisamment d'autonomie ou de sentiment d'autonomie nécessaire pour ne pas porter atteinte à l'intégrité morale, physique et psychique des personnes placées sous notre direction ?***

## 2. Le modèle « *Dynamique de la bientraitance* » selon Michel LEFEBVRE

Michel LEFEBVRE propose dans son ouvrage un modèle théorique singulier qu'il nomme « *Dynamique de la bientraitance* » et qu'il nous paraissait intéressant de présenter ici. L'auteur explique, en effet, que dans toutes les situations sociales que nous vivons notre autonomie est constamment mise à l'épreuve.

Le modèle « *Dynamique de la bientraitance* » a ceci d'original qu'il ne consiste pas à proposer des analyses détaillées des causes de maltraitance ou de bientraitance et à suggérer des conduites à tenir propres à chaque problématique rencontrée. Il propose un cadre de questionnement universel et simple autour de la notion de bientraitance/maltraitance fondé sur les facteurs que l'auteur qualifie d'universels à prendre en compte et centrés sur la notion d'autonomie. Parmi ces facteurs qui participent de l'autonomie, il y a, par exemple, le « besoin d'échange ». L'auteur souligne ainsi que « *sa satisfaction ou son entrave créant de la bientraitance ou de la maltraitance dépend étroitement de circonstances, de contraintes et d'usages que le modèle permet de repérer* »<sup>42</sup>.

**L'auteur explique que le modèle *Dynamique de la bientraitance* permet de qualifier de « bien-traitante » une situation, présente ou projetée, à partir d'une sélection de besoins fondamentaux définis comme tels parce qu'ils conditionnent notre équilibre physique et psychique donc d'une certaine manière notre survie.**

D'après le modèle *dynamique de la bientraitance* précédemment décrit, il va donc s'agir de rechercher à procurer chez l'autre un sentiment d'autonomie accrue ; ceci passe par le maintien d'un équilibre propre à la personne qui se structure autour de la satisfaction de ses besoins fondamentaux. L'originalité de ce modèle et qu'il s'applique dans toute forme de relation sociale, dans le cadre de la relation soignant/soigné ou aidant/aidé mais également dans le cadre des relations professionnelles. Autrement dit, il s'agit de faire en sorte que la personne (usager, membres du personnel, collaborateur etc.) puisse trouver autant qu'il est possible, son équilibre physique et psychique, ce qui va fonder son sentiment d'autonomie et par conséquent, son sentiment de bien-être et son épanouissement au sein de l'institution.

Nous allons voir dans les développements qui vont suivre que le mal-être au travail n'est pas seulement générateur de risques psycho-sociaux, il est également un facteur majeur de risques de maltraitance et de non-qualité au sein d'un établissement.

Pour l'auteur, « *La bientraitance, le bien-être des personnes jouent un rôle central non seulement dans la qualité de vie mais aussi dans les performances de l'organisation concernée* »<sup>43</sup>C'est la raison pour laquelle

---

<sup>42</sup> Ouvrage précité, p. 26

<sup>43</sup> Ouvrage précité p 28

la promotion de la bientraitance à l'échelle d'une organisation quelle qu'elle soit et, *a fortiori*, au sein d'un établissement prenant en charge des personnes vulnérables apparaît comme une des priorités pour un Directeur dont le rôle premier est d'assurer un service de qualité aux usagers.

## **II. Le mal-être professionnel : un obstacle à la bientraitance et à la qualité de la prise en charge auquel le concept de « bientraitance managériale » entend apporter des éléments de réponses.**

Nous avons pu constater, sur notre terrain de stage, que le mal être professionnel de certains agents et l'insatisfaction professionnelle peut être génératrice d'une spirale négative qui va influencer sur l'ensemble de la dynamique d'équipe ainsi que la qualité des soins et l'accompagnement des résidents. Le mal-être professionnel apparaît ainsi comme un facteur de non-qualité voire un facteur prédisposant à des actes ou comportements maltraitants (A). Inversement, nous avons également pu constater que le sentiment de ne pas satisfaire correctement aux nouvelles exigences en matière de qualité de l'accompagnement et des respect des droits des usagers peut être source de frustration et de mal-être professionnel. La non-qualité apparaît ici comme une source d'insatisfaction professionnelle et un facteur non négligeable de dégradation des conditions de travail (B). La bientraitance managériale, au sens d'un style de management axé sur le bien-être des professionnels, apparaît ainsi comme une réponse possible pour améliorer la qualité du service rendu aux usagers.

### **A. Le mal-être professionnel, un facteur de prédisposition à la non-qualité et générateur de situations à risques de maltraitance**

Ainsi que le souligne André MARRO, dans son ouvrage intitulé *l'art de manager en EHPAD*, le stress et le mal-être au travail peuvent induire des comportements de négligence, voire de maltraitance. Ils ne sont pas, en tout état de cause, favorables à un accompagnement de qualité et la disponibilité auprès des résidents.

Au-delà des conséquences individuelles sur la santé des salariés, les troubles psycho-sociaux finissent pas fragiliser voir mettent en péril également la santé des structures médico-sociales en raison notamment de la démotivation professionnelle qu'elle engendre. André MARRO rappelle ainsi que pour 70 % des Français le travail est important et est une source d'épanouissement personnel (contre seulement 40 % des Danois et des anglais). Les attentes des professionnels sont donc importantes à cet égard. Par conséquent, précise-t-il : « *soit il faut trouver de nouvelles organisations de travail, soit il faut que les individus réduisent leurs attentes par rapport au travail* ».

## **1. Les facteurs de prédisposition de la souffrance au travail**

Le sentiment de mal-être au travail et la souffrance au travail peuvent être liés à l'absence de reconnaissance, à un ressenti négatif du travail ou encore à des tensions entre les moyens alloués pour réaliser le travail et les objectifs, la contribution et la rétribution, les exigences du travail et les compétences attendues.

Plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte pour expliquer ce mal-être.

Certains facteurs peuvent être subjectifs car liés au vécu ou à la situation personnelle d'un agent, par exemple, du fait d'une expérience professionnelle précédente difficile, au manque d'assurance et de confiance en ses capacités, à une orientation professionnelle choisie par défaut, à des compétences ou qualifications insuffisantes pour remplir ses fonctions, à des difficultés à harmoniser vie professionnelle et vie privée etc.

D'autres facteurs de mal-être au travail, plus objectifs, peuvent être liés au contexte particulier de l'établissement (plan social, fusion ou restructuration, crise économique etc.) et rejaillir ainsi sur l'ensemble du personnel. Comme nous l'avons précisé dans notre propos introductif, le Centre hospitalier du Forez traverse actuellement une situation de crise avec une injonction de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de mettre en place un plan de redressement en raison d'un déficit important sur 2013. Nous avons pu constater que les incertitudes qui pèsent sur l'éventualité d'un plan social est une cause importante de stress pour le personnel, en particulier les personnels sous contrat hantés par le spectre du non renouvellement.

De même, des facteurs professionnels liés aux modalités de l'organisation de travail, aux conditions de travail, à la communication (ou non-communication) interne et externe au sein de l'établissement peuvent expliquer des situations de mal-être et d'épuisement professionnel.

Tous ces facteurs, quels qu'ils soient, peuvent induire des comportements de démotivation, de désengagement, d'évitement ou de dissimulation et peuvent conduire progressivement vers des attitudes ou postures professionnelles inadaptées et non conformes aux règles de bonnes pratiques professionnelles voire vers des comportements déviants et maltraitants.

## **2. Les actions incontournables à mener pour améliorer les conditions de travail**

→ **Améliorer la sélection à l'embauche** : sélectionner des personnes dotées d'une grande résistance physique et nerveuse et surtout disposant de compétences spécifiques dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées ainsi que, si possible, d'une expérience confirmée dans ce domaine ; des qualités d'écoute, de patience et des aptitudes au travail en équipe sont également nécessaires.

La qualité de l'accompagnement proposé aux résidents repose, en effet, sur le recrutement d'un personnel compétent, qualifié dans le secteur de la gériatrie et surtout motivé et volontaire pour évoluer dans ce secteur exigeant. Nous avons déjà évoqué plus haut les difficultés de recrutement auxquelles peuvent se heurter les établissements dans le contexte actuel avec le risque de recourir à du personnel insuffisamment formé ou motivé pour travailler auprès des personnes âgées. Cette difficulté de recrutement de personnel qualifié est très variable selon les territoires et les établissements. Dans des zones de grande ruralité ou dans de petits établissements isolés, cette difficulté va être majeure et peut inciter les Directeurs de ce type de structures à jouer utilement la carte de la mutualisation ou à développer des partenariats avec d'autres structures. Notre établissement d'accueil, le Centre Hospitalier du Forez, apparaît comme un établissement de taille relativement importante plutôt attractif pour le personnel soignant infirmier et aide-soignant dans la mesure où il peut offrir des perspectives d'évolution professionnelle, notamment en dehors de la gériatrie. Dans ce contexte, la politique de recrutement pour l'EHPAD est de privilégier du personnel qualifié en gériatrie et ayant déjà une ou plusieurs expériences dans ce domaine.

→ **Former le personnel** : de manière générale, le personnel soignant est insuffisamment formé à la prise en charge des personnes dépendantes. Formation de type « gestes et postures » ; « maîtrise de soi en situation de soin » ; « gestion des situations anxiogènes ». objectif de ces formations : cultiver la juste distance professionnelle.

La formation professionnelle constitue un levier stratégique pour promouvoir la bientraitance et la qualité de vie au travail des professionnels. Elle doit répondre aux attentes et besoins des personnels et leur permettre de s'adapter au mieux aux nouvelles exigences de prise en charge et d'accompagnement des usagers. Un personnel formé et compétent constitue un préalable à la lutte contre la maltraitance. La formation professionnelle continue va permettre ainsi non seulement de donner aux agents les compétences et qualifications nécessaires pour répondre aux besoins des usagers mais également leur conférer le sentiment de valoriser leur travail et de progresser dans leur cheminement professionnel ainsi que de leur permettre de prendre du recul par rapport à leurs propres pratiques professionnelles.

→ **Mener une politique rigoureuse de gestion des ressources humaines** : éviter les situations de sous-effectifs, mettre en place des temps institutionnels dédiés aux échanges interprofessionnels (groupe de parole, analyse de la pratique professionnelle) ; développer le sentiment d'appartenance à une équipe et à une institution ; développer des solidarités entre professionnels (travail en binôme).

Selon André MARRO, « *Le confort physique et mental des soignants doit être considéré comme une priorité absolue pour un manager. De ce bien-être va dépendre la pérennité et l'attractivité de nos institutions tant pour les professionnels que pour les résidents* ».

## **B. L'incidence de la « non qualité » sur les conditions de travail et le climat social à travers deux exemples tirés de notre terrain de stage.**

Parmi les six causes identifiées de mal-être au travail, le rapport GOLLAC<sup>44</sup> d'avril 2011 retient l'existence de « conflits de valeurs ». Au sein d'un EHPAD, ces « conflits de valeurs » sont en lien avec le sentiment d'être inutile, inefficace ou dans l'incapacité de répondre pleinement et de manière satisfaisante aux besoins et attentes des résidents. La « non-qualité » ou le simple sentiment de ne pas faire (ou plus exactement pouvoir faire) du bon travail au regard de ses valeurs humaines et de soignant altère considérablement la qualité de vie au travail et a une incidence directe sur le niveau d'engagement et de motivation personnelle des agents.

De surcroît, dans le contexte actuel, où les moyens sont comptés alors que la charge en soin est de plus en plus lourde, les agents que nous avons rencontrés, lors de nos échanges, ont souvent le sentiment, à tort ou à raison, de ne pas être mis en situation de pouvoir effectuer du bon travail et de se réaliser pleinement dans l'exercice de leurs fonctions. Cet aspect est également particulièrement ressorti de nos enquêtes de terrain desquelles il apparaît que les professionnels et futurs professionnels partagent souvent l'idée que la gériatrie n'offre pas un cadre de travail satisfaisant, faute de moyens alloués pour répondre véritablement aux besoins des usagers ainsi qu'aux exigences des pouvoirs publics à cet égard.

Nous allons illustrer cela par deux exemples particulièrement frappant que nous avons pu observer sur notre lieu de stage :

Tout d'abord, l'accompagnement des résidents dans leurs déplacements au sein de l'établissement est une cause importante de tension, tant pour les personnels que pour les résidents eux-mêmes et leur entourage. Ces tensions se cristallisent, en particulier, lors des temps de repas dans la mesure où la plupart des résidents prennent leur repas dans la grande salle de restauration dédiée située au rez-de-chaussée de l'établissement. Or, une grande majorité d'entre eux (environ les trois quarts) sont en fauteuil roulant et ont besoin d'assistance dans leurs déplacements. L'organisation des déplacements devient alors assez complexe et les résidents se plaignent quotidiennement du temps d'attente pour se rendre au restaurant ou

---

<sup>44</sup> Michel GOLLAC, Marceline GODIER, « *Mesurer les facteurs de risques psycho-sociaux au travail pour mieux les maîtriser* », Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé ; rapport avril 2011.

remonter dans leur chambre. Ils ont souvent le sentiment d'être « abandonnés » à leur sort et réclament de l'aide dès qu'une personne se trouve à passer à proximité. Ces transferts de résidents sont effectués principalement par des assistants des services hospitaliers (ASH) aidés ponctuellement par des personnes en contrat aidé présentes pour venir en appui à l'animation. Ce temps d'accompagnement, qui fait pourtant partie intégrante du service rendu à l'usager et peut être l'occasion d'échanges avec les résidents, n'est pas valorisé. Le terme de « chariotage » utilisé par certains agents pour qualifier ces temps de déplacements est particulièrement révélateur, à notre sens, de perception assez péjorative cette tâche par les agents. Afin de pallier à cette difficulté, l'encadrement incite le personnel soignant dans son ensemble à optimiser ses déplacements au sein de l'établissement en étant attentif à aider, dans un même temps, des résidents qui souhaiteraient se rendre dans un lieu donné, ce qui se fait généralement. Malgré tout le sentiment de frustration des agents par rapport à cette problématique demeurent encore importante car beaucoup ont conscience que ce temps est important à un double titre : non seulement pour l'aide au déplacement en tant que tel mais aussi et surtout pour les moments d'échanges et de discussion avec le résident que ce temps pourrait susciter, ce qui n'est pas la plupart du temps possible eu égard au nombre de résidents à accompagner quotidiennement.

Le deuxième exemple d'insatisfaction professionnelle suscitée par le sentiment de ne pas répondre correctement aux besoins des résidents est en rapport avec le projet de vie individualisé (PVI), outil d'accompagnement personnalisé mis en place par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale<sup>45</sup>.

A l'issue de l'évaluation interne, il est apparu que pour la plupart des résidents de l'EHPAD (sur les deux sites), un projet de vie individualisé avait bien été formalisé mais n'était pas véritablement mis en œuvre au quotidien. Plus concrètement, il apparaît effectivement que les soignants peinent à s'organiser pour mettre en place un accompagnement véritablement personnalisé pour chaque résident notamment pour les personnes les plus dépendantes qui ne peuvent d'elles-mêmes et, en relative autonomie, participer aux activités collectives d'animation.

Plusieurs actions d'amélioration ont ainsi été retenues et retranscrites dans le projet d'établissement pour améliorer les conditions de mise en œuvre de ce PVI et développer des projets d'animation plus individualisés à destination des personnes les plus dépendantes ou qui ne souhaitent pas participer à des activités collectives. L'une des problématiques majeures, à cet égard, est de dégager du temps de

---

<sup>45</sup> Le projet de vie vise à permettre à chaque résident de l'EHPAD, quel que soit son niveau de dépendance et dans le respect des contraintes liées à la vie en collectivité, de pouvoir bénéficier d'un accompagnement individualisé adapté à ses besoins, ses souhaits et habitudes de vie. Ceux-ci sont exprimés, lors de l'entrée dans l'établissement, par le résident ou ses proches. Ces informations sont ensuite recueillies dans un document formalisé et réévalué régulièrement pour prendre en compte l'évolution de l'état du résident, de ses besoins et souhaits ; ce document servira de base aux équipes soignantes et d'animation pour proposer un accompagnement et des activités adaptées au résident.

présence et d'accompagnement auprès du résident qui ne soit pas uniquement de l'aide aux soins, à la toilette, à l'habillage ou aux repas, autrement dit, uniquement en lien avec la satisfaction des besoins physiologiques primaires.

Pour répondre à cet objectif, un projet a été formalisé autour de la mise en place d'un nouveau métier dans les équipes soignantes, celui de « maitresse de maison ». Une expérimentation a été lancée cette année sur un service et sera étendue dans les années à venir sur l'ensemble des deux sites sous réserve de l'octroi par le Conseil général des moyens financiers nécessaires, ce qui n'est pas le cas pour l'instant malgré la renégociation fin 2013 de la convention tripartite<sup>46</sup>. La « maitresse de maison » est une assistante des services hospitaliers (ASH) dédiée à des tâches exclusivement logistiques et hôtelières : vaisselle, rangement du linge, des stocks etc. afin de soulager les équipes soignantes, aides-soignantes et ASH qui seront désormais qualifiés d'« auxiliaires de vie », à l'instar de la terminologie usitée pour désigner les aides à domicile, afin de valoriser et de mettre en avant leurs fonctions d'accompagnement au quotidien du résident.

Un autre objectif également fixé par la Direction est d'impliquer l'ensemble des personnels de l'établissement dans l'accompagnement au quotidien des résidents : au niveau des services, des groupes de travail ont été lancés. Structurées autour d'un projet prédéfini (par exemple, la mise en place du métier de maitresse de maison), les équipes vont devoir, à cette occasion, repenser leur organisation de travail dans le nouveau cadre prédéfini en réinterrogeant leurs pratiques et les tâches qu'elles réalisent au quotidien (refonte des profils métiers et des fiches de postes). L'objectif étant de tenter de mettre fin à une organisation des soins très cloisonnée entre chaque corps de métier (infirmier, AS, ASH) et d'impulser une véritable dynamique d'équipe où chacun prendra part, à côté de ses fonctions spécifiques, à l'accompagnement au quotidien du résident. A l'échelle de l'établissement, la Direction souhaite mettre en place quelques projets transversaux qui permettront de mobiliser l'ensemble du personnel administratif, soignant et logistique autour du bien-être et de l'accompagnement des résidents. Ainsi, l'établissement souhaite renforcer la convivialité et le plaisir autour des repas, d'une part, en instituant une dynamique participative de l'ensemble des professionnels (personnels soignants : médecin, infirmières, aides-soignantes, ASH et non soignants : personnels de l'animation, de l'équipe ménage, personnel des cuisines, personnel administratif etc.) afin que chacun puisse s'impliquer à son niveau lors de ce temps fort de la vie quotidienne de l'EHPAD, d'autre part, en améliorant le cadre de vie grâce à l'aménagement d'espaces-repas adaptés.

Toutes ces actions ont pour point commun et pour finalité d'améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur par la promotion d'une certaine qualité de vie au travail des agents. Elles illustrent un nouveau style de

---

<sup>46</sup> Le Conseil général s'est malgré tout engagé auprès de la Direction à discuter d'un avenant à la convention en fin d'année.

management axé sur le bien-être des professionnels : la management par la bientraitance ou *bientraitance managériale*.

### C. La bientraitance managériale, un style de management axé sur le bien-être des professionnels, dont la finalité est d'améliorer la qualité du service rendu à l'utilisateur par la promotion d'une certaine qualité de vie au travail des agents.

Selon Jean-René LOUBAT, psychosociologue et Docteur en sciences humaines, « *le management, c'est l'art de mobiliser les hommes en vue d'atteindre des objectifs communs* »<sup>47</sup>. Cette définition est à rapprocher de la terminologie anglo-saxonne de « leadership », définie comme « *l'ensemble des communications interpersonnelles par lesquelles un supérieur hiérarchique influence le comportement de ses subordonnés en les orientant vers la réalisation volontaire des objectifs du groupe et de l'organisation* »<sup>48</sup>. Basé sur le leadership, le management supposerait ainsi des qualités personnelles et des prédispositions à être un meneur d'équipe, un leader au sens d'artisan, c'est à dire celui qui porte un projet et en assure la réalisation<sup>49</sup>. Manager renverrait ainsi à une aptitude, quasi innée, à mobiliser des personnes autour d'un but commun.

En observant les différentes personnes en charge de l'encadrement au sein de notre établissement d'accueil, nous avons effectivement pu observer que certaines personnes, plus que d'autres, pouvaient avoir certaines facilités à imposer une forme de respect et d'« autorité », à susciter l'adhésion et à maintenir ainsi une cohésion d'équipe indispensable au bon fonctionnement du service. Nous partageons effectivement pour partie l'idée que tout un chacun ne peut s'improviser manager s'il ne dispose pas de certaines qualités de nature à susciter chez l'autre un sentiment à la fois de confiance et de respect. Malgré tout, le management implique également des règles, des techniques ou des procédés qui s'acquièrent et ne s'improvisent pas en dépit de toutes les qualités personnelles dont on dispose. Nicole AUBERT, dans son ouvrage intitulé « *management : aspects humains et organisationnels* »<sup>50</sup>, retient trois caractéristiques du leadership : le leader doit porter **une vision**, autrement dit, être en capacité de dire où il faut aller et surtout comment, susciter **une confiance**, et être en capacité de recueillir **une adhésion**.

Le management est depuis longtemps objet d'étude. Plusieurs styles de management ont été identifiés traduisant ainsi autant d'approches possibles dans la manière de diriger, approches qui ont évolué au fil du temps en même temps que les évolutions sociétales<sup>51</sup>.

---

<sup>47</sup> Jean-René LOUBAT, « *Penser le management en action sociale et médico-sociale* », éditions DUNOD, juin 2006, 392 p.

<sup>48</sup> Ladkar SEKIOU, « *Gestion du personnel* », Editions d'Organisation, 1996.

<sup>49</sup> Les patrons, les chefs d'entreprise sont des praticiens, des artisans» disait Carlos Gohsn lors de sa prise de fonction à la tête de Renault.

<sup>50</sup> Nicole AUBERT, « *Management : aspects humains et organisationnels* », P.U.F., 1999

<sup>51</sup> Dans son ouvrage, *l'art de manager en EHPAD*, André MARRO consacre une première partie à *la théorie des organisations et style de management* au sein de laquelle il décrit les différentes évolutions depuis Adam Smith. Nous ne reprendrons pas dans le cadre de la présente étude le détail de ses évolutions.

Nous reprendrons la synthèse que propose André MARRO et qui retient cinq grands styles de management.

→ **Le management pyramidal ou monarchique (directif ou autoritaire)**

Ce style de management est utile quand les collaborateurs sont ignorants. Le « quoi faire » et « comment le faire » sont dictés par la Direction. Les exécutants sont dépendants. Ce style peut être efficace et apporte, s'il est correctement utilisé, un certain confort à l'ouvrier. Sa réussite dépend de la justesse des méthodes de distribution des tâches et des évaluations.

→ **Le management explicatif**

Le management explicatif cherche à obtenir l'adhésion en exposant l'efficacité des méthodes et l'incidence des résultats. Il cherche à convaincre mais stimule en invitant aux questions.

→ **Le management par principe de délégation**

Dans le management par principe de délégation, la plupart des décisions et des actions sont prises par le collaborateur délégué. Cependant, les objectifs généraux sont fixés par la seule direction ou après concertation. La direction définit également les moments et les procédures d'évaluation des délégués, elle les accompagne et partage les responsabilités.

→ **Le management participatif**

Le management participatif reflète une volonté démocratique dans la réalisation d'une mission. Le leader a plutôt un rôle de facilitateur. Cependant, il est garant de la maturité de l'équipe et reste le garant de la circulation des responsabilités, des pouvoirs et de l'information.

→ **Le management adaptatif**

Le management adaptatif représente une synthèse un peu délicate du style autoritaire et du style démocratique. Il représente une réalité de terrain, il s'agit d'un souci de conjuguer deux approches très classique du management.

Nous avons eu l'occasion d'échanger avec la Directrice des soins de notre établissement d'accueil sur sa manière de concevoir le management au sein de son établissement. De son point de vue, il est impératif de *« rompre avec les fonctionnements historiques de type pyramidal qui ne prennent pas en compte les professionnels dans toute leur dimension »*.

La question qui se pose est alors de savoir comment mettre en place des organisations de travail qui soient épanouissantes pour les agents et non génératrices de frustration et d'insatisfaction récurrentes et installées qui finissent par générer du mal-être professionnel et sont facteurs, comme nous l'avons vu précédemment, de non-qualité.

La valorisation des agents dans leurs tâches ainsi que la reconnaissance du travail accompli sont aujourd'hui indispensables pour maintenir l'engagement et la motivation nécessaire tout particulièrement

lorsque le travail à accomplir est particulièrement exigeant tant sur le plan physique que psychique. Les appréciations positives et la mise en exergue des points forts ainsi que la reconnaissance des efforts fournis notamment lors des situations tendues sont primordiales au plus haut niveau institutionnel (direction générale).

La gratification financière est un levier difficilement mobilisable notamment en raison du contexte financier très contraint des établissements mais également car l'évaluation annuelle par les compétences en est encore à ses balbutiements. Le management motivationnel, qui peut se pratiquer dans certaines entreprises privées, n'est pas à l'ordre du jour dans nos établissements et nous paraît d'ailleurs peu compatible avec la notion de « service » qui caractérise les activités mises en œuvre au sein des établissements publics par opposition à la notion de « prestation » plus utilisée dans le secteur privé, même si, il faut bien le constater, des glissements terminologiques sont fréquents.

La Directrice des soins retiendrait pour sa part la notion de « *management responsabilisant et concerté* ». Ce style de management implique la nécessité d'un chef dont le rôle premier est de fixer un cadre fort clairement défini, les orientations à donner et les objectifs à atteindre mais établis, non pas *ex nihilo* mais grâce à l'observation, l'écoute et les spécificités de terrain. De même, la mise en œuvre de ces objectifs et orientations doit être effectuée en concertation avec les agents et surtout en les mobilisant individuellement et collectivement dans cette démarche (mise en responsabilité dans la démarche). Un point important est à souligner dans cette manière de manager : la recherche de l'implication personnelle des agents dans la réalisation des objectifs et projets du service. Ce style de management est plutôt de type participatif sans nier toutefois, comme c'est souvent le cas, le rôle essentiel du Directeur qui va d'une part fixer les règles du jeu, d'autre part, trancher lorsque le consensus n'est plus à l'ordre du jour.

Ce style de management est, selon nous, le plus en adéquation avec la mise en œuvre d'un management par la bientraitance car il consiste à adapter sa manière de manager au contexte institutionnel et aux spécificités de l'établissement dirigé et non l'inverse.

Dans cette perspective, le projet d'établissement devient l'outil privilégié pour promouvoir la bientraitance, améliorer la qualité de vie au travail des personnels tout en améliorant la qualité du service rendu aux usagers.

## **TROISIEME PARTIE : Le projet d'établissement comme outil de promotion de la bientraitance, de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la qualité de l'accompagnement des résidents**

Selon l'article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles, « *Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. [...] Ce projet est établi pour une durée maximale de 5 ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation* ».

Le mot « projet », au sens étymologique, signifie « *jeter avant* ». Ce mot décrit l'opération intellectuelle consistant à poser un problème et à établir une stratégie d'action pour le résoudre à moyen, court ou long terme. Le projet est ainsi, par essence, le moteur de l'action, dans le sens où en posant les perspectives d'avenir et un but à atteindre, il pousse à l'action et définit surtout comment agir.

Le projet d'établissement peut se définir ainsi comme un document de référence structurant, analytique, prospectif et dynamique qui apporte une réponse formalisée et structurée aux questionnements et problématiques qui se posent à un moment donné au sein d'un établissement. Le projet d'établissement est également l'outil par lequel sont définis les principes organisationnels et valeurs d'un établissement mais également les difficultés et problématiques spécifiques rencontrées au sein d'une structure ainsi que les objectifs à atteindre pour les cinq ans à venir. Il se concrétise généralement par un plan d'actions structuré autour d'un rétro-planning et axé autour des différentes orientations prédéfinies pour l'établissement.

L'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), a élaboré, en janvier 2012 une recommandation relative aux bonnes pratiques professionnelles en matière d'élaboration, de rédaction et d'animation du projet d'établissement. Cette recommandation définit la notion<sup>52</sup> et propose une méthodologie d'élaboration. L'ANESM insiste notamment sur le fait que le projet d'établissement s'inscrit dans une véritable dynamique de projet. Ce n'est pas un document statique, figé que l'on écrirait ou réécrirait pour satisfaire une fois pour toute aux obligations légales et réglementaires. C'est au contraire un document de référence non seulement pour les acteurs

---

<sup>52</sup> Selon l'ANESM : « *Le projet d'établissement ou de service a pour finalités principales de clarifier le positionnement institutionnel de la structure (établissement ou service), d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions, de donner des repères aux professionnels et de conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble. Le projet d'établissement ou de service est un outil dynamique qui garantit les droits des usagers dans la mesure où il définit les objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisibles les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. Inscrit dans une démarche participative, le projet d'établissement ou de service est le principal document à visée intégratrice, tant sur le plan du sens de l'activité que de l'organisation du travail* ».

internes de l'établissement mais également pour les partenaires extérieurs. Comme nous l'avons déjà souligné, sur le plan interne, c'est un document qui définit la feuille de route (plans d'actions et orientations stratégiques) ainsi que les objectifs à atteindre, mais c'est un document qui doit également contenir des indicateurs et autres modalités évaluatives pour mesurer les progrès accomplis et/ou atteintes des objectifs prédéfinis. Sur le plan externe, il permet, ainsi que le souligne l'ANESM, d' « éclairer l'articulation entre les réflexions actuelles concernant les pratiques de l'intervention sociale ou médico-sociale, et l'inscription de ces orientations dans un document cadre ».

Nous montrerons ici à travers l'expérience rencontrée sur notre terrain de stage, comment le projet d'établissement, en tant qu'outil porteur de la conduite du changement est, à notre sens, un outil nécessaire et une première étape indispensable vers la promotion de la bientraitance (A) à condition qu'il s'accompagne d'une dynamique d'ensemble qui diffuse à tous les niveaux et implique individuellement chaque professionnel et s'appuie, également, sur un outil de mise en œuvre pratico-pratique qui en assure le déploiement en permettant un suivi des actions entreprises sur le long terme (B).

## **I. Promouvoir la bientraitance managériale par la réécriture du projet d'établissement : une première étape nécessaire**

Le projet d'établissement, dont la réécriture a constitué l'une de nos missions principales durant le stage, a constitué un temps fort de vie de l'établissement. Il s'est inscrit dans une démarche projet déployée sur environ une année (de juin 2013 à juin 2014). Sa dimension stratégique a été pleinement exploitée par la Direction qui a souhaité en faire un véritable outil de conduite du changement associant l'ensemble des professionnels dans le cadre d'une démarche participative. Il a été notamment l'occasion pour les professionnels de se réinterroger sur leurs pratiques et leurs valeurs professionnelles. Après avoir rappelé la méthodologie employée et la démarche qui a été celle de notre établissement d'accueil pour la réécriture de son projet d'établissement (A), nous verrons, ensuite, comment celui-ci s'est orienté, du point de vue de son contenu, autour de quelques axes prioritaires dont celui, majeur, de la promotion du bien être des professionnels et des résidents(B).

### **A. La démarche adoptée par la Direction de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez pour la réécriture de son projet d'établissement**

La démarche adoptée s'est voulue conforme aux recommandations de l'ANESM précitées. Précisons tout d'abord que la réécriture du projet d'établissement de l'EHPAD a été initiée dans un contexte particulier qui a été celui de la fusion récente (au 1<sup>er</sup> janvier 2013) de deux établissements de santé (les centres hospitaliers de Feurs et de Montbrison) qui désormais ne forment plus qu'une seule et même entité

juridique : le Centre hospitalier du Forez (CHF) éclaté géographiquement sur deux sites. La refonte du projet d'établissement de l'EHPAD, également déployé sur deux sites, l'un situé à Feurs, l'autre à Montbrison, a donc constitué un choix stratégique fondateur pour la Direction, d'une part, par le fait de vouloir fédérer autour d'un seul et même projet les deux sites de Feurs et de Montbrison dont les pratiques professionnelles et la culture d'établissement étaient jusqu'à lors plus ou moins divergentes ; d'autre part, par le fait d'opter pour un projet d'établissement, et non un projet de service, s'agissant d'un EHPAD rattaché à un Centre hospitalier. A cet égard, on comprend ainsi le choix de cette réécriture dans la suite immédiate de la fusion comme un signal fort envoyé par la Direction d'harmoniser les pratiques entre les deux établissements et de faire émerger progressivement une seule et même culture d'établissement. Cette orientation a d'ailleurs été clairement énoncée en tant qu'axe prioritaire pour l'EHPAD.

Conformément aux recommandations de l'ANESM, la réécriture du projet d'établissement a été initiée de manière à être mise en cohérence avec les grands temps forts de la vie institutionnelle de l'établissement. La Direction a également souhaité mettre en œuvre une démarche participative active associant les professionnels de l'établissement et a fait, ainsi, le choix d'être accompagné d'un consultant. Enfin, dans le contexte particulier de la fusion récente, l'un des objectifs de cette réécriture a été également de mettre à plat les pratiques professionnelles en permettant des échanges d'expériences entre plusieurs établissements. C'est la raison pour laquelle les trois EHPAD de Champdieu, Bussières et Panissières, qui sont en Direction commune avec le CHF, ont également été associés à la démarche.

### **1. L'articulation entre évaluation interne, convention tripartite et projet d'établissement ou comment mettre en cohérence les grands temps forts de la vie institutionnelle d'un ESMS**

Ainsi que le souligne l'ANESM, dans ses recommandations de bonnes pratiques précitées, l'écriture ou réécriture du projet d'établissement doit s'articuler avec les évaluations internes et externes. Son élaboration ne se fait pas ainsi « *ex nihilo* » mais doit s'appuyer sur un diagnostic préalable, complet et précis de la situation de l'établissement, de ses points forts et de ses points faibles au regard des exigences et objectifs à atteindre déterminés en fonction tant des besoins des populations accueillies que des orientations fixées par les pouvoirs publics.

Le projet d'établissement présente, en premier lieu, les caractéristiques d'un document analytique et stratégique ancrée dans une réalité qui est celle d'un établissement et d'un territoire donné. Les évaluations dites internes et externes mises en place par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 constituent désormais le support privilégié pour établir un diagnostic aussi précis que possible et fidèle de la situation d'un établissement. Par le biais d'un référentiel, d'une grille d'analyse structurée autour de différentes thématiques, l'établissement peut ainsi s'autoévaluer (évaluation interne), identifier ses points forts et ses points faibles qui seront ensuite conforter ou non par un évaluateur externe. Celui-ci va apporter un regard complémentaire et extérieur sur l'établissement. Sur cette base, l'établissement va pouvoir mettre en place

un plan d'actions d'amélioration ainsi que des indicateurs de suivi permettant de mesurer la progression dans les objectifs à atteindre. Ce diagnostic via les évaluations internes et externes doit, selon la loi, s'effectuer tous les 7 ans. Dans l'intervalle, l'établissement va pouvoir procéder à la refonte de son projet d'établissement sur les bases des résultats obtenus et renégocier sur cette même base ses financements octroyés par l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Général, via la convention tripartite, en ce qui concerne les EHPAD.

C'est précisément dans ce contexte que notre établissement d'accueil a procédé à la réécriture de son projet d'établissement (PE) pour les cinq en à venir, autrement dit pour la période 2013-2018.

## ***2. La mise en place d'une démarche participative accompagnée par l'intervention d'un consultant extérieur afin de pouvoir « libérer la parole » des agents et le choix d'une démarche mutualisée avec les EHPAD en Direction commune***

Ainsi que nous l'avons souligné à titre liminaire, l'élaboration d'un projet d'établissement commun aux sites de Feurs et de Montbrison constituait pour l'EHPAD, eu égard au contexte de la fusion, un véritable enjeu à l'issue de laquelle devraient se dessiner les prémises d'une nouvelle identité institutionnelle pour les deux sites. Il s'est donc agi d'une étape essentielle et d'un véritable tournant historique pour ces deux établissements aux histoires et cultures professionnelles différentes.

Dans la continuité de la démarche de l'évaluation interne, le choix effectué par la Direction a donc été celui de faire en sorte que les professionnels des deux sites puissent se rencontrer et travailler ensemble afin d'échanges sur leurs pratiques professionnelles ainsi que les valeurs qui les sous-tendent. Mais, la Direction a souhaité aller plus loin dans cette dynamique d'échanges en associant également à la démarche les EHPAD en direction commune (Champdieu, Panissières et Bussièrès) afin d'enrichir les réflexions et d'essayer de permettre aux équipes de prendre du recul par rapport à leurs propres pratiques.

C'est également la raison pour laquelle le choix s'est orienté vers le recours à l'aide d'un tiers extérieur pour entreprendre cette démarche de construction de projet d'établissement (4 au total). Cette démarche commune nécessitait, en effet, une certaine forme de neutralité du porteur de projet. Un consultant a donc été retenu pour la conduite de ce projet.

Le projet d'établissement s'est construit en **trois temps** : la phase diagnostique, la phase de prospective commune dans les domaines ciblés pour les quatre EHPAD, Feurs/Montbrison, Champdieu, Panissières et Bussièrès et la phase rédactionnelle spécifique à l'EHPAD de Feurs/Montbrison.

L'élaboration du projet d'établissement fut suivie pas à pas par un **Comité de Pilotage** composé du directeur CHF, du directeur adjoint, des directeurs délégués, du responsable du pôle gériatrie du CHF et des responsables de formation, qualité et gestion des risques, informatique et des travaux. La démarche s'est voulue participative.

Ainsi, des **entretiens singuliers** ont été réalisés en juillet et septembre 2013 entre les différents responsables et personnels des établissements et les consultants du cabinet conseil, qui a accompagné les travaux des projets d'établissement. Chacun a pu exprimer ses attentes face aux difficultés actuellement rencontrées, mais aussi faire part de ses projets, en fonction des acquis ou potentiels favorablement perçus.

Une présentation en Comité de Pilotage en octobre 2013 a exposé le positionnement des EHPAD du Forez en termes d'activités et de projets précédents. L'intérêt était d'emblée l'attractivité des EHPAD, pour mieux les positionner dans une **perspective de qualité** de prise en charge, dynamique de recrutement, des résidents comme des personnels médicaux ou soignants. L'objectif général était exprimé comme la volonté de capitaliser les expériences de chacun, au profit de tous.

La réflexion a été approfondie lors des **groupes de travail thématiques**<sup>53</sup> qui se sont tenus d'octobre à novembre 2013. Ces réunions ont été animées par les consultants en charge de l'accompagnement de l'élaboration des projets. Le comité de pilotage en a validé les grandes orientations communes ou propres à chacun des EHPAD le 2 décembre 2013.

L'écriture du projet d'établissement est le fruit de ce travail et de ces réflexions tant en commun par projet, des différents EHPAD qu'en groupe par établissement selon **l'approche croisée des différents projets**.

## **B. La promotion de la qualité de vie au travail et du bien-être des résidents, définie comme un des axes prioritaires du projet d'établissement**

Fort du diagnostic et des constats réalisés à l'issue de l'évaluation interne, la promotion de la bientraitance est apparue comme un axe prioritaire pour l'EHPAD du CHF ainsi qu'une préoccupation majeure de la Direction. La bientraitance vis-à-vis des résidents, tout d'abord dont les besoins en accompagnement sont croissants, mais la bientraitance également à l'égard des professionnels qui ont exprimé le sentiment d'une dégradation de leurs conditions de travail prédisposant à la non-qualité.

---

<sup>53</sup> Cinq groupes ont été constitués à partir de cinq thématiques la « politique d'établissement » ; « l'admission et des droits et libertés », « les soins et l'accompagnement », « réflexion et questionnement autour des situations complexes », « Bientraitance et lieu de vie ».

La promotion de la bientraitance constitue ainsi une des orientations majeures du projet d'établissement de l'EHPAD du CHF pour 2013-2018. Le plan d'actions qui en découle pour les 5 ans à venir est ainsi de mettre en place des organisations professionnelles qui permettent d'améliorer les conditions de travail et d'impulser une dynamique collective entre l'ensemble des professionnels (soignants, administratifs, personnels de nettoyage, cuisine, blanchisserie ...) afin que ceux-ci soient plus présents et disponibles auprès des résidents et améliorer ainsi la qualité de l'accompagnement proposé.

L'ensemble des différents projets constitutifs du Projet d'Etablissement : projet de vie, projet de soins, projet social etc. sont donc orientés vers cette finalité.

### **1. Les mesures envisagées pour améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail des agents de l'EHPAD du CHF.**

Le plan d'actions, formalisé en décembre 2013 à l'issue de l'évaluation interne contient une fiche action (fiche action n° 5 figurant en annexe) intitulé « *Echanges interprofessionnels et qualité de vie au travail* ».

Ont ainsi été retenus quatre objectifs à atteindre pour les cinq à venir :

- Renforcer la communication et les échanges interprofessionnels ;
- Favoriser une meilleure qualité de vie au travail ;
- Développer la coordination médicale ;
- Fidéliser les professionnels ;

Concernant le volet « *communication et échanges interprofessionnels* », deux actions ont été retenues : une première, déjà initiée en 2013, est relative à la mise en place d'actions de formation communes aux deux sites de Feurs et de Montbrison ; une seconde, amorcée cette année, consiste à développer un environnement favorisant les échanges et la communication entre les professionnels de l'EHPAD. Les modalités pratiques restent toutefois à préciser et seront discutées à l'occasion de groupes de travail spécifiquement dédiés. Plusieurs pistes sont toutefois d'ores et déjà envisagées comme notamment la mise en place de groupes de parole sur une thématique donnée ou bien encore la mise en place de réunions inter services à l'occasion de la réalisation d'un projet donné afin, par exemple, de pouvoir bénéficier de l'expérience acquise par d'autres services. Nous avons ainsi pu expérimenter cette approche à l'occasion de différents projets que nous avons pilotés durant notre stage, notamment la mise en œuvre du projet d'ouverture d'un Pôle d'Activités et de Soins adaptés sur le site de Feurs ainsi également que l'harmonisation des documents d'accueil des deux sites. A cette occasion, des rencontres ont eu lieu entre les professionnels des deux sites afin d'échanger et de tirer profit de l'expérience acquise ainsi que du savoir-faire de chacun. La démarche a été très concluante, d'une part, parce que cela a permis de valoriser

le travail réalisé et, d'autre part, de faire en sorte que celui-ci soit utile pour les autres ce qui génère des gains de temps et réduit le risque d'erreurs.

Concernant le volet : « *Favoriser une meilleure qualité de vie au travail* », trois actions ont été priorisées : une première action, que nous avons déjà évoquée en amont, a été de mettre en place un pool de remplacement constitué de 5 agents, des ASH exclusivement ayant déjà une expérience en gériatrie, afin de mieux gérer l'absentéisme inopinée qui génère une grande désorganisation des services ; une deuxième action a été de recentrer les organisations de travail sur les compétences métiers afin d'éviter les glissements de tâches que l'on constate actuellement : le projet « maitresse de maison » s'inscrit dans ce cadre est en cours de formalisation, à titre expérimental, au sein d'un service ; une troisième action va consister à proposer un accompagnement ou un soutien psychologique des professionnels, notamment par la mise en place plus systématique de groupes d'analyse de la pratique professionnelle animés par la psychologue du travail.

Concernant le volet : « *coordination médicale* », l'objectif est ici de renforcer le rôle du médecin coordonnateur qui intervient, depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014 sur le site de Feurs, ce qui n'était pas le cas auparavant eu égard à la spécificité de cet EHPAD au sein duquel n'interviennent aucun médecin libéral. Il s'agit également, dans un second temps, d'élargir le champ de la commission de coordination sur les deux sites.

Concernant, enfin, le volet : « *Fidélisation des professionnels* », l'objectif de la Direction est de mettre en place une politique de recrutement attractive et adaptée afin de réduire le taux de rotation de personnel (turn-over) très important dans certains services. A cette fin, la Direction souhaite privilégier des personnes expérimentées dans le secteur de la gériatrie ou qui sont porteuses d'un véritable projet professionnel dans ce secteur. A cet égard, il faut souligner que l'EHPAD du CHF, du fait de sa taille et de son rattachement à un Centre hospitalier, présente un niveau d'attractivité plutôt correct pour les professionnels du secteur (infirmiers, aides-soignants et ASH) compte-tenu des perspectives d'évolution professionnelle et des possibilités pour l'établissement de proposer des services et avantages à ses salariés que ne pourront pas proposer de petites structures. Par ailleurs, la Direction souhaite également améliorer ses conditions d'accueil des nouveaux professionnels au sein des services notamment par la mise en place d'un livret d'accueil ainsi que par la généralisation du tutorat.

## **2. Quelques données complémentaires et suggestions d'amélioration au vu des enquêtes et entretiens que nous avons réalisés auprès des professionnels de l'établissement**

Concernant l'amélioration des conditions d'accueil des nouveaux arrivants, les professionnels suggèrent que le nouvel agent bénéficie d'une doublure sur plusieurs jours lors de sa prise de poste et non sur une seule journée comme c'est le cas aujourd'hui. Cette possibilité a été évoquée avec l'encadrement mais les

organisations de travail telles que fonctionnant aujourd'hui ne semblent pas permettre la mise en place, au moins à court terme, d'une telle organisation trop gourmande en temps/agent.

La question des rythmes de travail est également souvent évoquée avec le souhait que ceux-ci soient davantage adaptés aux contraintes personnelles des agents. A cet égard, la solution prise par certains établissements d'impliquer davantage les personnels soignants dans l'élaboration des plannings serait peut-être une manière de les responsabiliser davantage aux contraintes institutionnelles tout en prenant en compte, de manière plus effective, leurs propres contraintes, l'objectif, à cet égard, étant de privilégier davantage l'autorégulation. On a pu effectivement constater que l'encadrement consacre une grande partie de son temps à gérer des problématiques de planning au détriment de son rôle essentiel de régulateur de pratiques professionnelles au sein de leur équipe ainsi que de porteur de projet.

Des services de trop grande taille ou éclatés sur plusieurs niveaux, comme nous pouvons le rencontrer à l'EHPAD du CHF, apparaissent comme un frein à une bonne organisation du travail et génèrent d'importantes pertes de temps pour les agents ainsi que de l'épuisement professionnel lié aux nombreux déplacements dans les couloirs ou entre les étages. Le médecin du travail de l'établissement avec lequel nous avons échangé a particulièrement insisté sur cet aspect qui est pour lui un facteur important de pénibilité au travail. Un projet de reconstruction du site de l'EHPAD de Montbrison a été réalisé mais sa mise en œuvre reste en attente, faute de financement. Cette même problématique des locaux se pose également pour le site de Feurs avec des locaux devenus inadaptés aux besoins de prise en charge des résidents.

Les aspects organisationnels, notamment en ce qui concerne en particulier la répartition des tâches entre les différents corps de métiers intervenant auprès des résidents, semblent devoir être impérativement clarifiés afin d'éviter les glissements de tâches et les désorganisations qui conduisent à une gestion au coup par coup. Face à l'accroissement de la charge en soins, le cloisonnement des tâches tel qu'il existe actuellement est sans doute à questionner notamment en ce qui concerne les tâches dévolues aux ASH ainsi que celles dévolues aux infirmières. Une réflexion est en cours à cet égard au niveau de l'établissement afin de permettre davantage de transversalité mais également de complémentarité entre les différentes catégories professionnelles au sein des services. Le projet « *maitresse de maison* » en cours d'expérimentation, que nous avons précédemment évoqué, en constitue un des aspects.

Le taux de rotation des équipes, particulièrement élevé, dans certains services est pénalisant pour le personnel qui a besoin de s'appuyer sur une véritable cohésion d'équipe difficile à mettre en place si les personnels sont changeants. A cet égard, comme nous l'avons évoqué ci-dessus, l'établissement souhaite s'engager dans une démarche de stabilisation des équipes en place et de fidélisation des agents. Plusieurs pistes peuvent être envisagées à cette fin.

L'octroi d'avantages sociaux, comme le financement de tout ou partie d'une assurance complémentaire santé ou la mise en place d'un système de prévoyance pour le salarié ainsi que le développement de services tels le co-voiturage, les crèches inter-entreprises mais également des prestations de repassages peuvent être des facteurs d'attractivité pour les salariés.

La réduction de la pénibilité des tâches par le recours à du matériel adapté facilitant les manutentions (par exemple, par l'installation de rails plafonniers), le développement d'échanges interprofessionnels intra et interservices mais également avec d'autres établissements, l'intervention d'un psychologue du travail à travers la mise en place plus systématique de groupes de paroles ou d'analyse de la pratique professionnelle sont déjà en projet au niveau de l'établissement.

La valorisation du travail des agents, la reconnaissance des compétences et qualités professionnelles à travers notamment l'aide à la réalisation d'un projet professionnel préalablement défini ainsi que l'implication plus importante des agents dans la vie institutionnelle sont des aspects qui nous apparaissent essentiels et à privilégier dans les années à venir. Nous avons, en effet, noté à l'issue de notre enquête auprès des professionnels de l'EHPAD que seulement 41 % des répondants estiment que leurs compétences sont mises en avant. Leur projet professionnel est en voie de réalisation pour seulement 32 % d'entre eux et ils sont seulement 39 % à estimer que leur travail satisfait à leurs besoins et attente en terme d'évolution professionnelle. Par ailleurs, en ce qui concerne leur sentiment d'appartenance à l'institution, seulement 15 % des répondants ont le sentiment d'appartenir à une institution qui diffuse une culture d'établissement et se revendique d'une véritable identité institutionnelle. Ils sont toutefois près des deux tiers à percevoir positivement leur implication dans la vie institutionnelle de l'établissement notamment par leur participation à des groupes de travail. Ils ont ainsi la possibilité d'être impliqué dans une démarche projet, ce qu'ils considèrent comme particulièrement pertinent et enrichissant.

## **II. Le projet d'établissement, une première étape nécessaire mais non suffisante pour promouvoir une démarche institutionnelle de la bientraitance**

Le projet d'établissement dont l'écriture s'est achevée au cours du premier trimestre 2014 constitue désormais un document de référence à destination de la Direction, des professionnels, des usagers et des partenaires extérieurs.

Il constitue un outil de travail précieux pour les professionnels qui vont devoir désormais s'en saisir pleinement. Mais, ce plan d'actions est très ambitieux alors même que certaines restructurations de fond ne pourront être engagées. Un des écueils serait la dispersion et le découragement des professionnels avec le

risque que ceux-ci se sentent sur-sollicités alors même que l'année 2013, ainsi que 2014, ont été particulièrement chargés, non seulement dans le contexte institutionnel de la fusion mais également avec les échéances nombreuses qui ont rythmé ces deux années.

La Direction devra donc veiller, à notre sens, à bien mettre en cohérence les différents projets afin que leur articulation soit parfaitement compréhensible pour tous (A). Par ailleurs, le projet d'établissement ne constitue pas une fin en soi mais seulement le point de départ pour la diffusion d'une nouvelle dynamique d'établissement axée autour de la promotion de la bientraitance. Cette démarche initiée par le projet d'établissement doit désormais se poursuivre, à notre sens, par le recours à un outil spécifique d'aide au déploiement de la bientraitance (B).

### **A. Le projet d'établissement, un document de référence pour les professionnels qu'ils vont désormais devoir s'approprier.**

Nous avons pu mesurer combien l'écriture d'un nouveau projet d'établissement constitue une étape importante pour un établissement, en particulier dans le contexte particulier de l'EHPAD du CHF dont l'existence est récente et dont l'identité institutionnelle reste à construire entre des professionnels qui doivent désormais apprendre à travailler ensemble. C'est un travail de longue haleine qui a mobilisé la Direction, l'encadrement mais également l'ensemble des agents de l'EHPAD tout au long de l'année 2013. Le choix de recourir à l'aide d'un consultant nous a semblé tout à fait pertinent en ce que la démarche participative voulue par la Direction a été rendue possible grâce aux groupes de travail qui ont été formés et qui ont travaillé en dehors de la présence de la Direction, libérant ainsi davantage la parole des agents.

Les réunions de restitutions auxquelles nous avons pu assister ainsi que les synthèses réalisées par le consultant ont permis de disposer d'un matériau riche et très complémentaire du diagnostic réalisé à l'issue de l'évaluation interne.

La rédaction du projet d'établissement a pris plusieurs mois et s'est achevée approximativement vers la mi-mars. A ce stade, certaines actions avaient déjà été engagées et ce, dès l'année 2013, dans la foulée de l'évaluation interne. Il importait désormais à la Direction de présenter aux professionnels les grandes orientations du projet d'établissement. En effet, bien qu'ayant participé à la démarche et eu également connaissance des résultats de l'évaluation interne, les professionnels ne disposaient pas d'une vision globale leur permettant de saisir les grandes orientations à venir. Il est apparu essentiel à la Direction de réfléchir à une stratégie de communication autour du projet d'établissement afin que les professionnels se l'approprient mais également qu'ils comprennent la finalité et l'articulation des actions déjà entreprises ainsi que celles à venir.

### **1. Présentation des modalités de communication interne autour du projet d'établissement.**

Une des difficultés a été que le projet d'établissement a constitué, dans sa version finalisée, un volumineux document de près de quatre-vingt pages, en définitive, difficilement accessible, par sa longueur, pour des professionnels. Nous avons opté alors pour la réalisation d'un abrégé qui a l'avantage de présenter les grandes lignes du projet d'établissement de manière plus synthétique. La version finalisée de cet abrégé a été d'une vingtaine de pages. Nous avons d'ailleurs pu mesurer à quel point l'exercice était difficile mais pertinent car obligeant à aller à l'essentiel, ce qui est impératif quand on s'adresse à des professionnels.

Le Directeur de l'EHPAD a souhaité attendre la validation du projet d'établissement par les instances et notamment le Conseil de Surveillance programmé début juillet 2014 pour présenter officiellement celui-ci. Sur la forme, le Directeur est attaché à procéder une fois par an à une réunion institutionnelle sur chaque site qui a vocation à réunir l'ensemble des professionnels. En 2013, nous avons pu assister à cette réunion qui a rassemblé une très grande majorité du personnel, preuve de son succès, et qui a permis à la Direction d'exposer l'état d'avancement des différents projets en cours et les perspectives à venir. Nous avons pu constater que ces réunions sont très prisées des agents et permettent de désamorcer certaines rumeurs ou désinformations. Il est probable que cette formule va être réitérée cette année pour communiquer avec l'ensemble du personnel sur le contenu du projet d'établissement. Il est également envisagé par le Directeur de diffuser ce projet (ou tout au moins sa version abrégée) dans les services afin que celui-ci soit consultable par tous et à tout moment. A l'heure où nous achevons ce travail, le Directeur adjoint en charge de l'EHPAD nous a transmis le dernier numéro du journal interne de l'établissement « *Bref Clin d'œil* » du 3<sup>ème</sup> trimestre qui contient une présentation du Projet d'établissement de l'EHPAD, pourtant extrêmement dense et volumineux, de manière très lisible, synthétique et accessible pour les professionnels. Le recours à une infographie contribue tout particulièrement à cette lisibilité et constitue, à mon sens, un outil tout à fait pertinent de communication car il permet de faire passer un message de manière simple et accessible pour tous.

Cette communication nous paraît effectivement essentielle et très attendue des professionnels lorsque nous avons échangé avec eux sur cette question notamment à l'occasion de la présentation de notre travail de mémoire. Nous avons, en effet, pu constater que les professionnels et l'encadrement pouvaient ressentir parfois un certain essoufflement et le sentiment d'une hyper-sollicitation dont ils ne comprennent pas toujours le sens ni la portée concrète.

### **2. L'importance d'une mise en cohérence des actions ainsi que leur articulation pour les cinq ans à venir.**

Nous avons pu constater, à travers nos échanges avec les professionnels et les cadres notamment, que différents projets étaient initiés au niveau de l'Etablissement impliquant de leur part un très fort

investissement. Nous avons toutefois pu également remarquer que l'articulation entre ces différents projets n'était pas toujours explicitée voire même pensée par la Direction notamment en ce qui concerne les projets initiés à l'échelle du Centre Hospitalier et ceux mis en œuvre au niveau de l'EHPAD alors même que, pour un certain nombre d'entre eux, les thématiques sont proches. A titre d'exemple, le projet de soins de l'EHPAD s'inscrit pour partie dans le prolongement et la complémentarité du projet de soins institutionnel, c'est-à-dire à l'échelle du Centre hospitalier. Plusieurs orientations communes sont ainsi déclinées à ces deux niveaux et devront être mises en œuvre autour de groupes de travail qui puissent intégrer ces deux dimensions. On peut citer ainsi les thématiques du projet de soins qui concernent l'évaluation de la douleur et sa prise en charge, l'incontinence ou bien encore, la prévention des escarres. Un manque de coordination, à ce niveau, pourrait être la source de tension entre les différentes directions et occasionné pour les professionnels et l'encadrement principalement, le sentiment de devoir multiplier les groupes de travail et s'investir dans de multiples projets, parfois redondants et dont la mise en perspective ne serait pas toujours clairement explicitée. De notre point de vue, une prudence particulière s'impose à cet égard afin que les uns et les autres ne se sentent pas « noyés » sous des projets qui se juxtaposent et mobilisent une grande partie de leur temps. Il nous semble important, en tant que Directeur, de s'attacher à une mise en cohérence des actions entreprises dans un souci d'efficience et d'optimisation du travail réalisé dans les groupes de travail afin que ceux-ci ne se multiplient pas au détriment du temps consacré au cœur de métier. De même, le projet d'établissement ainsi que le plan d'actions qui l'accompagne s'étale sur cinq ans. Un travail de priorisation est nécessaire afin d'échelonner les actions entreprises sur le court, moyen et long terme. C'est également un travail prospectif difficile à réaliser pour un Directeur d'autant plus qu'il va nécessiter des ajustements permanents afin de s'adapter au contexte institutionnel par lui-même fluctuant.

L'ambition de la Direction de l'EHPAD du CHF pour les cinq à venir est d'insuffler une véritable dynamique de la bientraitance telle que nous l'avons définie à l'occasion de la deuxième partie de ce travail. C'est à notre sens une démarche qui doit être accompagnée sur le long terme et qui devra s'appuyer sur une redéfinition progressive des organisations de travail et de la place de chacun au sein de l'institution ainsi que sur un outil spécifique d'aide au déploiement de la bientraitance.

### **B. Une démarche qui doit être accompagnée sur le long terme visant à redéfinir la place de chacun au sein de l'institution et qui doit s'appuyer sur un outil spécifique d'aide au déploiement de la bientraitance**

L'ANESM recommande que la bientraitance soit, en effet, une dynamique d'exigence collective qui, en tant que telle soit reçue, par chaque structure de manière singulière selon ses spécificités et ses missions<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> ANESM, « *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, la bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre* », juin 2008, p. 10.

Ainsi que nous l'avons montrée précédemment, à l'occasion de la seconde partie de nos développements, la promotion de la bientraitance repose sur une véritable dynamique d'établissement. Elle impose, selon nous, un changement important sur la place donnée à chacun dans l'institution en rupture avec des organisations de travail en « tuyaux d'orgue » et hiérarchisées.

### **1. Redéfinir la place de chacun au travail de manière à renforcer ou à susciter un sentiment d'autonomie.**

La promotion de la bientraitance suppose de réfléchir à un nouveau modèle de la relation de travail en rupture avec le modèle traditionnel hiérarchique dans le cadre duquel l'agent n'est considéré que comme un exécutant qui ne participe pas à définir ni son organisation de travail ni le contenu des tâches qu'il va devoir réaliser. Il va s'agir également de rompre avec des modèles d'organisation de travail très cloisonnés où chaque agent réalise ses tâches sans véritable interaction ni concertation avec ses collègues de travail.

Ce nouveau modèle de la relation de travail repose sur un engagement fort de la Direction, relayée, à chaque niveau par l'encadrement et qui va consister à diffuser une nouvelle forme de management plus respectueux des personnes et de leur autonomie afin d'inciter à une certaine forme d'autorégulation au sein des services. Dans ce modèle, chaque agent doit pouvoir définir pour lui-même, dans le respect du cadre général préétabli (et à la définition duquel il aura pu être associé), son propre cadre de travail (modalités de travail, horaires contenu des tâches à réaliser, définition des objectifs à atteindre et des points à améliorer dans sa pratique professionnelle etc.) en concertation avec l'encadrement.

Ce nouveau modèle implique pour chacun d'intégrer progressivement de nouvelles postures professionnelles et doit être initié par l'encadrement. Il correspond d'ailleurs au nouveau système en matière d'évaluation des agents qui abandonne le système des notations pour une appréciation plus qualitative du travail réalisé par l'agent. Le travail réalisé sera, en effet, désormais apprécié au regard de la satisfaction des objectifs fixés l'année précédente. L'encadrement va ainsi voir son rôle progressivement se réorienter vers le management d'équipe davantage que celui des organisations.

L'implication de chacun dans le fonctionnement institutionnel paraît être un aspect incontournable de la stratégie de diffusion d'une culture de la bientraitance managériale. L'objectif est de faire en sorte que chacun, à côté des tâches spécifiquement liées à ses fonctions au sein de l'institution, participe pleinement à la vie institutionnelle ou du service et prenne ainsi la responsabilité d'un ou de plusieurs aspects du fonctionnement institutionnel. La mise en place de référents dans les équipes sur tel ou tel aspect ayant trait aux organisations de travail (gestion des plannings, répartition des tâches entre les agents etc.), à la gestion du matériel, des consommables, à la bientraitance vis-à-vis des usagers, à certaines pratiques

spécifiques (par exemple, la mise en œuvre des soins palliatifs ou bien encore la gestion des troubles du comportement chez la personne âgée notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la gestion de la délivrance des médicaments etc.). Il s'agit ici d'octroyer à chacun un champ de responsabilité, soit à l'échelle institutionnelle, soit à l'échelle du service, selon ses propres capacités et souhaits, et en étroite relation avec l'encadrement qui va devoir intégrer un nouveau mode de gestion par délégation. L'intérêt est double : pour l'agent, cette mise en responsabilité est une source de valorisation et une motivation professionnelle ainsi qu'une manière de s'impliquer et de se responsabiliser davantage face aux contraintes institutionnelles ; pour l'institution, la gestion de tous ses aspects organisationnels représentent, à l'heure actuelle, une part très importante des fonctions dévolues aux cadres alors même qu'ils sont de plus en plus sollicités à s'investir dans la mise en œuvre des projets institutionnels. Il est donc essentiel pour eux de se recentrer sur le management d'équipe et la gestion des personnes à travers notamment un rôle actif à jouer dans la construction des parcours et des projets professionnels des agents dont ils sont très proches.

## **2. *Soutenir la démarche par le déploiement d'un outil spécifique d'aide au déploiement de la bientraitance ou comment savoir définir au quotidien le « juste soin » et la « qualité de l'accompagnement » pour chaque résident***

A ce stade, la Direction s'est interrogée sur la meilleure manière de soutenir au mieux la démarche et de mettre en cohérence les actions, retenues dans le projet, pour l'essentiel, axées autour de la promotion de la bientraitance. La mise en place d'un comité de suivi du plan d'actions va ainsi être instituée. Il prendra la suite du comité de pilotage mis en place pour le suivi de l'évaluation interne. Par ailleurs, une réflexion est en cours pour la mise en place d'un Comité de la bientraitance au niveau de l'EHPAD qui serait en charge du suivi et du développement d'une politique de la bientraitance basée sur une réflexion éthique dans le prolongement de celle initiée par le Comité d'Éthique institué à l'échelle du Centre Hospitalier. Le rôle de ce Comité de la bientraitance serait d'une part, d'identifier d'éventuelles situations de maltraitance au sein de l'Établissement, d'autre part, de mettre en place des mesures préventives et de proposer un schéma d'actions aux professionnels qui seraient témoins de situations de maltraitance. La démarche est délicate car on a pu constater une grande réticence des agents à agir pour dénoncer des faits pouvant s'apparenter à de la maltraitance ou qui seraient non conformes à une certaine éthique professionnelle, faute de cadre préétabli sur lequel s'appuyer.

L'une des priorités de ce comité de la bientraitance sera sans doute d'élaborer une procédure de *Prévention du risque de maltraitance des personnes âgées en EHPAD*. Il s'agira tout d'abord de sensibiliser les agents aux différentes situations de maltraitance auxquelles ils peuvent être confrontés dans leur pratique quotidienne et aux glissements qui peuvent se produire parfois inconsciemment. Il s'agit donc pour eux de connaître les différents types de maltraitance, de disposer des moyens pour repérer toute situation à

risque dans la prise en charge d'un résident que ce soit par les professionnels, la famille, les bénévoles ou même d'autres résidents ; enfin et surtout, de savoir reconnaître les signes d'un comportement inadapté pouvant s'apparenter à de la maltraitance. La mise en place de cette procédure irait dans le sens des directives du Ministère des affaires sociales et de la santé dans une circulaire n° DGCS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 *relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence des ARS.*

L'autre champ d'intervention de ce Comité de la bientraitance sera également de promouvoir une dynamique institutionnelle axée autour de la bientraitance. Pour cela, il semblerait pertinent que ce Comité puisse s'appuyer sur un outil spécifique d'aide et d'accompagnement au déploiement de la promotion de la bientraitance. Une première étape va consister à faire le bilan des outils existants afin de choisir l'outil le plus adapté au contexte de l'établissement.

Nous avons repéré à l'occasion de ce travail plusieurs outils pouvant servir de support à la promotion d'une démarche de bientraitance en EHPAD. L'ANESM a élaboré, en 2010, un tableau d'indicateurs à suivre annuellement intitulé « Bientraitances des personnes âgées accueillies en établissement ». Elle a également élaboré plusieurs recommandations axées sur la qualité de vie des résidents en EHPAD. En janvier 2012, l'ANESM a sorti une nouvelle recommandation intitulée « Bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » qui constitue à cet égard un document de référence. Quant aux outils spécifiques d'aide au déploiement de la bientraitance, on peut citer, par exemple, l'outil MOBQUAL, programme de Mobilisation pour l'amélioration de la Qualité des pratiques professionnelles<sup>55</sup> initié dans le cadre du plan douleur 2006-2010 et des mesures en faveur de la bientraitance des personnes âgées en établissement. Ce programme est porté par la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG) et soutenu par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La Haute Autorité de Santé (HAS) en partenariat avec la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé (FORAP) a également édité un guide, en mai 2012, pour le déploiement de la bientraitance à destination des professionnels de santé en EHPAD<sup>56</sup>. Ce guide s'accompagne de différents outils opérationnels : outils d'évaluation, tableau de bord permettant l'élaboration d'une cartographie des risques, des outils spécifiques d'animation d'équipe autour de la bientraitance, un cahier des charges, aide à la décision pour le choix de formations et charte de la bientraitance. Parallèlement à ces guides pratiques édités par des organismes publics, plusieurs associations ont axé leur champ d'actions autour de cette thématique revendiquant ainsi une certaine philosophie du prendre soin : nous avons pu ainsi assister, lors de notre stage, à une présentation de l'association Asshumevie qui déploie la philosophie de l'Humanitude®

---

<sup>55</sup> [www.mobiquial.org/](http://www.mobiquial.org/)

<sup>56</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bientraitance](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1323996/fr/le-deploiement-de-la-bientraitance)

initiée par Geneste et Marescotti<sup>57</sup>. Un label « Humanitude® » a été créé pour les établissements qui s'inscrivent dans la démarche et satisfont à 300 critères d'évaluation élaborés, notamment, sur la base des exigences légales et réglementaires et notamment des lois de 2002 et de 2005. D'autres philosophies du « prendre soin », proche de l'Humanitude existent également : la méthode de la Validation® de Naomi Feil<sup>58</sup> en est également une. Parmi cette pléthore d'outils, l'Etablissement va devoir faire le choix de celui qui va lui sembler le plus pertinent à cette fin. Un cahier des charges devra être élaboré pour finaliser ce choix.

L'Etablissement pourra également utilement s'appuyer sur l'expérience d'autres établissements comme celle par exemple du Centre Hospitalier d'Angoulême auquel sont rattachés cinq établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'Etablissement a initié, en 2008, à la demande de l'Agence Régionale de Santé, une démarche de promotion de la bientraitance et a procédé, à cette fin, à la désignation d'un référent bientraitance administratif et d'un référent paramédical sur le pôle médico-social. Ce binôme formé a favorisé la coordination des actions déployées autour de la bientraitance<sup>59</sup>.

## Conclusion

A l'heure de conclure cette réflexion, nous souhaitons souligner l'importance du facteur humain dans la gestion de nos institutions. Sans tomber dans l'angélisme, la bientraitance managériale consiste à rechercher le bien-être et l'épanouissement professionnel des salariés par l'amélioration de leurs conditions de travail, la formation et la prévention des risques professionnels. Cependant, la satisfaction des intérêts individuels et collectifs des salariés n'est pas une fin en soi. La préoccupation première de tout manager est avant tout celle d'offrir un accompagnement de qualité ainsi que d'assurer la sécurité et la continuité des soins. Certaines revendications ou attentes des salariés peuvent ainsi tout à fait ne pas être en adéquation avec cette finalité, voire être en contradiction avec elle. Il est alors du devoir du Directeur de trouver le juste équilibre et de savoir parfois s'opposer à des exigences salariales manifestement incompatibles avec l'intérêt des résidents. La bientraitance managériale est et doit rester un levier de performance, autrement dit un moyen mis en œuvre au service de la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Nous terminerons pour finir avec des propos de Roland JANVIER dans son ouvrage, *Ethique de Direction en institution sociale et médico-sociale*, pour qui la bientraitance managériale permet, dans ses effets, de rejoindre la chaîne vertueuse des bienveillances des uns sur les autres.

*Bien veiller les uns sur les autres, c'est développer le travail en équipe indispensable à la réussite de tout projet.*

---

<sup>57</sup> [www.igm-formation.net/](http://www.igm-formation.net/)

<sup>58</sup> <http://vfvalidation.fr/naomi-feil/la-methode-de-validation-de-naomi-feil/>

<sup>59</sup> Pour plus d'information sur cette démarche initiée à Angoulême, nous renvoyons à la lecture de l'article « Promouvoir une culture de la bientraitance en EHPAD » de Martine Mikolajczak, Directrice des soins, et Corinne Gabillaud, cadre de santé publié dans la revue soins gériatrie n° 106 – mars /avril 2014, p.13.

*Bien veiller les uns pour les autres, c'est porter la qualité des relations humaines au premier rang des préoccupations.*

*Bien veiller les uns avec les autres, c'est affirmer qu'ensemble les acteurs peuvent faire plus et mieux que chacun dans son coin.*

*Bien veiller les uns et les autres, c'est prendre les moyens d'être suffisamment bien collectivement pour concentrer les attentions sur ceux dont les professionnels ont « à prendre soin ».*

Mieux être au travail pour mieux « prendre soin » : c'est bien là que se situe toute l'ambition d'un management par la bientraitance. Du côté de la relation « soignant- soigné » ou « aidant-aidé », il paraît également important de soutenir les agents en les sensibilisant à cette question de la bientraitance qui, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ne va pas nécessairement de soi.

### Textes législatifs et réglementaires de références

#### → *Sur les risques professionnels*

- ✓ **Directive cadre européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989**
- ✓ **Loi n° 91-1414** du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de la Directive européenne relative à la santé et à la sécurité au travail
- ✓ **Ordonnance n° 2001-175** du 22 février 2001 relative à la transposition de la directive cadre européenne 89/391/CEE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre des mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail
- ✓ **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.
- ✓ **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.
- ✓ **Loi n° 2012-954** du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel, JORF, n° 0182 du 7 août 2012, p. 1291.
- ✓ **Circulaire CRIM 2012-15 / E8 du 7 août 2012** de la Garde des Sceaux, ministre de la justice
- ✓ **Circulaire DGT 2012/14 du 12 novembre 2012** du directeur général du travail relative au harcèlement et à l'application de la loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel.
- ✓ **Circulaire n° SE1 2014-1 du 4 mars 2014** relative à la lutte contre le harcèlement moral dans la fonction publique

#### → *Sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle*

- ✓ **Accord national interprofessionnel du 1<sup>er</sup> mars 2004** sur la mixité et l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes ;
- ✓ **Accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008** sur le stress au travail
- ✓ **Accord national interprofessionnel du 26 mars 2010** sur la prévention du harcèlement moral et de la violence au travail ;
- ✓ **Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013** vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle ;

- ✓ **Arrêté du 15 avril 2014** portant extension d'un accord national interprofessionnel vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle

→ **Sur la qualité de la prise en charge et le droit des usagers etc.**

- ✓ **Loi n°2002-2** du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- ✓ **Loi n° 2002-303** du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ✓ **Circulaire n° 2002-280** du 3 mai 2002 de la secrétaire d'Etat aux personnes âgées relative à la prévention et à la lutte contre la maltraitance envers les adultes vulnérables et notamment les personnes âgées, (BO n° 2002-21).
- ✓ **Plan de développement de la bientraitance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance** : instruction ministérielle/2A/2007/112 du 22 mars 2007, (BO n° 2007-4 et circulaire DGAS/2A n° 2008-316 du 15 octobre 2008 relative au renforcement des missions d'inspection et de contrôle au titre de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées ; circulaire n° DGS/SD2A/2014/58 du 20 février 2014 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance des personnes âgées et des personnes handicapées dans les ESSMS.
- ✓ **Loi n° 2009-879** du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, n° 0167 du 28 juillet 2009.

## **Ouvrages et manuels (classement par ordre inversement chronologique de parution)**

- **Roland JANVIER**, *Manuel de Direction en action sociale et Médico-sociale*, Editions DUNOD, 2014, 512 p.
- **Michel LEFEBVRE**, *Dynamique de la bientraitance*, ADICE-Editions, 2013, 171 p.
- **Liliane POITRINE**, *Guide de la bientraitance*, Editions BERGER-LEVRAULT, octobre 2011, 335 p.
- **Christian PEROZ**, *la démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social*, Seli Arslan, 2011, 154 p.
- **Marie DESPLAIS, Florence PINAUD**, *Manager la génération Y, Travailler avec les 20-30 ans*, Editions DUNOD, 2011, 224 p.
- **Roland JANVIER**, *Ethique de Direction en institution sociale et médico-sociale*, ESF éditeur, collection *Actions sociales*, 2011, 128 p.
- **Jean-Jacques DUPEYROUX, Michel BORGETTO, Robert LAFORE**, *Droit de la sécurité sociale*, 17<sup>ème</sup> édition, Edition Dalloz, 2011, 1251 p.

- **Bruno LAPRIE, Brice MINANA**, *Engager une politique de bientraitance*, esf éditeur, collection politiques sociale, 2010, 152 p.
- **Jean-Jacques AYMIOT**, (dir), *Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées*, Paris, Paris, Editions DUNOD, 2010.
- **Roland JANVIER**, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Paris Ed. DUNOD, 2009, 224 p.
- **Jean-René LOUBAT**, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Ed. DUNOD, juin 2006, 392 p.
- **Emmanuel KANT**, *Critique de la raison pure*, Paris, PUF, 2001.
- **Jérémy RIFKIN**, *La fin du travail*, Edition La découverte, 1997, 476 p.
- **Hans JONAS**, *Pour une éthique du futur*, Paris, rivages 1998.
- **Edgar MORIN**, *La complexité humaine*, Paris Flammarion 1994.
- **Emmanuel KANT**, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, livre de poche, les classiques de la philosophie, 1993, 256 p.
- **Jürgen HABERMAS**, *De l'Éthique de la discussion*, Paris, Flammarion coll. « champs », 1992.
- **Paul RICOEUR**, *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.
- **Edgar MORIN**, *L'homme et la mort*, Points coll. sciences humaines 1976.
- **ARISTOTE**, *Éthique à Nicomaque*, Paris, Vrin, 1987.
- **Max WEBER**, *Le savant et le politique*, Paris 10/18 1963

## **Rapports, guides et recommandations** (classement par ordre inversement chronologique de parution)

- **CHORUM-CIDES**, « *Piloter la prévention des risques professionnels en EHPAD*, guide méthodologique, juin 2014.
- **HAS/ANACT** « *Qualité de vie au travail, qualité des soins pour un croisement des points de vue* », oct. 2013.
- **Luc BROUSSY**, « *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population – France année zéro* », mars 2013.
- **DGT**, *Ministère du travail, Bilan des conditions de travail 2012*, 430 p.
- *Guide « les démarches de prévention en EHPAD » de l'analyse des situations de travail, facteurs de TMS et RPS, au plan d'actions*, Juin 2012, 32 p.
- **ANESM**, « *Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* », janvier 2012.

- **Michel GOLLAC, Marceline GODIER**, « Mesurer les facteurs de risques psycho-sociaux au travail pour mieux les maîtriser », *Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psycho-sociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé ; rapport avril 2011.*
- **ANESM**, « Mission du responsable d'établissement et le rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance en institution », décembre 2008.
- **ANESM**, « Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, la bientraitance, définition et repères pour la mise en œuvre », juin 2008.
- **Michel LAROQUE (sous la présidence de)**, « la rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles », rapport n° 2004 032 remis à M. FILLON, Ministre des affaires sociales et du travail et de la solidarité par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail, sous la présidence de M. Michel LAROQUE, Inspecteur général des affaires sociales, mars 2004.
- **Comité de pilotage de « l'opération pouponnières »**. *L'enfant en pouponnière et ses parents. Conditions et propositions pour une étape constructive. Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La documentation française, 1997.*

## **Articles, mémoires et études (classement par ordre inversement chronologique de parution)**

- **ANACT**, *Travail et changement, la conciliation des temps, une question à plusieurs dimensions*, n° 355 mai/juin 2014.
- **Martine Mikolajczak et Corinne Gabillaud**, « Promouvoir une culture de la bientraitance en EHPAD », *Revue Soins gérontologie – n° 106 – mars/avril 2014*, p. 13.
- **Collectif**, « Pour une bientraitance faut-il repenser le soin », *Fond national de gérontologie, revue gérontologie et société*, 2010 n°133.
- **Florence CHAPPERT, Patricia Thierry** *Photographie statistique des accidents du travail, de trajet et des maladies professionnelles en France selon le sexe 2001 et 2012*, avril 2014, 11 p.
- **Philippe DOUILLET**, *Prévenir les risques psycho-sociaux, outils et méthodes pour réguler le travail*, ANACT, 2013 160 p.
- **Nadia RAHOU**, *La qualité des services à la personne, le travail au cœur de l'innovation organisationnelle*, ANACT 2013.
- **Institut de Formation de l'environnement (IFORE)**, *le bien être par le travail une utopie ? Comment concilier performance et plaisir autour de nos manières de travailler ensemble ?*, actes de la Conférence organisée le 19 mars 2013, 70 p.

- *European Trade Union Institute (ETUI), Métiers et vieillissement au travail, une analyse des résultats de l'enquête européenne sur les conditions de travail, novembre 2012.*
- *Etude des conditions de travail des salariés en EHPAD et long séjour, évaluation des facteurs organisationnels et psycho-sociaux, Etude réalisée par les services interentreprises de santé au travail de Metz et Thionville, septembre 2011.*
- *Claire COMPAGNON, Véronique GHADI, « La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé », Haute autorité de Santé, Etude sur la base de témoignages, 2009.*
- *Isabelle ROGEZ, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention, ARACT Nord pas de Calais, sept. 2009.*
- *ANACT, Prévenir le stress et les risques psycho-sociaux au travail, Etudes et documents, octobre 2008, 107 p.*
- *Eliane CORBET, « Pour une prévention des violences et maltraitance institutionnelles » ou pour la « promotion de la bientraitance » : que signifient ces glissements sémantiques ? », dossier CREAL Rhône-Alpes, n 134, juin 2004, pp.14-19.*
- *Jean-François CARLOT, « L'indemnisation des salariés victimes d'un accident du travail », revue Droit, Déontologie et Soins n° 7 (2007), p. 477-496.*

### **Quelques sites internet consultés :**

[www.travailler-mieux.gouv.fr](http://www.travailler-mieux.gouv.fr)

[www.travailleursanté.fr](http://www.travailleursanté.fr)

[www.anact.fr](http://www.anact.fr)

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

[www.anesm.fr](http://www.anesm.fr)

[www.chorum-cides.fr](http://www.chorum-cides.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe n° 1 : Flyer de présentation enquêtes « bientraitance et qualité de vie au travail »**

**Annexe n° 2 : Résultats des enquêtes et synthèses**

**Annexe n° 3 : Modèle guide d'entretien**

## **Annexe 1 : Flyer de présentation enquêtes « bientraitance et qualité de vie au travail »**

---



## ENQUETES « BIENTRAITANCE ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL »

*«Se réunir est un début; rester ensemble est un progrès; travailler ensemble est la réussite» Henry Ford*

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Future Directrice d'Établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS) actuellement en formation au Centre Hospitalier du Forez, je viens vers vous dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'études professionnelles. Ma préoccupation, dans le cadre de ce mémoire, est celle de l'**amélioration du bien-être des professionnels et des résidents en EHPAD**.

Ces enquêtes s'adressent à l'ensemble des professionnels soignants et non soignants du CHF ainsi qu'aux futurs professionnels actuellement en formation à l'IFSI/IFAS. Les personnels ayant à l'occasion de leurs fonctions des contacts directs avec les résidents et/ou patients ainsi que leur entourage sont davantage concernés mais tout un chacun peut y répondre s'il le souhaite !

**Répondre à l'enquête qui vous concerne ne prendra que quelques minutes** de votre temps et il s'agira d'une contribution précieuse à ce travail dont je souhaite qu'il puisse apporter des pistes d'amélioration concrètes à la qualité de vie au sein de l'établissement tant pour les résidents que pour vous professionnel.

Je vous en remercie vivement par avance.

Corinne BALAJAS  
Directrice stagiaire

## **VOICI LA MARCHE A SUIVRE. Elle est simple et ludique !**

**Etape 1 :** Se connecter à internet à partir de n'importe quel ordinateur (au travail, à la maison etc.) relié à une connexion internet.

**Etape 2 :** Saisir l'adresse suivante dans la barre en haut (attention ! ne pas utiliser de moteur de recherche car cette page WEB n'est pas référencé mais saisir directement l'adresse dans la barre d'adresse)

**<http://chfpro.wordpress.com/>**

**Etape 3 :** Vous trouverez sur la page d'accueil 4 enquêtes.

- Deux à destination des professionnels de l'EHPAD
- Une à destination des professionnels de l'Etablissement (hors EHPAD)
- Une à destination des Élèves infirmiers et des Élèves AS de l'IFSI/IFAS

Il vous appartient désormais de vous rendre vers le ou les liens qui vous concernent et c'est à vous de jouer !

### **IMPORTANT :**

Les réponses sont **totalemment anonymes** afin de vous permettre de vous exprimer librement.

N'oubliez pas de cliquer sur l'onglet « renvoyer le formulaire » une fois que vous avez terminé.

Merci de ne répondre enfin qu'une seule fois pour chaque questionnaire

*Vous pouvez aussi scanner le QRcode :*



## Annexe 2 : Résultats des enquêtes et synthèses

---

**ENQUETES 1 et 2 :**  
**« Professionnels EHPAD »**

# Analyse des enquêtes professionnelles EHPAD CHF (avril 2014) – VOLET 1

---

## Analyse du taux de réponse

41 réponses (soignants uniquement) pour un effectif d'environ 200 agents, soit un taux de réponse d'un peu plus de 20 %.

## Analyse du profil des répondants

98 % de répondant sont des femmes ; répartition homogène par classe d'âge jusqu'à 60 ans.

80 % des répondants vivent en couple ; environ 60 % ont un ou plusieurs enfants à charge.

Le nombre de réponses pour chaque site en rapport avec les effectifs apparaît supérieur pour Montbrison (68 % pour Montbrison 38 % pour Feurs) avec des effectifs d'une centaine de soignants de part et d'autre (97 pour Feurs, 105 pour Montbrison) selon le rapport d'activité 2013.

Les trois quarts des agents ayant répondu à l'enquête ont plus de deux ans d'ancienneté et 61 % sont des titulaires. Ce taux correspond à peu près au pourcentage de titulaires AS sur les deux sites. En revanche, à Montbrison, il n'est pas en rapport avec le nombre d'ASH titulaires qui sont en minorité (seulement 27 % de titulaires dans cette catégorie). Ceci est conforté par le fait que nous avons une majorité de réponses (64 %) chez les AS contre 18 % des réponses pour les infirmières ainsi que pour les ASH. Cette proportion correspond approximativement à la répartition des effectifs par catégorie professionnelle au sein de l'EHPAD avec toutefois un taux de réponse de la part des ASH qui révèle malgré tout une légère sous-représentation par rapport aux autres catégories professionnelles.

90 % des répondants ont un temps de travail à 80 % et plus (dont 74 % à temps plein). Compte tenu de la répartition titulaire/non-titulaire au sein des effectifs soignants, il existe probablement une sous-représentation des réponses parmi les agents à temps partiel.

## CHOIX D'AFFECTATION ET PERSPECTIVE DE CARRIERE

85 % des répondants indiquent que leur affectation en EHPAD résulte d'un choix délibéré de leur part et pour la plupart (60 %), il s'agit d'un choix d'affectation sur le long terme (+ de 10 ans). On note également malgré tout que 60 % environ des répondants sont plutôt favorables à la mobilité professionnelle (au sens d'un changement de service sur un même site) mais pas entre les deux sites (seulement 15 %). 46 % seraient d'accord pour des alternances interservices Hôpital/EHPAD. 42 % des répondants se projettent pour les trois ans à venir comme travaillant dans le même établissement (dont 25 % au même poste).

## ACCUEIL ET INTEGRATION DANS LE SERVICE

68 % des répondants indiquent avoir été accueilli par leur responsable ; une très grande majorité (90 %), parmi les répondants, s'estime satisfait de l'accueil qui leur a été réservé dans le service. 96% s'estiment avoir été soutenu et aidé par leurs collègues de travail. 74 % estiment avoir reçu toute l'information nécessaire.

## RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE /VALORISATION DES COMPETENCES

80 % des répondants estiment avoir la possibilité de mettre à profit leurs compétences acquises dans leurs fonctions ; 73 % estiment être en situation de pouvoir développer de nouvelles compétences dans le cadre de leur travail ; 85 % estiment avoir la possibilité de prendre des initiatives dans le cadre de leur travail et de pouvoir donner leur avis. 93 % disent avoir le sentiment de se sentir utile, mais **41 % seulement des répondants estiment que leurs compétences sont mises en avant et seulement 32 % que leur projet professionnel est en voie de réalisation.**

## SENTIMENT D'AUTONOMIE /RAPPORT AVEC LA HIERARCHIE

88% estiment que leur travail leur permet d'être autonomes. 59 % des répondants ont le sentiment d'être soutenu, aidé et écouté par leur supérieur hiérarchique. Seulement 31 % des répondants ont le sentiment d'être valorisés professionnellement. 46 % se sentent libre de s'exprimer auprès de leur hiérarchie. 51 % s'estiment associer à la prise de décision.

## CREATIVITE/INNOVATION/EVOLUTION ET FORMATION PROFESSIONNELLE

58 % des répondants estiment que leur travail leur permet d'innover ou d'être créatif. 69 % estiment avoir la possibilité d'évoluer dans leurs pratiques quotidiennes. **Seulement 39 % estiment que leur travail satisfait à leurs besoins et attente en termes d'évolution professionnelle.** 88% des répondants ont bénéficié d'actions de formation qui ont permis d'améliorer leur pratique quotidienne (86%). **43 % disent avoir actuellement un projet personnel de formation** (dont 34% pour lesquels ce projet n'en est qu'au stade de la réflexion personnelle). Il s'agit pour la plupart d'une évolution de carrière en lien avec le même secteur d'activité et au sein même de l'établissement : *acquérir un diplôme supérieur ou de spécialisation : infirmier, AS, AMP ; être « stagiaire » au sein de l'établissement, aller travailler dans le secteur sanitaire pour pouvoir diversifier ses compétences, faire de la formation en IFAS/IFSI,*

## CONDITIONS DE TRAVAIL / CHARGE DE TRAVAIL

76 % des répondants estiment que leur charge de travail leur impose de travailler avec rapidité ; 78 % des répondants estiment que leur charge de travail est excessive. **55 % ont le sentiment de ne pas disposer du temps nécessaire pour accomplir leurs tâches.** 76 % des répondants sont régulièrement interrompus dans leurs tâches et 44 % se trouvent à devoir gérer des ordres contradictoires de la part de leur hiérarchie. 76 % des répondants ont le sentiment que la charge de travail est équitablement répartie au sein de leur équipe. **Pour 68 % des répondants, les conditions de travail se sont dégradées ces dernières années. Les deux principaux facteurs explicatifs avancés sont pour 31%, le manque de considération et**

de reconnaissance au travail et pour 27 % la pénibilité croissante du poste. Sont également évoqués la pression hiérarchique plus forte (13%) et les nouvelles exigences légales et réglementaires (13%) plus lourdes à satisfaire. 72 % des répondants ont le sentiment de ne pas pouvoir effectuer correctement leur travail (et pour 23 % d'entre eux, cette situation se rencontre de manière fréquente). Les motifs invoqués sont principalement le manque de temps, de personnel ainsi que le manque de coordination au sein de l'équipe arrivent ensuite la question des moyens matériels et des locaux.

### **RAPPORT AVEC LES COLLEGUES DES TRAVAIL /POSITIONNEMENT AU SEIN DE L'EQUIPE ET SENTIMENT D'APPARTENANCE A UNE INSTITUTION**

80 % des répondants ont le sentiment de travailler avec des professionnels compétents. 86 % qualifient leurs rapports avec leurs collègues d'amicaux et détendus. 68 % estiment que l'entraide et la solidarité professionnelle sont la règle au sein de leur équipe. 78 % se sentent soutenus et aidés en cas de difficulté. 77 % estiment avoir pu acquérir confiance en eux au regard du rôle qu'ils jouent au sein de l'équipe. **Seulement 15 % des répondants ont le sentiment d'appartenir à une institution qui diffuse une culture d'établissement. 53 % participent à des groupes de travail à l'échelle institutionnelle. Pour les deux tiers des répondants, cette participation est perçue comme pertinente (30 %) et enrichissante (34%).**

### **RECONNAISSANCE DU TRAVAIL ACCOMPLI/EPANOUISSEMENT AU TRAVAIL/SENTIMENT DU TRAVAIL BIEN FAIT**

80 % estiment que leur travail est reconnu au sein de leur équipe en cas de sur sollicitation ; 90 % s'estiment appréciés dans leur travail par leurs collègues ; 78 % par leurs supérieurs hiérarchiques, 96 % par les résidents et 84 % par l'entourage des résidents. 86 % ont le sentiment que les tâches qu'ils réalisent sont intéressantes et plutôt valorisantes. 92 % considèrent leur travail comme riche de contact humain. **Pour la totalité des répondants (100 %), le travail qu'ils accomplissent au quotidien est utile mais n'importe qui ne serait pas en mesure de le faire (93 %). Cependant, 62 % ont le sentiment de donner beaucoup sans avoir toujours le retour espéré. 80 % des répondants ont le sentiment du travail bien fait et 76 % ont le sentiment d'effectuer un travail de qualité auprès des résidents. 54 % cependant ont le sentiment de satisfaire davantage aux critères d'évaluation de la hiérarchie qu'aux besoins des résidents.**

### **RESPECT DES VALEURS MORALES ET PROFESSIONNELLES**

83% des répondants estiment travailler dans le respect de leurs valeurs et convictions personnelles. 74 % des répondants estiment partager avec leurs collègues un but et des valeurs professionnelles communes. **49 % estiment être amenés parfois à agir en désaccord avec leurs valeurs morales. 61 % disent observer, au sein de l'établissement, des décisions et pratiques contraires à leurs valeurs professionnelles.**

### **EQUILIBRE VIE FAMILIALE / VIE PROFESSIONNELLE**

A la question « *estimez-vous que votre travail empiète ou vient perturber trop souvent votre vie familiale et personnelle* » ? Un tiers des répondants ont dit « oui ». 20 % des répondants

signalent avoir des troubles du sommeil dû au travail. 31 % disent avoir des difficultés à couper avec le travail une fois chez eux.

### **PERCEPTION DU TRAVAIL AUPRES DES PERSONNES AGEES**

Pour 80 % des répondants, le travail auprès des personnes âgées est perçu comme valorisant professionnellement. 70 % environ estiment qu'il nécessite une certaine sensibilité ; 57 % reconnaissent toutefois la nécessité de devoir se protéger émotionnellement. **Seulement 16 % des répondants ont le sentiment que le travail auprès des personnes âgées les fragilise émotionnellement.**

**84 % des répondants estiment sur le travail auprès des personnes âgées donne une dimension supplémentaire à la relation soignant/soigné.**

79 % des répondants se trouvent plutôt satisfaits de leur situation professionnelle prise sans sa globalité.

### **SUGGESTIONS D'AMELIORATION :**

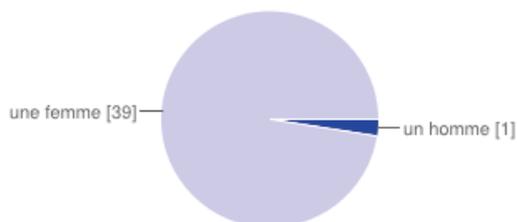
- ✓ Être doublé sur plusieurs jours lors de sa prise de poste
- ✓ Faire en sorte que l'encadrement soit plus disponible pour l'accueil des nouveaux
- ✓ Planning des tâches à mettre à la disponibilité dans le service
- ✓ Mettre en place des rythmes de travail adaptés à la personne
- ✓ Rendre l'établissement plus fonctionnel avec des services plus petits
- ✓ Diffuser l'information de manière plus rationnelle et organisée notamment en ce qui concerne les projets institutionnels (état d'avancement du projet d'établissement, présentation aux équipes)
- ✓ Avoir plus de lisibilité sur les procédures en vigueur en matière de GRH ainsi que s'agissant du fonctionnement hiérarchique de l'établissement
- ✓ Augmenter le nombre de postes en journée
- ✓ Un meilleur accord et une meilleure coordination des tâches au sein de l'équipe
- ✓ Plus de suivi et d'implication des agents dans les groupes de travail
- ✓ Plus de retour de la part de la Direction et de l'encadrement sur l'état d'avancement des projets.

# 41 réponses

[Afficher toutes les réponses](#) [Publier les données analytiques](#)

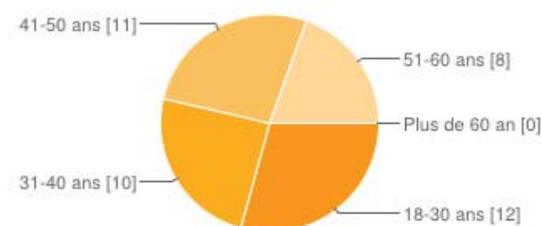
## Résumé

### vous êtes



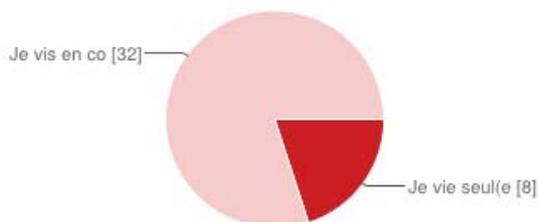
un homme	1	2 %
une femme	39	95 %

### Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?



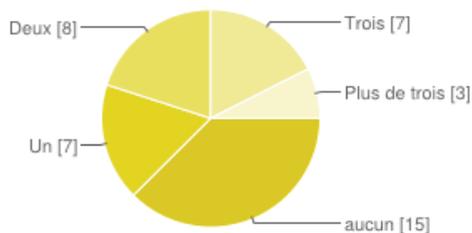
18-30 ans	12	29 %
31-40 ans	10	24 %
41-50 ans	11	27 %
51-60 ans	8	20 %
Plus de 60 ans	0	0 %

### Quelle est votre situation familiale ?



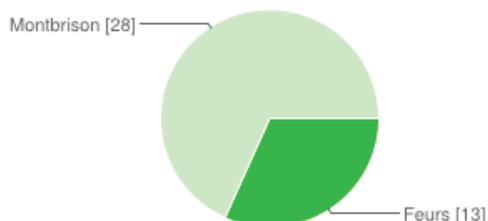
Je vie seul(e)	8	20 %
Je vis en couple	32	78 %

### Nombre d'enfants à charge



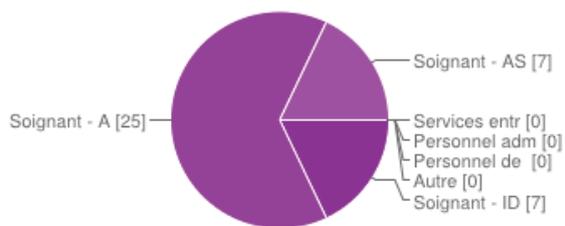
aucun	15	37 %
Un	7	17 %
Deux	8	20 %
Trois	7	17 %
Plus de trois	3	7 %

### Sur quel site travaillez-vous ?



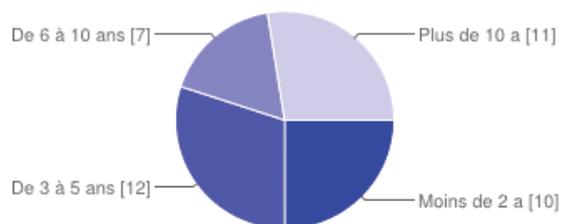
Feurs	13	32 %
Montbrison	28	68 %

### Quelle est votre fonction dans l'établissement ?



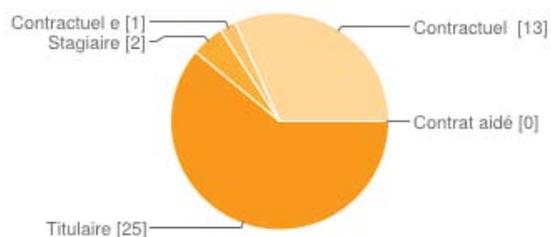
Soignant - IDE	7	17 %
Soignant - AS	25	61 %
Soignant - ASH	7	17 %
Services entretiens, logistiques et techniques	0	0 %
Personnel administratif	0	0 %
Personnel de l'animation	0	0 %
Autre	0	0 %

### Quelle est votre ancienneté à l'EHPAD ?



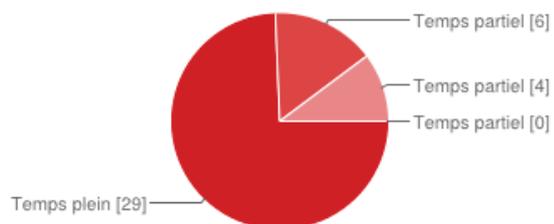
Moins de 2 ans	10	24 %
De 3 à 5 ans	12	29 %
De 6 à 10 ans	7	17 %
Plus de 10 ans	11	27 %

### Vous êtes



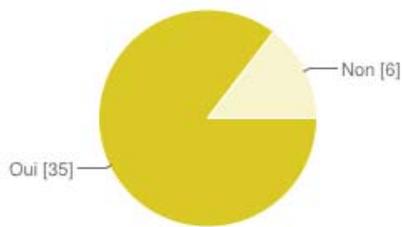
Titulaire	25	61 %
Stagiaire	2	5 %
Contractuel en CDI	1	2 %
Contractuel en CDD	13	32 %
Contrat aidé	0	0 %

### Votre temps de travail



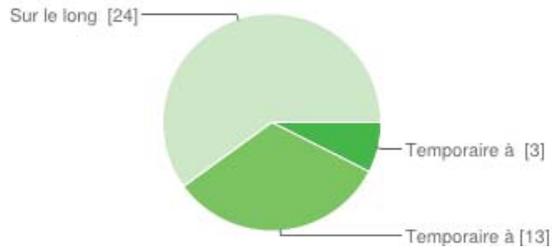
Temps plein	29	71 %
Temps partiel (80 % et plus)	6	15 %
Temps partiel (entre 50% et 75%)	4	10 %
Temps partiel inférieur à 50 %	0	0 %

### Votre affectation à l'EHPAD résulte-t-elle d'un choix de votre part ?



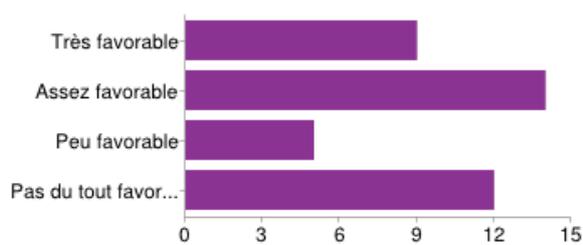
Oui	35	85 %
Non	6	15 %

### Cette affection, choisie ou non, est-elle pour vous



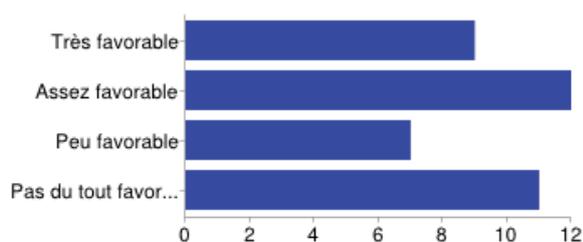
Temporaire à court terme (1 à 2 ans tout au plus)	3	7 %
Temporaire à moyen terme (5 à 10 ans)	13	32 %
Sur le long terme (+ de 10 ans)	24	59 %

### au sein des différents services du CH [Etes vous favorable à la mobilité professionnelle ?]



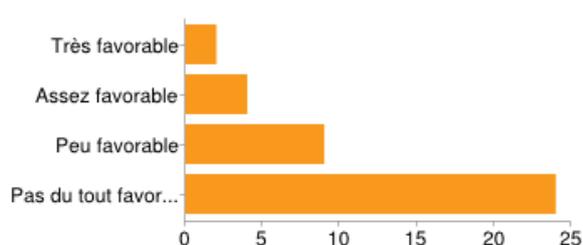
Très favorable	9	22 %
Assez favorable	14	34 %
Peu favorable	5	12 %
Pas du tout favorable	12	29 %

### au sein de l'EHPAD [Etes vous favorable à la mobilité professionnelle ?]



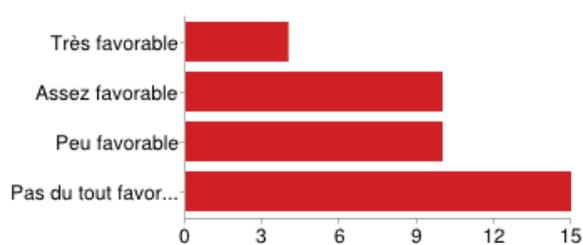
Très favorable	9	22 %
Assez favorable	12	29 %
Peu favorable	7	17 %
Pas du tout favorable	11	27 %

### entre les sites de Feurs et de Montbrison [Etes vous favorable à la mobilité professionnelle ?]



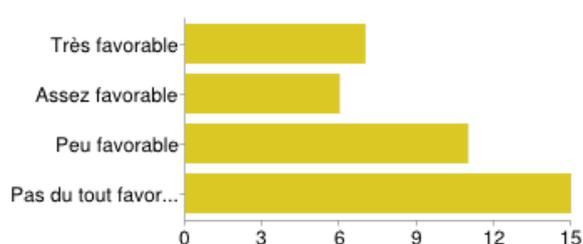
Très favorable	2	5 %
Assez favorable	4	10 %
Peu favorable	9	22 %
Pas du tout favorable	24	59 %

### Sur l'ensemble des services de l'hôpital [Seriez vous favorable à une alternance interservices ?]



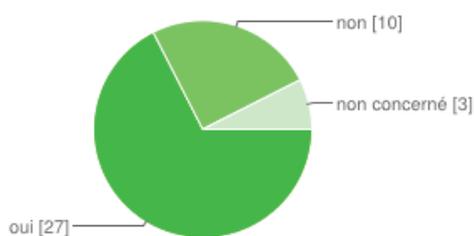
Très favorable	4	10 %
Assez favorable	10	24 %
Peu favorable	10	24 %
Pas du tout favorable	15	37 %

### Uniquement au sein de l'EHPAD [Seriez vous favorable à une alternance interservices ?]



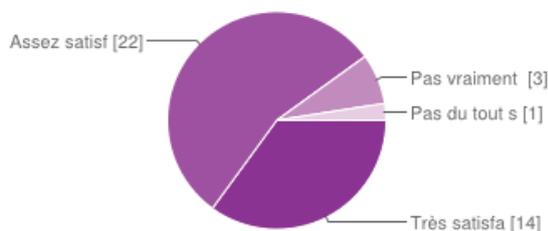
Très favorable	7	17 %
Assez favorable	6	15 %
Peu favorable	11	27 %
Pas du tout favorable	15	37 %

### Lors de votre arrivée dans le service, vous avez été accueilli par votre responsable



oui	27	66 %
non	10	24 %
non concerné	3	7 %

### Votre accueil dans vos nouvelles fonctions a été pour vous :



Très satisfaisant	14	34 %
Assez satisfaisant	22	54 %
Pas vraiment satisfaisant	3	7 %
Pas du tout satisfaisant	1	2 %

### Quelles seraient vos suggestions d'amélioration ?

#### UNE JOURNEE EN DOUBLURE SYSTEMATIQUE

Cette réponse concerne mon entrée au PASA et non mon accueil INEXISTANT en 2006 par l'équipe en place à cette période là!!!!(y compris l' encadrement )

Etre doubler sur plusieurs jours

être plus disponible pour accueillir les soignant qui arrivent dans un service

Il serait beaucoup mieux pour la personne arrivante d'etre doublée le premier voir deuxième jour, pour une meilleure adaptation de la personne arrivante mais aussi pour le personnel soignant accueillant le nouvel arrivant

L' accueil des nouveaux professionnels s' est déjà beaucoup amélioré: ils sont accueillis par les surveillants, en doubleur parfois les premiers jours, planning des tâches disponible dans les services

Accueillir les nouveaux arrivants, quelle que soit leur fonction en doubleur avec un autre professionnel,pour une meilleure appréciation du service et de la charge de travail

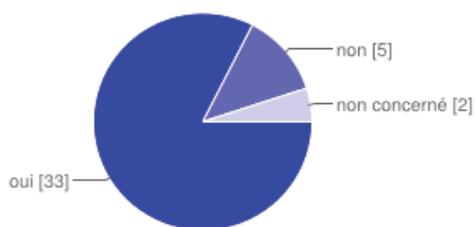
travailler 4 jours du matin ou 4 jours du soir à la suite est fatiguant, ma suggestion est de mieux repartir les soirs et matins.

Un nouvel établissement plus fonctionnel avec des services plus petits.

il m'a manqué une information sur la politique de l'établissement (projet d'établissement) et une information sur le fonctionnement hiérarchique et sur les procédures en vigueur dans le CHF

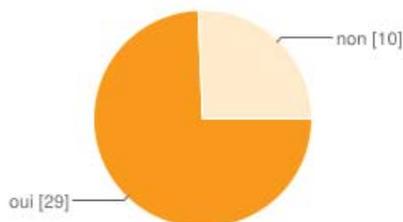
avoir des postes en journée en plus

**De votre point de vue, lors de votre arrivée, vos collègues du service ont-ils fait preuve de suffisamment de soutien et d'entraide à votre égard ?**



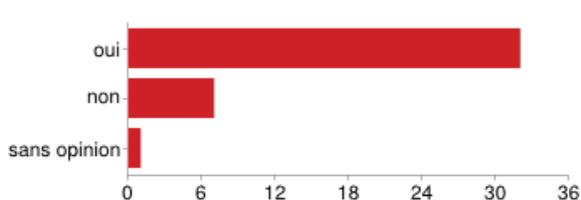
oui	33	80 %
non	5	12 %
non concerné	2	5 %

**Avez-vous reçu toute l'information dont vous aviez besoin ?**



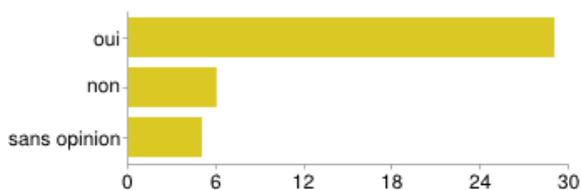
oui	29	71 %
non	10	24 %

**Utiliser vos compétences acquises [Dans le cadre de votre travail, estimez vous avoir la possibilité de]**



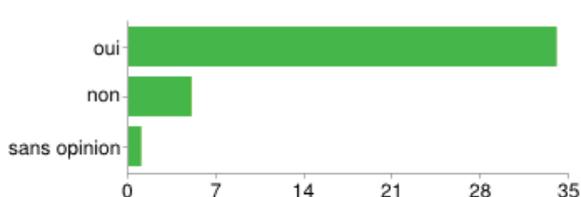
oui	32	78 %
non	7	17 %
sans opinion	1	2 %

**Développer de nouvelles compétences [Dans le cadre de votre travail, estimez vous avoir la possibilité de]**



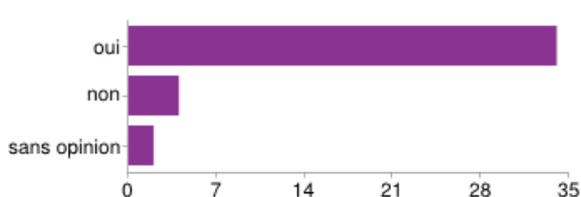
oui	29	71 %
non	6	15 %
sans opinion	5	12 %

**Prendre des initiatives [Dans le cadre de votre travail, estimez vous avoir la possibilité de]**



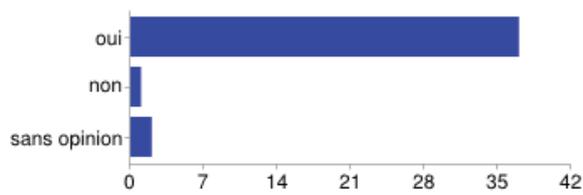
oui	34	83 %
non	5	12 %
sans opinion	1	2 %

**Donner votre avis [Dans le cadre de votre travail, estimez vous avoir la possibilité de]**



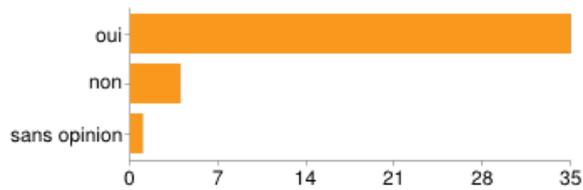
oui	34	83 %
non	4	10 %
sans opinion	2	5 %

**vous sentir utile [Votre travail vous permet de]**



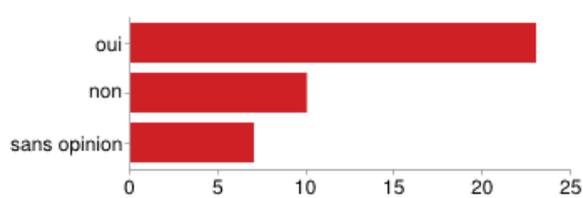
oui	<b>37</b>	90 %
non	<b>1</b>	2 %
sans opinion	<b>2</b>	5 %

**être autonome [Votre travail vous permet de]**



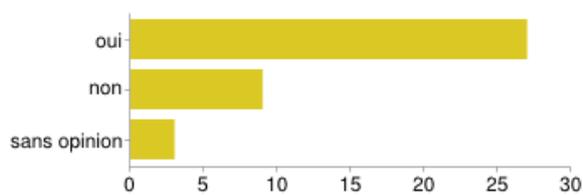
oui	<b>35</b>	85 %
non	<b>4</b>	10 %
sans opinion	<b>1</b>	2 %

**être créatif [Votre travail vous permet de]**



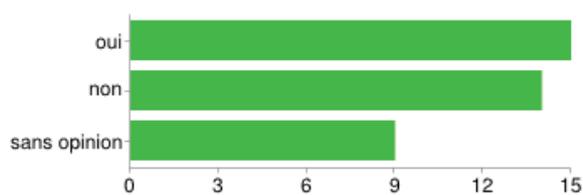
oui	<b>23</b>	56 %
non	<b>10</b>	24 %
sans opinion	<b>7</b>	17 %

**évoluer dans vos pratiques quotidiennes [Votre travail vous permet de]**



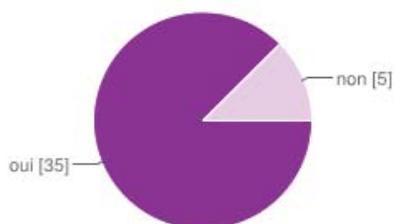
oui	<b>27</b>	66 %
non	<b>9</b>	22 %
sans opinion	<b>3</b>	7 %

**répondre à vos besoins et attentes en terme d'évolution professionnelle [Votre travail vous permet de]**



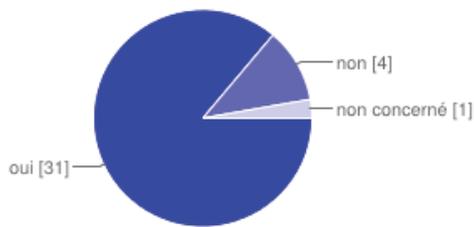
oui	<b>15</b>	37 %
non	<b>14</b>	34 %
sans opinion	<b>9</b>	22 %

**Avez vous bénéficié d'actions de formation depuis votre arrivée ?**



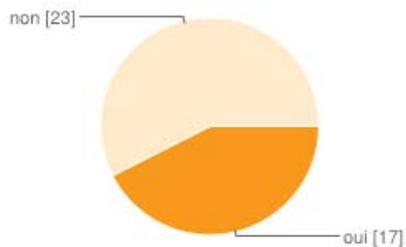
oui	<b>35</b>	85 %
non	<b>5</b>	12 %

**Si oui, ces actions de formation vous ont-elles permis d'améliorer votre pratique quotidienne ?**



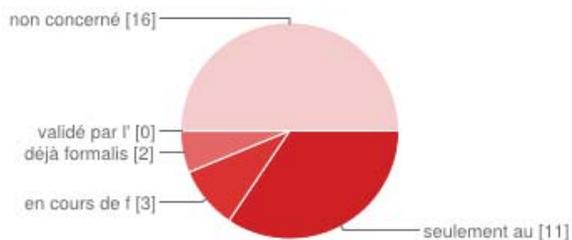
oui	<b>31</b>	76 %
non	<b>4</b>	10 %
non concerné	<b>1</b>	2 %

### Avez-vous actuellement un projet personnel de formation (hors formation à l'emploi actuellement occupé) ?



oui	<b>17</b>	41 %
non	<b>23</b>	56 %

### Ce projet est-il ?



seulement au stade de la réflexion personnelle	<b>11</b>	27 %
en cours de formalisation	<b>3</b>	7 %
déjà formalisé et soumis à ma hiérarchie	<b>2</b>	5 %
validé par l'établissement	<b>0</b>	0 %
non concerné	<b>16</b>	39 %

### Si vous êtes concerné(e), pouvez-vous décrire en quelques mots votre projet ?

Concours as ou amp

Aimerait être stagiairiser....

Premier projet : stagiairisation Deuxième projet : Formation infirmière troisième projet : Travailler au sein du CENTRE HOSPITALIER, pour pouvoir acquérir et exercer mes compétences acquises au cours de mon parcours professionnel

Me former pour l'accueil des personnes démentes dans les services hospitaliers afin de limiter les médicaments et les contentions diverses. Continuer les interventions que je fais déjà à l'IFAS.

Formation d'ASG pour parfaire mes compétences.

mon projet est de faire une formation d'arthérapie

FORMATION ASG

pouvoir entrer a l'école d'AS

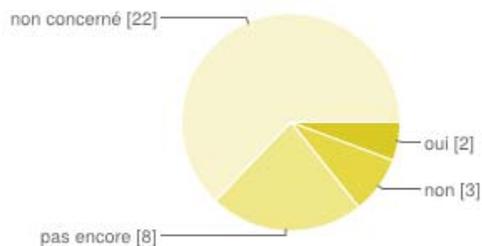
stagiairisation pour avoir une meilleure sécurité de l'emploi et ne pas être un "pion" que l'on peut changer à tout moment.

Etre stagiairisé et enfin ne plus avoir des contrats de 3 mois en 3 mois qui empêche d'avancer dans notre vie personnelle

j'aimerais etre stagiairisée au sein du centre hospitalier du forez

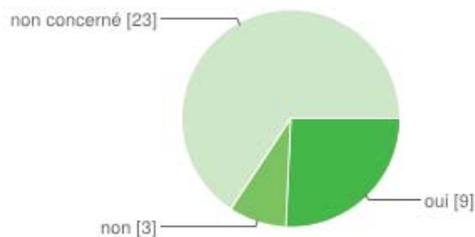
Concours IDE.

### Ce projet a-t-il reçu une réponse favorable de la part de la DRH ?



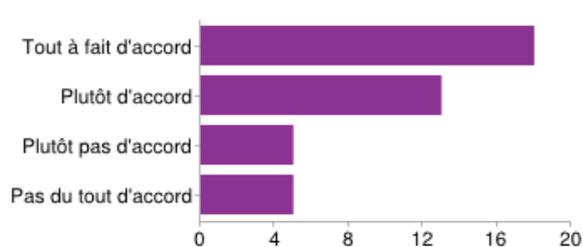
oui	2	5 %
non	3	7 %
pas encore	8	20 %
non concerné	22	54 %

### S'agit-il d'une première demande ?



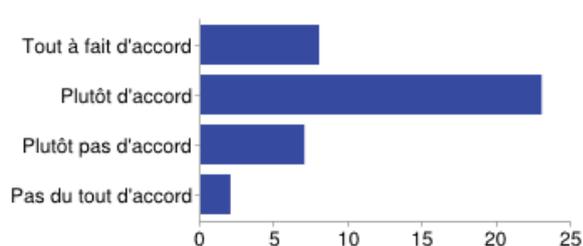
oui	9	22 %
non	3	7 %
non concerné	23	56 %

### Elle nécessite de travailler avec rapidité [Concernant votre charge de travail au quotidien, diriez-vous que ?]



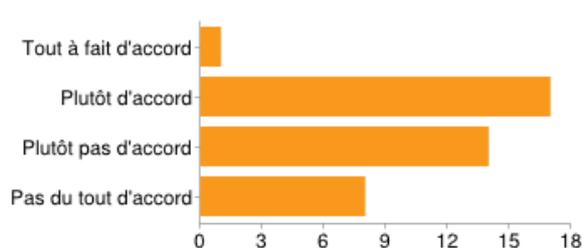
Tout à fait d'accord	18	44 %
Plutôt d'accord	13	32 %
Plutôt pas d'accord	5	12 %
Pas du tout d'accord	5	12 %

### Elle vous paraît excessive [Concernant votre charge de travail au quotidien, diriez-vous que ?]



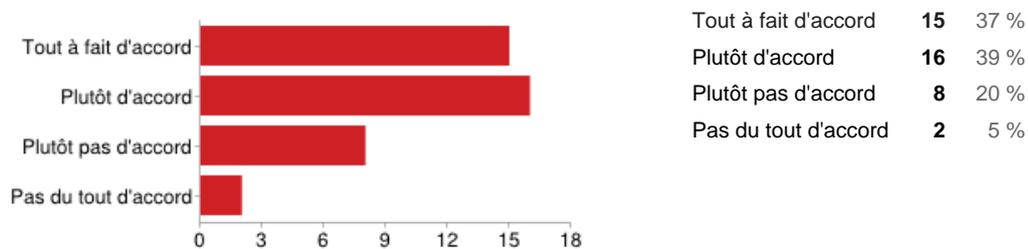
Tout à fait d'accord	8	20 %
Plutôt d'accord	23	56 %
Plutôt pas d'accord	7	17 %
Pas du tout d'accord	2	5 %

### Vous avez le sentiment de disposer du temps nécessaire [Concernant votre charge de travail au quotidien, diriez-vous que ?]

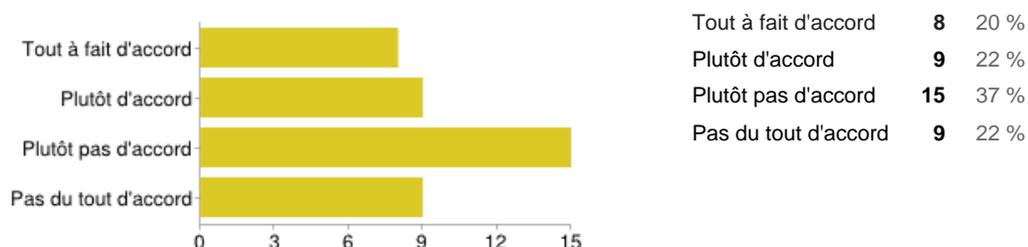


Tout à fait d'accord	1	2 %
Plutôt d'accord	17	41 %
Plutôt pas d'accord	14	34 %
Pas du tout d'accord	8	20 %

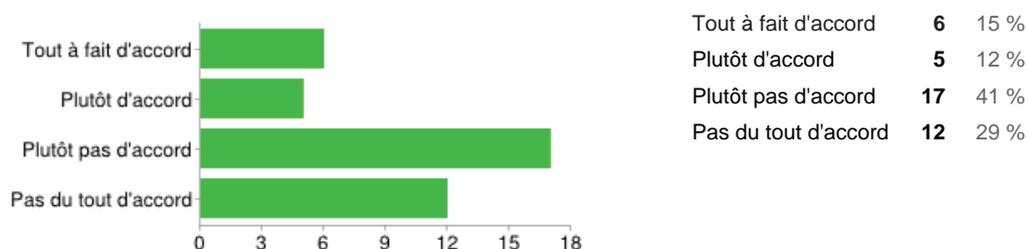
### Vous êtes régulièrement interrompu dans vos tâches [Concernant votre charge de travail au quotidien, diriez-vous que ?]



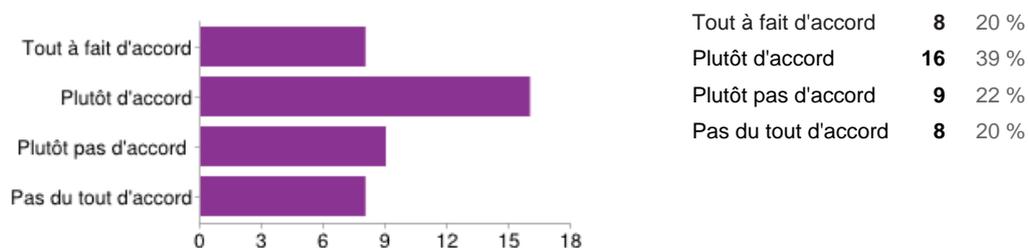
**Vous devez souvent gérer des ordres contradictoires de la part de votre hiérarchie [Concernant votre charge de travail au quotidien, diriez-vous que ?]**



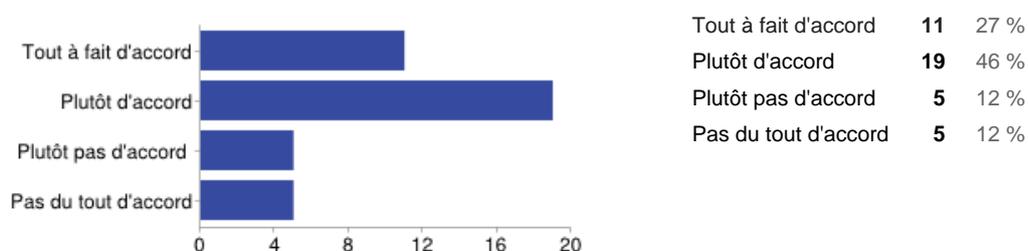
**Vous vous sentez ralenti par le travail de vos collègues (dévalorisation, perte de temps ...) [Concernant votre charge de travail au quotidien, diriez-vous que ?]**



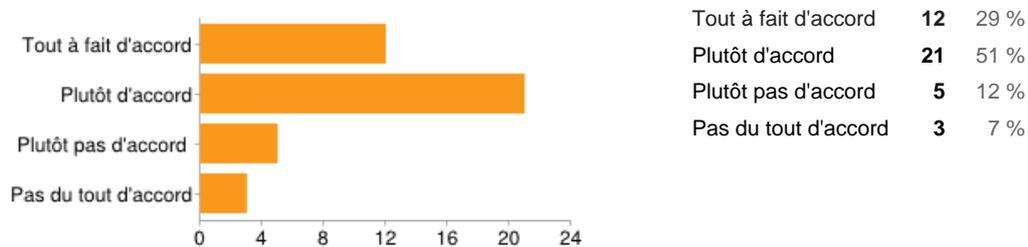
**Vous vous sentez soutenu, aidé et écouté par votre supérieur direct au quotidien [Concernant vos rapports au sein du service, diriez-vous que?]**



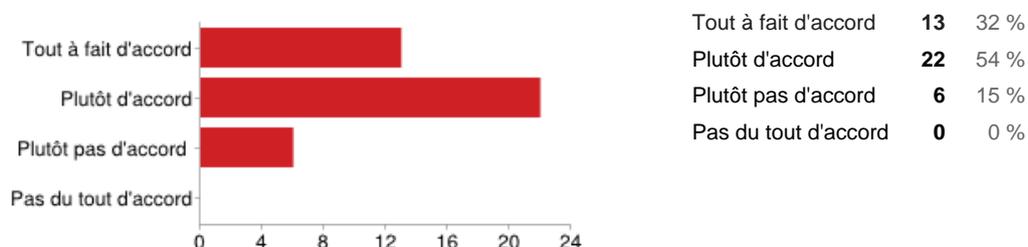
**Vous avez le sentiment que la charge de travail est équitablement réparti avec vos collègues [Concernant vos rapports au sein du service, diriez-vous que?]**



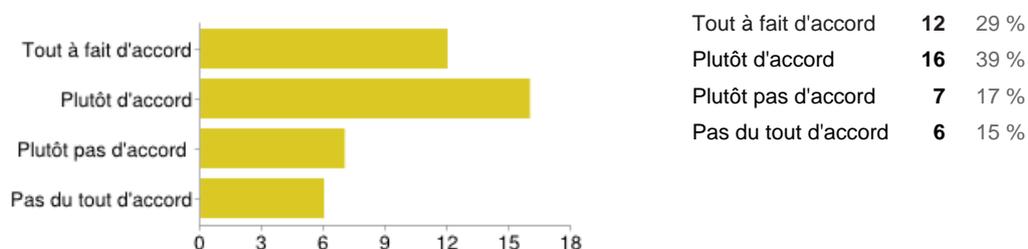
**Vous avez le sentiment de travailler avec des professionnels compétents [Concernant vos rapports au sein du service, diriez-vous que?]**



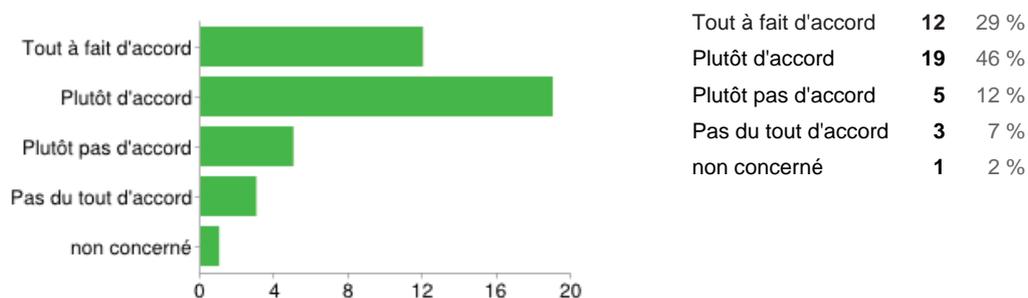
**Vos rapports avec l'équipe sont amicaux et détendus [Concernant vos rapports au sein du service, diriez-vous que?]**



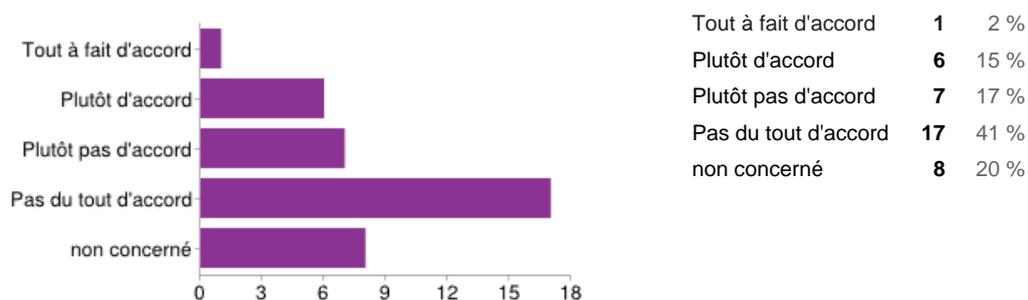
**L'entraide et la solidarité sont la règle entre les membres de votre équipe [Concernant vos rapports au sein du service, diriez-vous que?]**



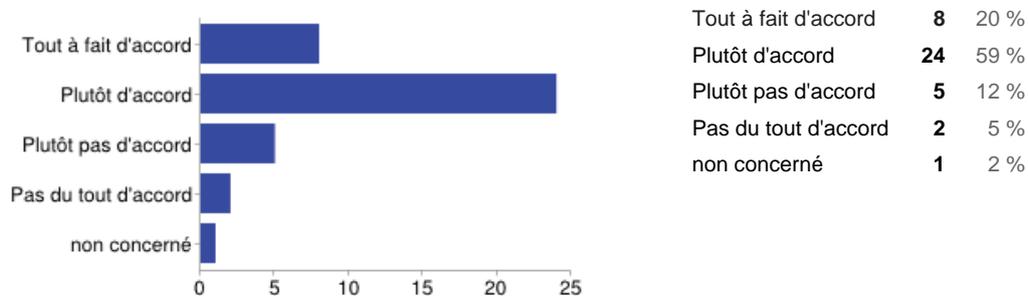
**soutenu et aidé en cas de situations difficiles [Concernant votre positionnement au sein de l'équipe, vous vous sentez]**



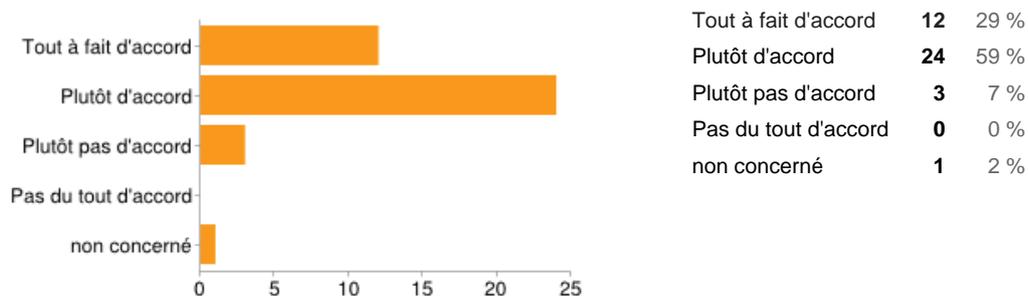
**injustement traité [Concernant votre positionnement au sein de l'équipe, vous vous sentez]**



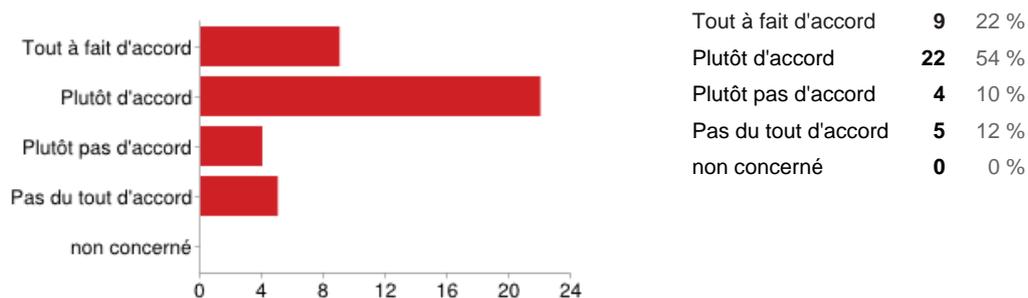
**respecté et estimé lorsque vous êtes davantage sollicité [Concernant votre positionnement au sein de l'équipe, vous vous sentez]**



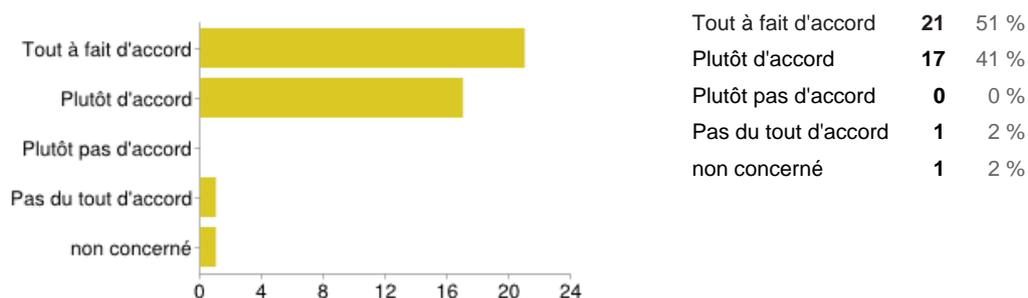
**apprécié dans votre travail par vos collègues [Concernant votre positionnement au sein de l'équipe, vous vous sentez]**



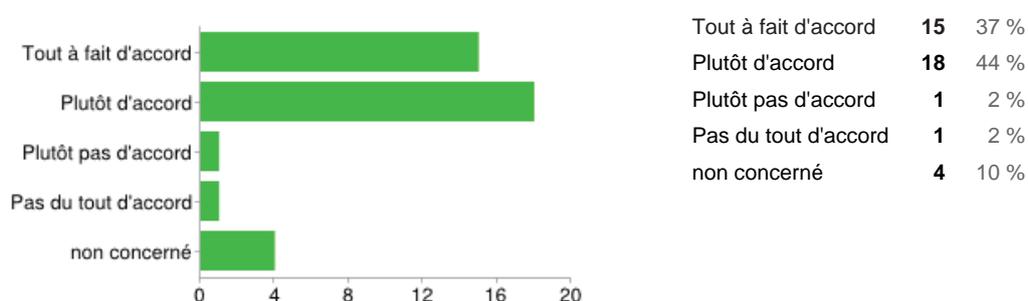
**apprécié dans votre travail par vos supérieurs [Concernant votre positionnement au sein de l'équipe, vous vous sentez]**



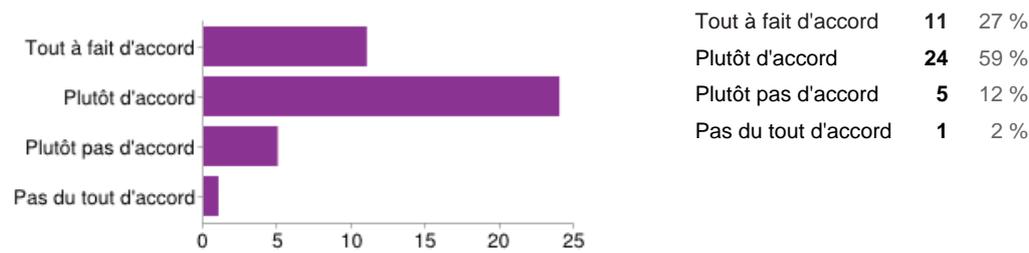
**apprécié dans votre travail par les résidents [Concernant votre positionnement au sein de l'équipe, vous vous sentez]**



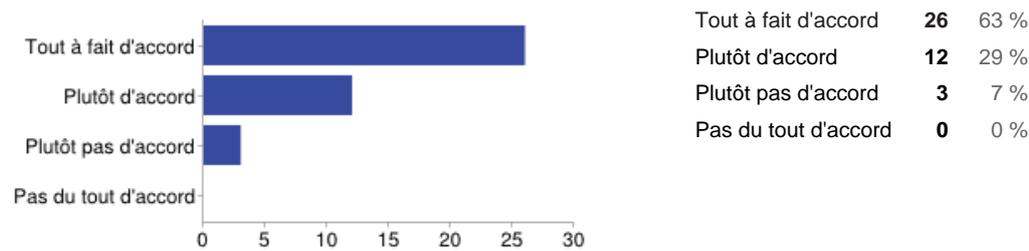
**apprécié dans votre travail par l'entourage des résidents [Concernant votre positionnement au sein de l'équipe, vous vous sentez]**



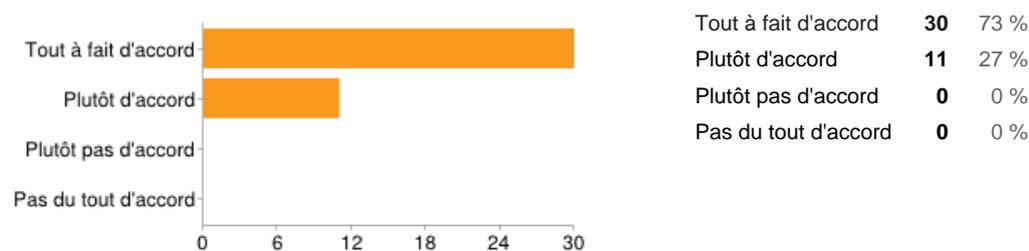
**Les tâches que vous effectuez sont intéressantes et plutôt valorisantes [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



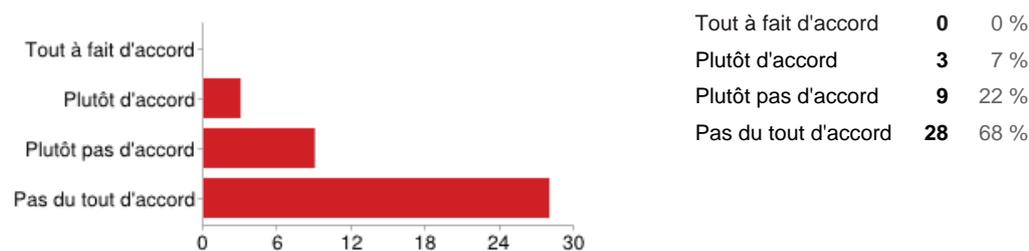
**Votre travail est riche de contact humain [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



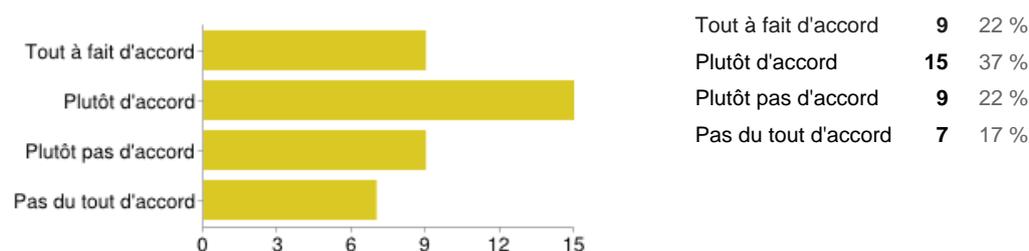
**Votre travail est utile [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



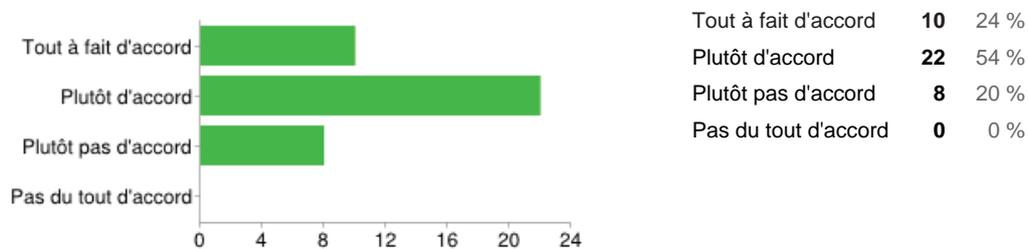
**Votre travail n'importe qui pourrait le faire [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



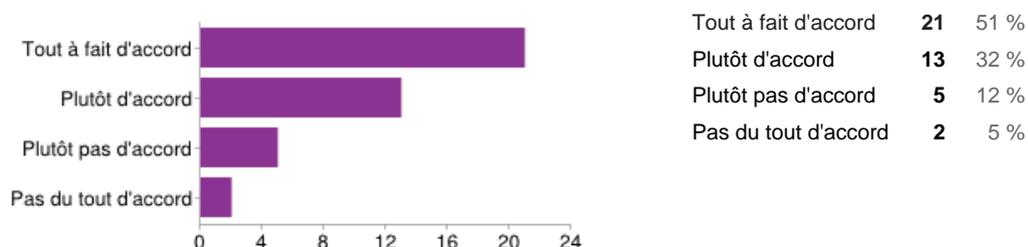
**Vous avez le sentiment de donner beaucoup sans avoir le retour espéré [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



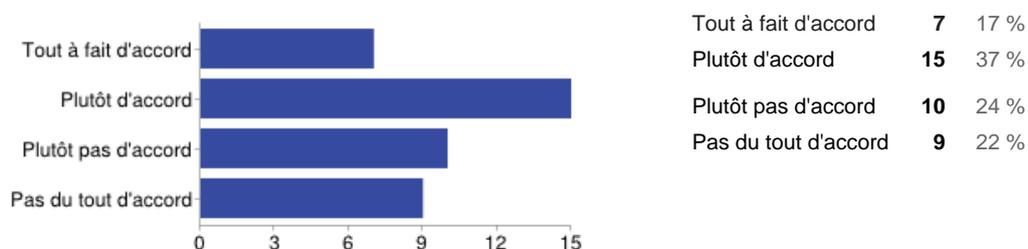
**Vous avez le sentiment du travail bien fait [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



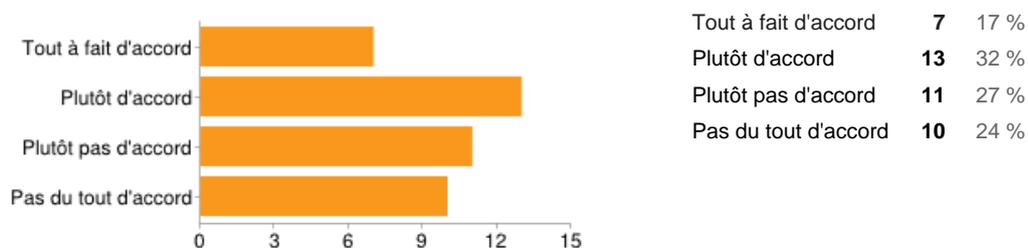
**Vous exercez votre métier en plein accord avec vos principes et convictions personnelles [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



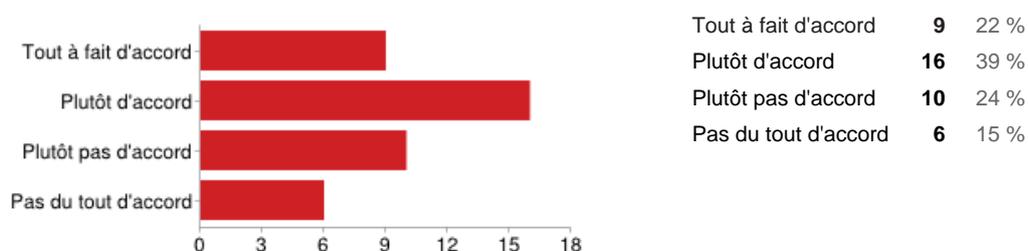
**Vous avez le sentiment de satisfaire davantage aux critères d'évaluation de la hiérarchie qu'aux besoins des résidents [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



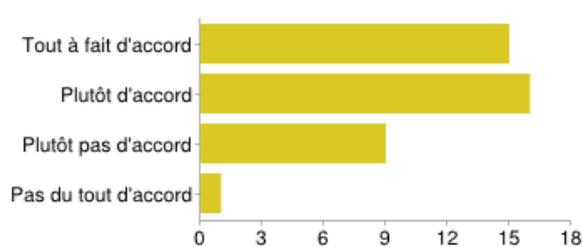
**Vous êtes amené parfois à agir en désaccord avec vos valeurs morales [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



**Vous observez des décisions et des pratiques contraires à vos valeurs professionnelles [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**

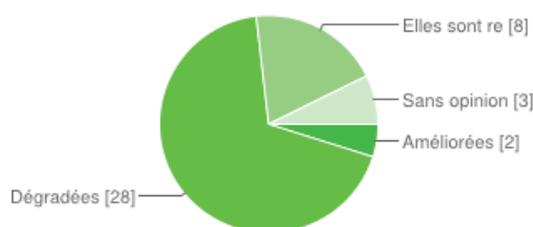


**Vous avez le sentiment d'effectuer un travail de qualité au service des résidents [Concernant votre ressenti sur votre travail, vous diriez que]**



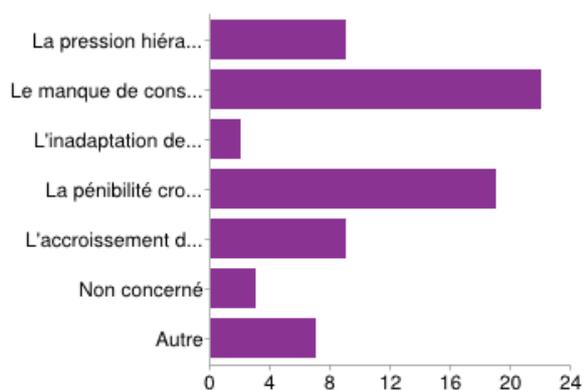
Tout à fait d'accord	<b>15</b>	37 %
Plutôt d'accord	<b>16</b>	39 %
Plutôt pas d'accord	<b>9</b>	22 %
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	2 %

**Concernant vos conditions de travail , diriez-vous que depuis ces deux dernières années celles-ci se sont :**



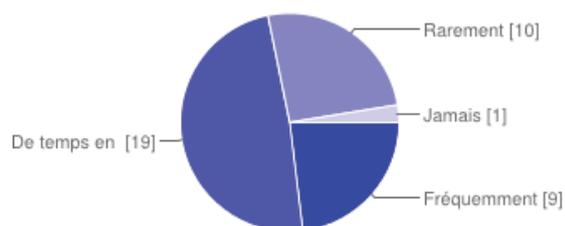
Améliorées	<b>2</b>	5 %
Dégradées	<b>28</b>	68 %
Elles sont restées inchangées	<b>8</b>	20 %
Sans opinion	<b>3</b>	7 %

**Si vous jugez que vos conditions de travail se sont plutôt dégradées, pouvez-vous préciser pourquoi ?**



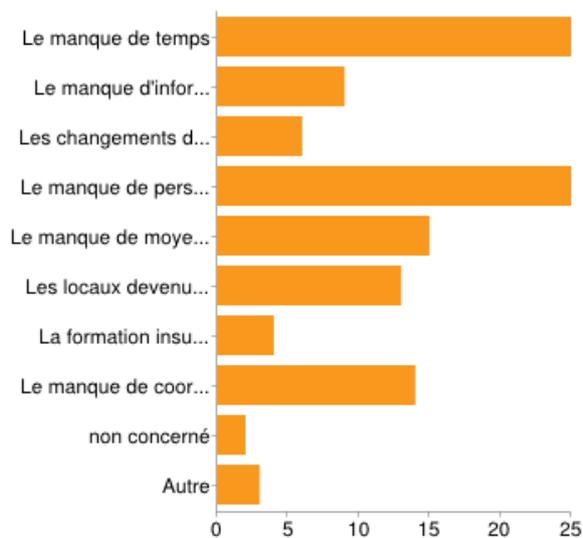
La pression hiérarchique plus forte	<b>9</b>	22 %
Le manque de considération ou de reconnaissance au travail	<b>22</b>	54 %
L'inadaptation de votre poste de travail (ergonomie)	<b>2</b>	5 %
La pénibilité croissante de votre poste	<b>19</b>	46 %
L'accroissement des contraintes réglementaires	<b>9</b>	22 %
Non concerné	<b>3</b>	7 %
Autre	<b>7</b>	17 %

**Il vous arrive d'avoir le sentiment de ne pas pouvoir effectuer correctement votre travail**



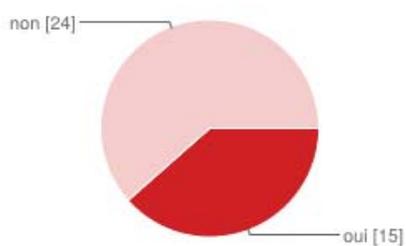
Fréquemment	<b>9</b>	22 %
De temps en temps	<b>19</b>	46 %
Rarement	<b>10</b>	24 %
Jamais	<b>1</b>	2 %

**Pour quel(s) motif(s) ?**



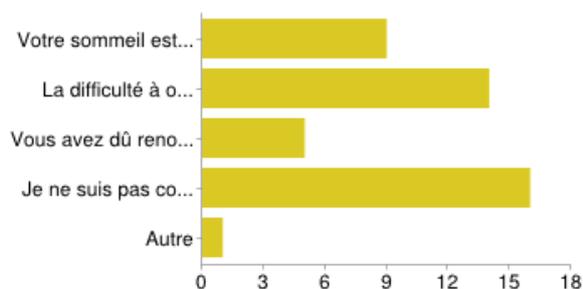
Le manque de temps	25	61 %
Le manque d'informations ou informations insuffisantes ou floues	9	22 %
Les changements d'organisation mal expliqués ou préparés	6	15 %
Le manque de personnel	25	61 %
Le manque de moyens matériels	15	37 %
Les locaux devenus inadaptés	13	32 %
La formation insuffisante à l'emploi	4	10 %
Le manque de coordination au sein de l'équipe	14	34 %
non concerné	2	5 %
Autre	3	7 %

### Avez-vous le sentiment que votre travail empiète ou vient perturber trop souvent votre vie personnelle ?



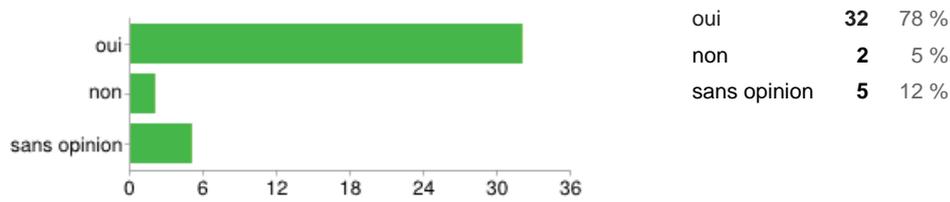
oui	15	37 %
non	24	59 %

### Comment cela se manifeste-t-il ?

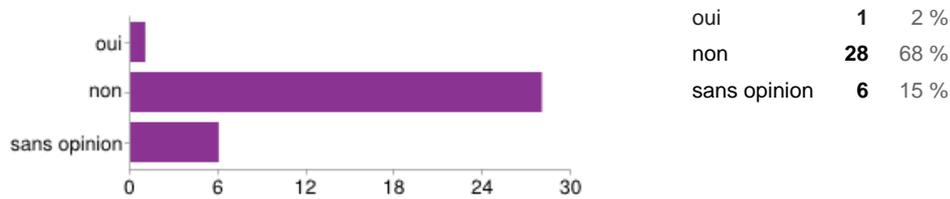


Votre sommeil est souvent perturbé par votre travail	9	22 %
La difficulté à oublier votre travail lorsque vous rentrez chez vous	14	34 %
Vous avez dû renoncer plusieurs fois à des projets personnels pour répondre à des injonctions inopinées de votre hiérarchie	5	12 %
Je ne suis pas concerné(e)	16	39 %
Autre	1	2 %

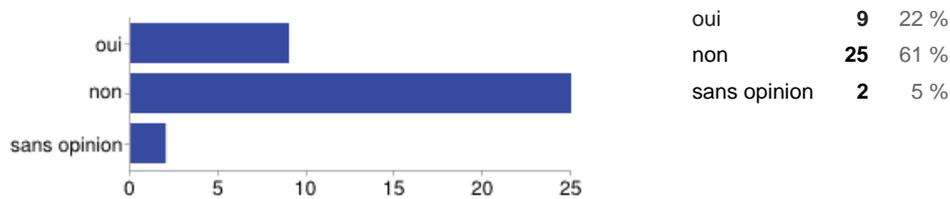
**Vous valorise en tant que professionnel [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



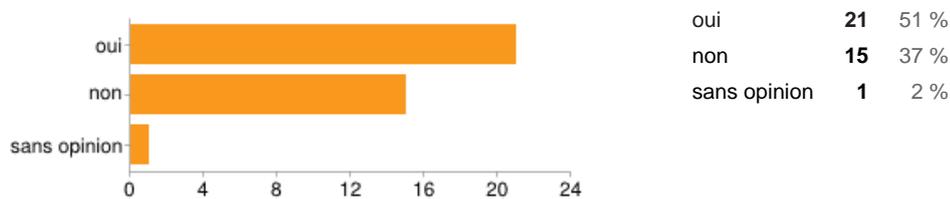
**Vous dévalorise en tant que professionnel [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



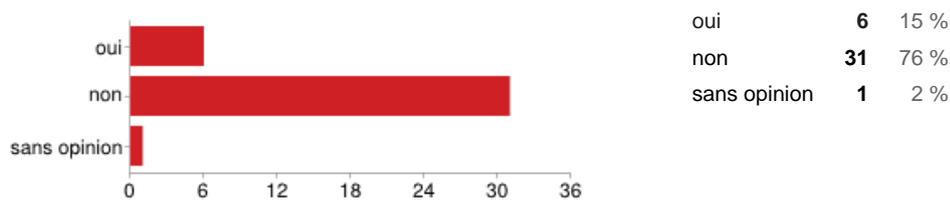
**Vous impose de mettre de côté votre sensibilité [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



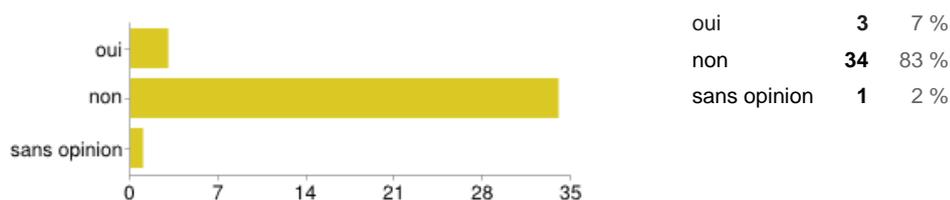
**Vous impose de "prendre sur vous" pour ne pas être touché émotionnellement [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



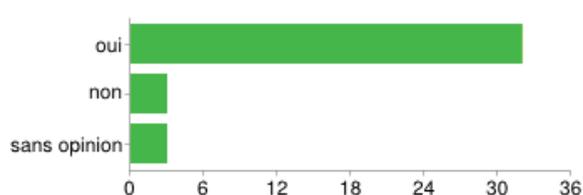
**Vous fragilise sur le plan émotionnel [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



**Déshumanise la relation soignant/soigné [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**

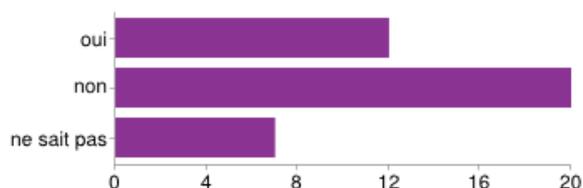


**Donne une dimension relationnelle supplémentaire à la relation soignant/soigné [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



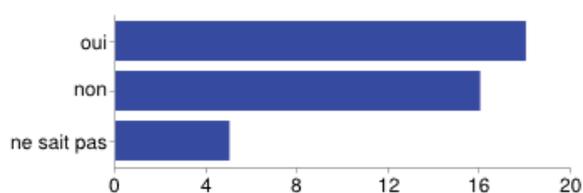
oui	<b>32</b>	78 %
non	<b>3</b>	7 %
sans opinion	<b>3</b>	7 %

**vous avez le sentiment d'être valorisé professionnellement [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



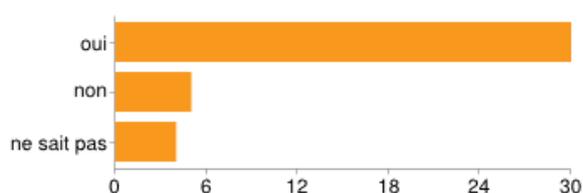
oui	<b>12</b>	29 %
non	<b>20</b>	49 %
ne sait pas	<b>7</b>	17 %

**vous vous sentez libre de vous exprimer auprès de la hiérarchie [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



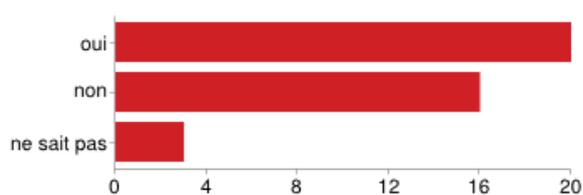
oui	<b>18</b>	44 %
non	<b>16</b>	39 %
ne sait pas	<b>5</b>	12 %

**vous avez pu acquérir confiance en vous [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



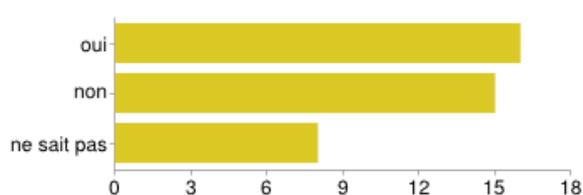
oui	<b>30</b>	73 %
non	<b>5</b>	12 %
ne sait pas	<b>4</b>	10 %

**vous êtes associé à la prise de décisions [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



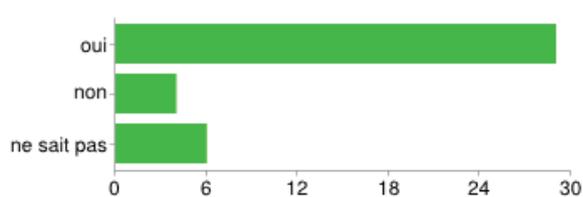
oui	<b>20</b>	49 %
non	<b>16</b>	39 %
ne sait pas	<b>3</b>	7 %

**vos compétences sont mises en avant [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



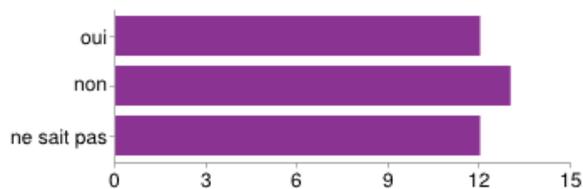
oui	<b>16</b>	39 %
non	<b>15</b>	37 %
ne sait pas	<b>8</b>	20 %

**vous partagez avec vos collègues un but et des valeurs professionnelles communes [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



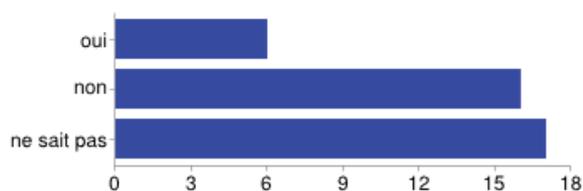
oui	29	71 %
non	4	10 %
ne sait pas	6	15 %

**votre projet professionnel trouve une voie de réalisation [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



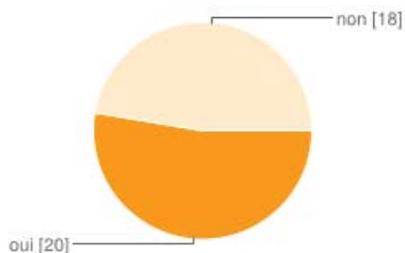
oui	12	29 %
non	13	32 %
ne sait pas	12	29 %

**vous avez le sentiment d'appartenir à une institution qui diffuse une culture d'établissement [Concernant votre positionnement au sein de l'établissement, vous diriez que :]**



oui	6	15 %
non	16	39 %
ne sait pas	17	41 %

**Participez-vous à des groupes de travail ?**



oui	20	49 %
non	18	44 %

**Si oui, lesquels ?**

prévention escarres prévention des chutes

Groupe de réflexion sur l'analyse de la pratique au moment de l'évaluation interne.

COMITE D' ETHIQUE

projet d'établissement projet de vie

analyse de la pratique professionnelle

projet de service uhr

" Référente des protections "

PASA-UHR

RESTRUCTURATION DU SERVICE

projet d'établissement division en 2 secteur de l'uva

mise en place de l'uhr

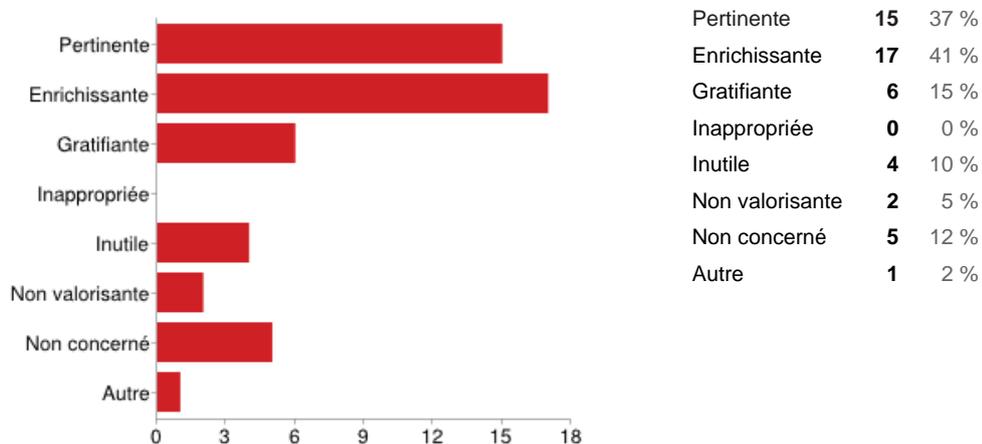
CLUD

Éthique au sein De l'établissement

Sur la prévention des escarres

Réunion sur le projet d'un nouvel accueil de jour et Pasa

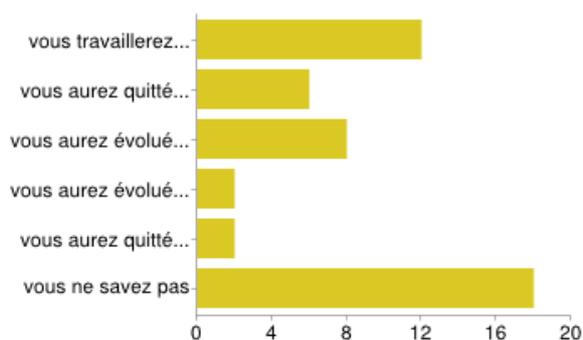
**Pour vous, cette participation est**



### Que suggérez-vous pour améliorer l'utilité et l'efficacité de ces groupes de travail ?

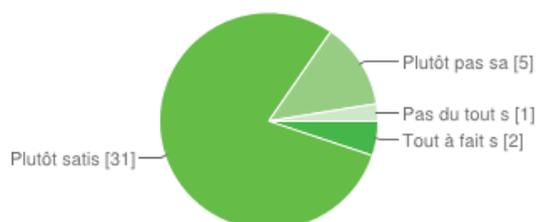
Un accord dans l'équipe professionnelle  
rencontres beaucoup plus fréquentes  
D'avoir un retour...

### D'après vous dans trois ans, vous pensez que :



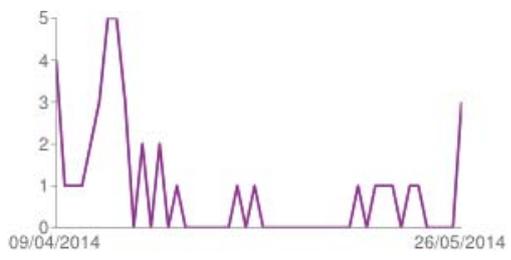
vous travaillerez encore au même poste dans l'établissement	12	29 %
vous aurez quitté l'EHPAD	6	15 %
vous aurez évolué professionnellement dans le même établissement	8	20 %
vous aurez évolué professionnellement dans un autre établissement	2	5 %
vous aurez quitté le secteur des personnes âgées	2	5 %
vous ne savez pas	18	44 %

### Par rapport à votre situation professionnelle prise dans sa globalité, vous vous trouvez :



Tout à fait satisfait(e)	2	5 %
Plutôt satisfait(e)	31	76 %
Plutôt pas satisfait(e)	5	12 %
Pas du tout satisfait(e)	1	2 %

### Nombre de réponses quotidiennes



# Analyse des enquêtes professionnelles EHPAD CHF (avril 2014) – VOLET 2

## Analyse du taux de réponse

23 réponses (soignants uniquement) pour un effectif d'environ 200 agents, soit un taux de réponse de 11,5 %.

## Analyse du profil des répondants

100 % de répondant sont des femmes (22 % IDE, 39 % AS ; 22% ASHQ, 9% ASG) ; 39 % des répondants ont entre 18 et 30 ans ; 17 % entre 31 et 40 ans ; 26 % entre 41 et 50 ans. Un tiers exercent leurs fonctions sur l'ensemble de l'établissement, un tiers sont rattachés à un service d'hébergement conventionnel et le tiers restants sont rattachés à une unité spécialisée type UHR, PASA, UVA etc.

Le nombre de réponses pour chaque site en rapport avec les effectifs apparaît supérieur pour Montbrison (70 % pour Montbrison 30 % pour Feurs) avec des effectifs d'une centaine de soignants de part et d'autre (97 pour Feurs, 105 pour Montbrison) selon le rapport d'activité 2013. Compte-tenu de ce faible taux de réponse, nous ne pouvons en tirer aucune conclusion sur le niveau de satisfaction des principes de bientraitance à l'échelle de l'EHPAD.

## LA BIENTRAITANCE DANS LES COMPORTEMENTS PROFESSIONNELS DES REpondants (auto-évaluation) – Extraits des résultats

<b>Je recueille l'accord du résident pour tout acte le concernant</b>	<b>Toujours : 35 %</b>
	<b>Souvent : 52 %</b>
	<i>Rarement : 13 %</i>
<b>Je respecte les choix et les refus du résident</b>	<b>Toujours : 43 %</b>
	<b>Souvent : 52 %</b>
	<i>Rarement : 4 %</i>
<b>Je m'assure de la bonne compréhension des informations que je délivre au résident</b>	<b>Toujours : 43 %</b>
	<b>Souvent : 48 %</b>
	<i>Non concerné : 9 %</i>
<b>Je laisse le résident circuler librement au sein du service et de l'établissement lorsque cela est possible</b>	<b>Toujours : 61 %</b>
	<b>Souvent : 35 %</b>
	<i>Non concerné : 4 %</i>
<b>Je connais les habitudes de vie du résident</b>	<b>Toujours : 43 %</b>
	<b>Souvent : 48 %</b>
	<i>Non concerné : 9 %</i>
<b>Je communique avec l'entourage du résident</b>	<b>Toujours : 48 %</b>
	<b>Souvent : 39 %</b>
	<i>Rarement : 9 %</i>
	<i>Non concerné : 4 %</i>
<b>J'intègre le résident aux discussions qui le concernent lorsque je</b>	<b>Toujours : 48 %</b>

suis en sa présence	<b>Souvent : 35 %</b>
	<i>Rarement : 9 %</i>
	<i>Jamais : 4 %</i>
	<i>Non concerné : 4 %</i>
J'adapte mes actions et mes propos à l'état du résident	<b>Toujours : 65 %</b>
	<b>Souvent : 35 %</b>
J'apporte une attention à ma communication non verbale	<b>Toujours : 83 %</b>
	<b>Souvent : 17 %</b>
Je reste discret sur mes sujets de discussions personnels ou professionnels entre collègues à proximité des résidents	<b>Toujours : 43 %</b>
	<b>Souvent : 43 %</b>
	<i>Rarement : 13 %</i>
Je réalise les soins dans le respect de l'intimité du résident	<b>Toujours : 74 %</b>
	<b>Souvent : 22 %</b>
	<i>Non concerné : 4 %</i>
Je respecte l'autonomie fonctionnelle du résident	<b>Toujours : 70 %</b>
	<b>Souvent : 30 %</b>
Je mets en œuvre les bonnes pratiques de contention physique	<b>Toujours : 48 %</b>
	<b>Souvent : 39 %</b>
	<i>Non concerné : 13 %</i>
J'évalue l'état nutritionnel du résident	<b>Toujours : 43 %</b>
	<b>Souvent : 43 %</b>
	<i>Non concerné : 13 %</i>
J'évalue le risque d'escarres	<b>Toujours : 57 %</b>
	<b>Souvent : 30 %</b>
	<i>Rarement : 4 %</i>
	<i>Non concerné : 9 %</i>
J'utilise une échelle reconnue pour l'évaluation de la douleur	<b>Toujours : 26 %</b>
	<b>Souvent : 39 %</b>
	<b>Rarement : 17 %</b>
	<i>Jamais : 4 %</i>
Je réponds à la sonnette dans un délai adapté	<i>Non concerné : 13 %</i>
	<b>Toujours : 39 %</b>
	<b>Souvent : 22 %</b>
	<b>Rarement : 13 %</b>
Je frappe et attends avant d'entrer dans la chambre d'un résident	<b>Non concerné : 26 %</b>
	<b>Toujours : 41 %</b>
	<b>Souvent : 36 %</b>
	<b>Rarement : 18 %</b>
	<b>Jamais : 5 %</b>

## LA BIEN-TRAITANCE A L'ECHELLE DU SERVICE selon les répondants

Dans mon service,

Un temps d'accueil du résident est organisé	Toujours	18%
	<b>Souvent</b>	<b>64%</b>
	Rarement	14%
	Jamais	5%
L'information donnée au résident est organisée	Toujours	20%
	<b>Souvent</b>	<b>70%</b>
	Rarement	10%
	Jamais	0%
Le recueil du nom de la personne de confiance est organisé	Toujours	35%
	<b>Souvent</b>	<b>45%</b>
	Rarement	20%
	Jamais	0%
Les directives anticipées sont recueillies si le résident en exprime le souhait	Toujours	17%
	<b>Souvent</b>	<b>39%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>33%</b>
	Jamais	11%
Un bilan des troubles nutritionnels est organisé	<b>Toujours</b>	<b>30%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>35%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>30%</b>
	Jamais	5%
Un dépistage du risque d'escarres est organisé	<b>Toujours</b>	<b>25%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>35%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>30%</b>
	Jamais	10%
Un soutien psychologique est proposé si besoin	Toujours	10%
	<b>Souvent</b>	<b>43%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>43%</b>
	Jamais	5%
Un soutien social est proposé si besoin	Toujours	10%
	<b>Souvent</b>	<b>35%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>35%</b>
	<b>Jamais</b>	<b>20%</b>
Le résident a un projet de vie formalisé	<b>Toujours</b>	<b>37%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>47%</b>
	Rarement	11%
	Jamais	5%
Chaque résident (ou son entourage) a connaissance de son projet de vie individualisé	<b>Toujours</b>	<b>21%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>53%</b>
	Rarement	16%
	Jamais	11%
Ce projet est réévalué et réactualisé régulièrement	Toujours	18%
	<b>Souvent</b>	<b>36%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>36%</b>

	Jamais	9%
<b>L'organisation des soins est adaptée au rythme des résidents</b>	Toujours	18%
	<b>Souvent</b>	<b>50%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>23%</b>
	Jamais	9%
<b>Une information régulière est fournie au résident (ou si nécessaire à son entourage) sur son état de santé et les examens réalisés tout au long de sa prise en charge</b>	<b>Toujours</b>	<b>20%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>55%</b>
	Rarement	15%
	Jamais	10%
<b>Les transmissions médicales et paramédicales sont tracées dans le dossier du résident</b>	<b>Toujours</b>	<b>59%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>36%</b>
	Rarement	5%
	Jamais	0%
<b>La coordination de la prise en charge des résidents entre professionnels est assurée</b>	<b>Toujours</b>	<b>64%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>32%</b>
	Rarement	5%
	Jamais	0%
<b>Un programme d'éducation thérapeutique par une équipe formée est proposé au résident</b>	Toujours	9%
	<b>Souvent</b>	<b>55%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>23%</b>
	Jamais	14%
<b>Le résident est informé des événements indésirables associés aux soins survenus lors de sa prise en charge</b>	Toujours	14%
	<b>Souvent</b>	<b>29%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>33%</b>
	<b>Jamais</b>	<b>24%</b>
<b>La période de jeûne nocturne est inférieure à 12h</b>	Toujours	5%
	Souvent	25%
	<b>Rarement</b>	<b>25%</b>
	<b>Jamais</b>	<b>45%</b>
<b>Le résident participe au choix de son menu</b>	Toujours	5%
	Souvent	10%
	<b>Rarement</b>	<b>24%</b>
	<b>Jamais</b>	<b>62%</b>
<b>Les horaires de visite sont adaptables</b>	<b>Toujours</b>	<b>50%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>35%</b>
	Rarement	10%
	Jamais	5%
<b>Les pauses du personnel sont organisées en fonction de l'activité</b>	<b>Toujours</b>	<b>62%</b>
	<b>Souvent</b>	<b>24%</b>
	Rarement	10%
	Jamais	5%
<b>Des affiches, documents d'information sur le thème de la bientraitance sont disponibles dans le service</b>	OUI	22%
	<b>NON</b>	<b>22%</b>
	<b>NE SAIS PAS</b>	<b>57%</b>
<b>Mes contraintes personnelles ont été prises en compte et des adaptations m'ont été proposées</b>	OUI	17%
	<b>En grande</b>	<b>30%</b>

	partie	
	Très partiellement	22%
	NON	30%
<b>Je peux participer aux staffs du service si je le souhaite</b>	Toujours	27%
	Souvent	14%
	Rarement	18%
	Jamais	41%
<b>Je peux participer à des staffs interdisciplinaires</b>	Toujours	10%
	Souvent	20%
	Rarement	15%
	Jamais	55%
<b>Je peux participer à des temps de synthèse concernant les résidents</b>	Toujours	18%
	<b>Souvent</b>	<b>41%</b>
	<b>Rarement</b>	<b>27%</b>
	Jamais	14%

**Qu'est-ce qui, dans votre organisation de travail ou vos conditions de travail actuelles, serait de nature à générer des situations à risques de maltraitance ?**

- ➔ *L'insuffisance de personnel pour 20 % des répondants*
- ➔ *Le manque de temps pour 15 % des répondants*
- ➔ *Les changements fréquents au sein des équipes pour 15 % des répondants*

**Commentaires et/ou suggestions à faire concernant cette thématique de la bientraitance**

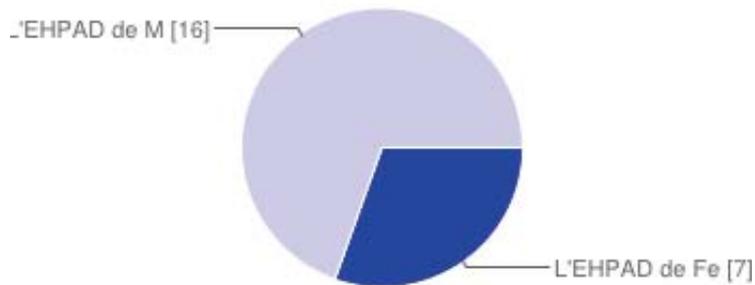
- ➔ *Manque de communication et de transmission d'info entre infirmières et aides-soignantes*
- ➔ *Manque de présence des infirmières dans le service ; non disponibles en cas de besoin*
- ➔ *Développer l'analyse de la pratique professionnelle pour mieux gérer les situations complexes et éviter la désignation d'un bouc émissaire en cas de problème*
- ➔ *Permettre aux soignants de se décharger émotionnellement ou à désamorcer certaines situations*
- ➔ *Poursuite de la mise en place des groupes de travail*
- ➔ *Manque de temps, charge de travail trop lourde, pas assez de temps de présence auprès du résident pour développer un relationnel satisfaisant*
- ➔ *Pas assez de personnel*

# 23 réponses

[Afficher toutes les réponses](#)[Publier les données analytiques](#)

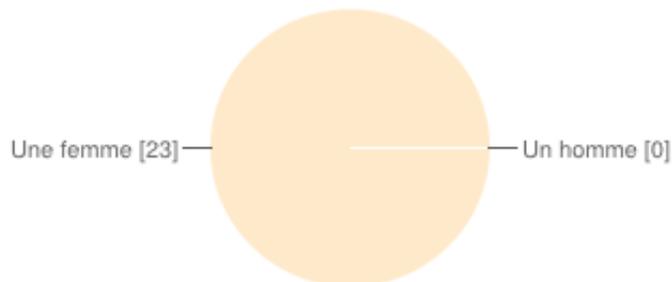
## Résumé

### Je travaille à



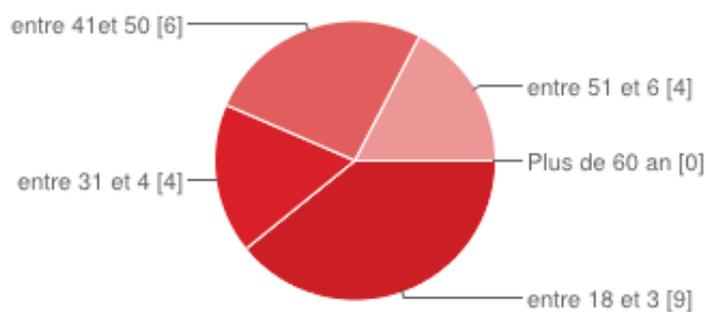
L'EHPAD de Feurs	<b>7</b>	30 %
L'EHPAD de Montbrison	<b>16</b>	70 %

### Vous êtes



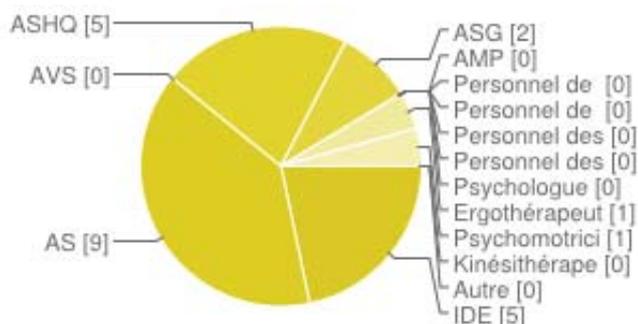
Un homme	<b>0</b>	0 %
Une femme	<b>23</b>	100 %

### Votre tranche d'âge



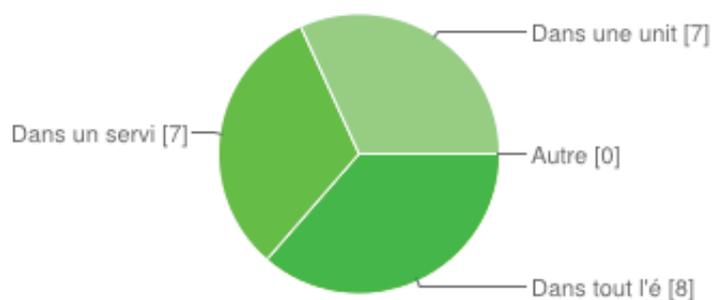
entre 18 et 30 ans	<b>9</b>	39 %
entre 31 et 40 ans	<b>4</b>	17 %
entre 41 et 50 ans	<b>6</b>	26 %
entre 51 et 60 ans	<b>4</b>	17 %
Plus de 60 ans	<b>0</b>	0 %

### Votre profession



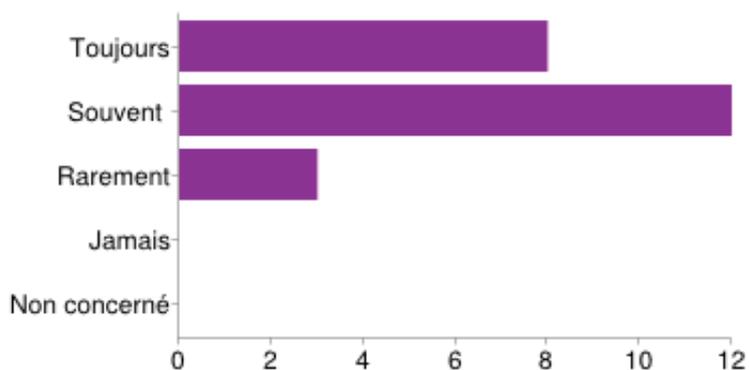
IDE	<b>5</b>	22 %
AS	<b>9</b>	39 %
AVS	<b>0</b>	0 %
ASHQ	<b>5</b>	22 %
ASG	<b>2</b>	9 %
AMP	<b>0</b>	0 %
Personnel de l'animation	<b>0</b>	0 %
Personnel de l'entretien	<b>0</b>	0 %
Personnel des services logistiques	<b>0</b>	0 %
Personnel des services administratifs	<b>0</b>	0 %
Psychologue	<b>0</b>	0 %
Ergothérapeute	<b>1</b>	4 %
Psychomotricien	<b>1</b>	4 %
Kinésithérapeute	<b>0</b>	0 %
Autre	<b>0</b>	0 %

### J'exerce mon activité



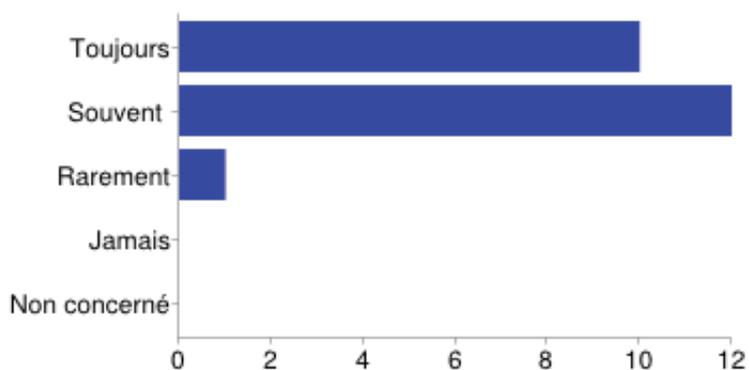
Dans tout l'établissement	<b>8</b>	35 %
Dans un service d'hébergement conventionnel	<b>7</b>	30 %
Dans une unité fermée (UVA, Cantou, UHR, PASA, accueil de jour ...)	<b>7</b>	30 %
Autre	<b>0</b>	0 %

### 1. Je recueille l'accord du résident pour tout acte le concernant [Lors de la prise en charge des patients ...]



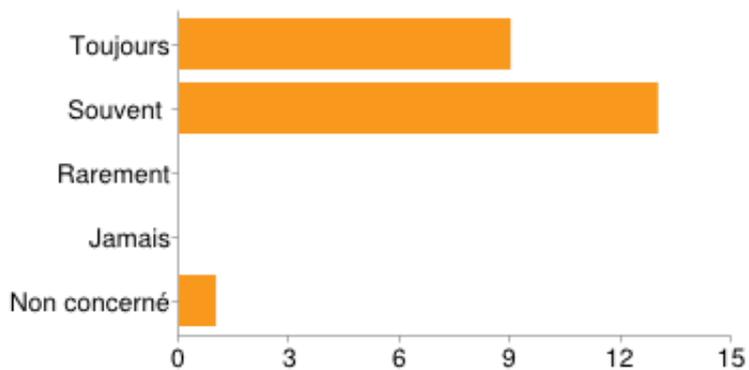
Toujours	<b>8</b>	35 %
Souvent	<b>12</b>	52 %
Rarement	<b>3</b>	13 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

### 2. Je respecte les choix et les refus du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]



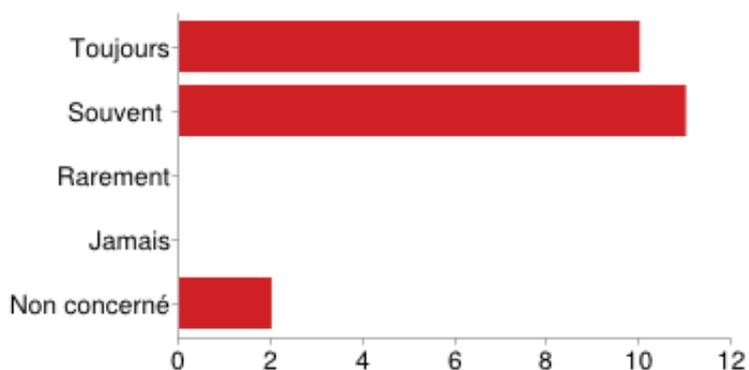
Toujours	<b>10</b>	43 %
Souvent	<b>12</b>	52 %
Rarement	<b>1</b>	4 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

**3. Je connais les informations médicales délivrées par l'équipe au résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



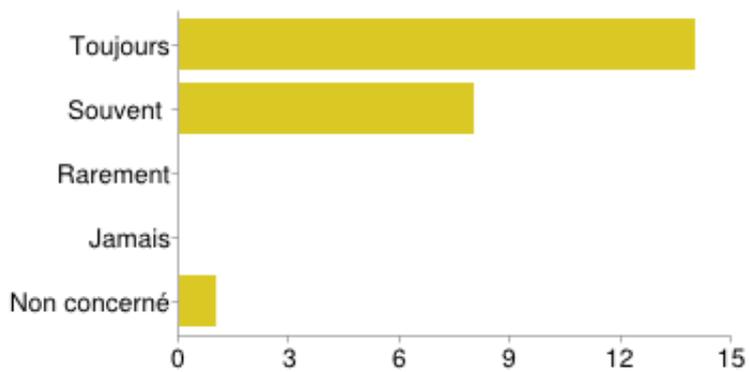
Toujours	<b>9</b>	39 %
Souvent	<b>13</b>	57 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>1</b>	4 %

**4. Lorsque je délivre des informations au patient, au résident, je m'assure de sa compréhension (reformulation). [Lors de la prise en charge des patients ...]**



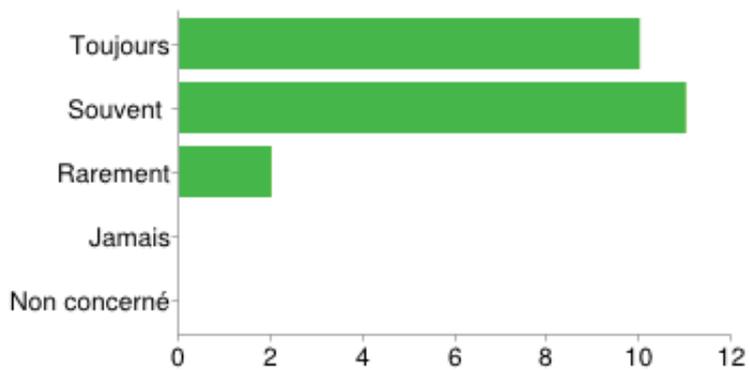
Toujours	<b>10</b>	43 %
Souvent	<b>11</b>	48 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>2</b>	9 %

**5. Je laisse le résident circuler librement au sein du service, de l'établissement, lorsque cela est possible. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



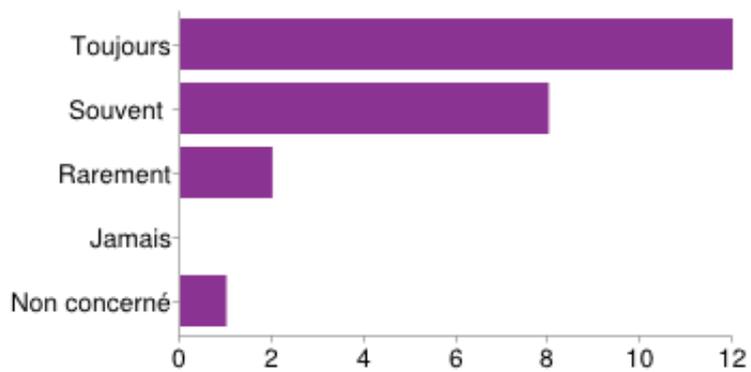
Toujours	<b>14</b>	61 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>1</b>	4 %

**6. Je connais les habitudes de vie, la culture du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



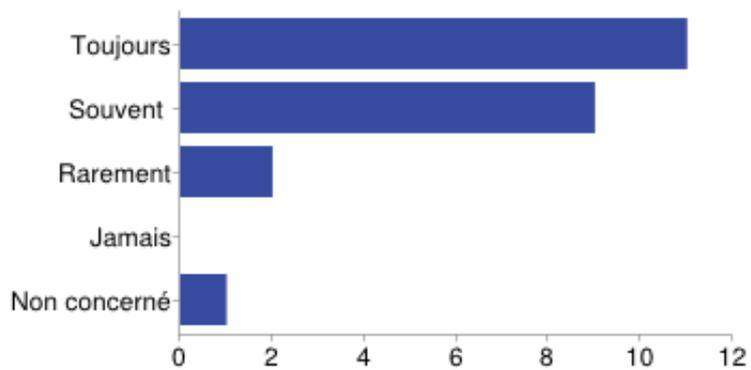
Toujours	<b>10</b>	43 %
Souvent	<b>11</b>	48 %
Rarement	<b>2</b>	9 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

**7. J'identifie les membres de l'entourage du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



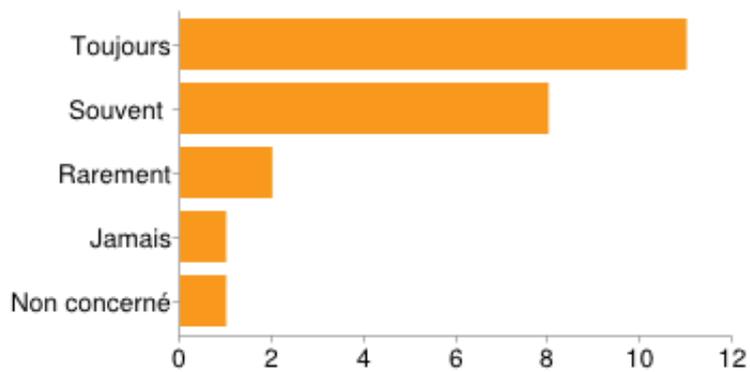
Toujours	<b>12</b>	52 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>2</b>	9 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>1</b>	4 %

#### **8. Je communique avec l'entourage du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



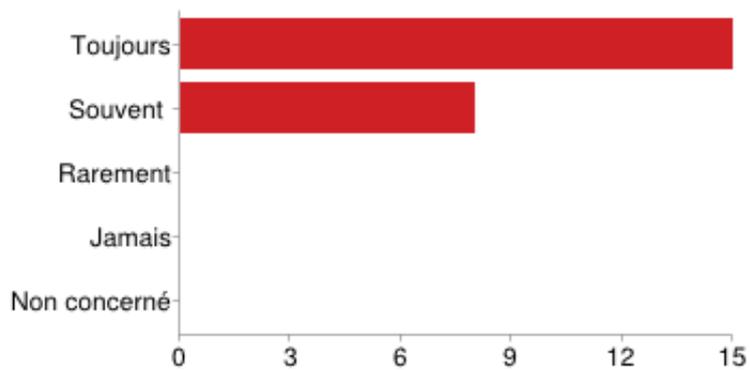
Toujours	<b>11</b>	48 %
Souvent	<b>9</b>	39 %
Rarement	<b>2</b>	9 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>1</b>	4 %

#### **9. J'intègre le résident, aux discussions le concernant lorsque je suis en sa présence. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



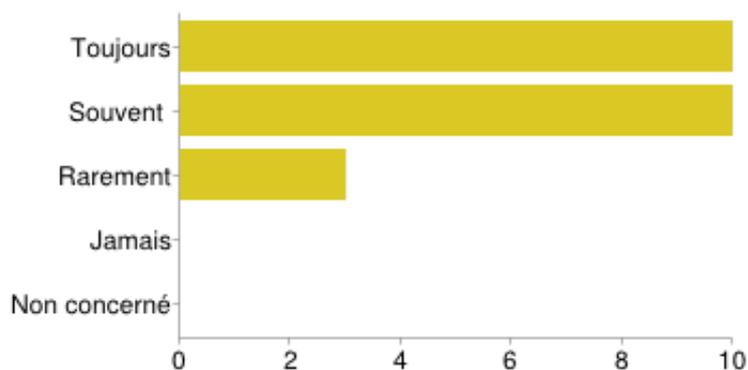
Toujours	<b>11</b>	48 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>2</b>	9 %
Jamais	<b>1</b>	4 %
Non concerné	<b>1</b>	4 %

**10. J'adapte mes propos et mes actions à l'état du résident (âge, handicap...). [Lors de la prise en charge des patients ...]**



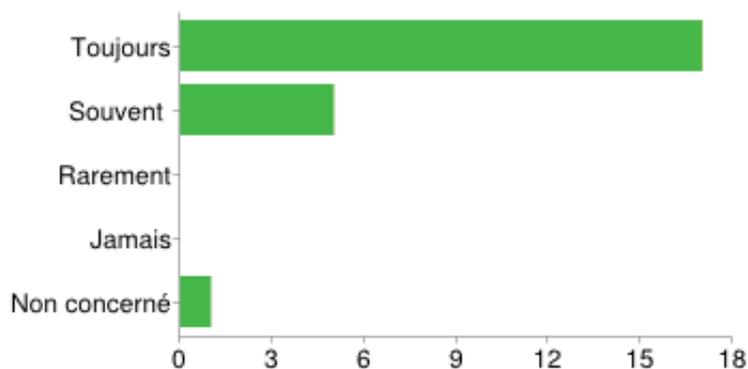
Toujours	<b>15</b>	65 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

**11. Je reste discret sur mes sujets de discussions (personnels et professionnels) entre collègues à proximité des résidents. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



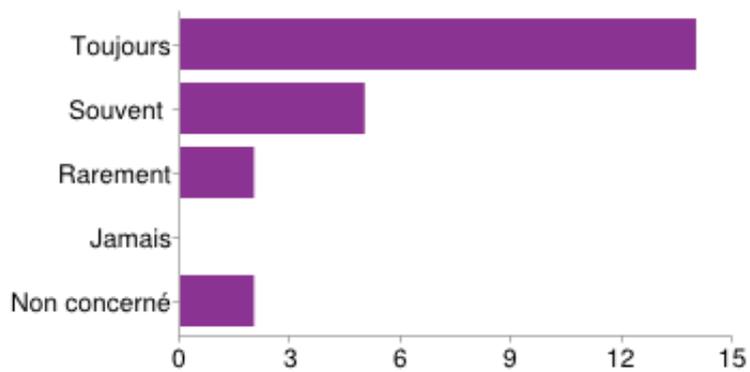
Toujours	<b>10</b>	43 %
Souvent	<b>10</b>	43 %
Rarement	<b>3</b>	13 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

**12. Je réalise les soins dans le respect de l'intimité du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



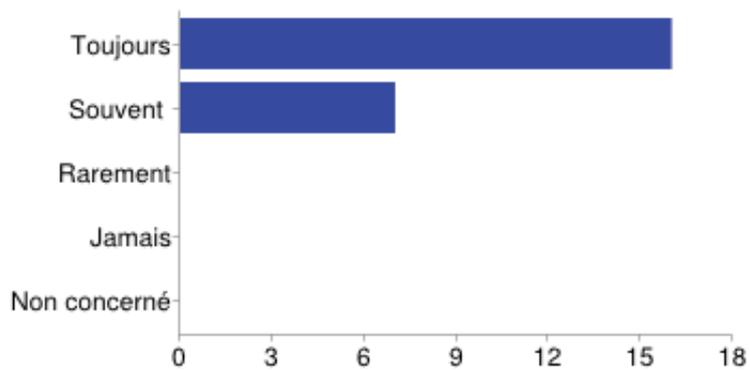
Toujours	<b>17</b>	74 %
Souvent	<b>5</b>	22 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>1</b>	4 %

**13. J'informe le résident des raisons de son isolement, si nécessaire. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



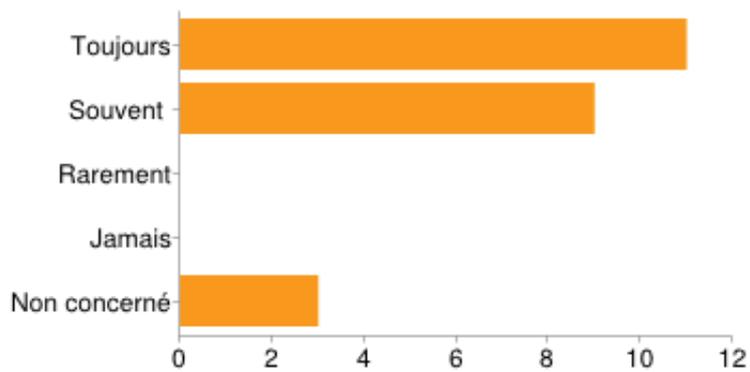
Toujours	<b>14</b>	61 %
Souvent	<b>5</b>	22 %
Rarement	<b>2</b>	9 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>2</b>	9 %

**14. Je respecte l'autonomie fonctionnelle du résident (pour la toilette, l'habillement, les repas...). [Lors de la prise en charge des patients ...]**



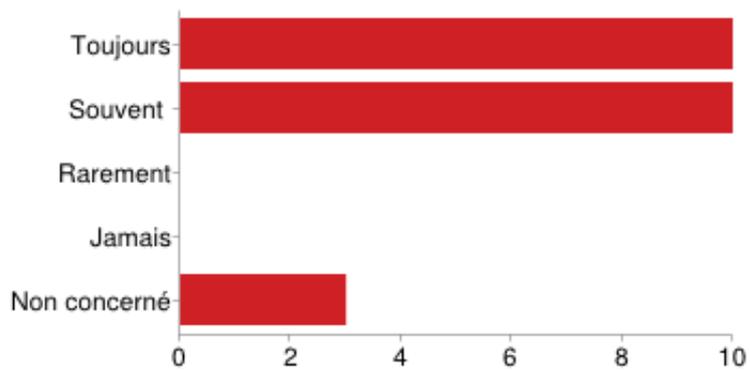
Toujours	<b>16</b>	70 %
Souvent	<b>7</b>	30 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

**15. Je mets en œuvre les bonnes pratiques de contention physique. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



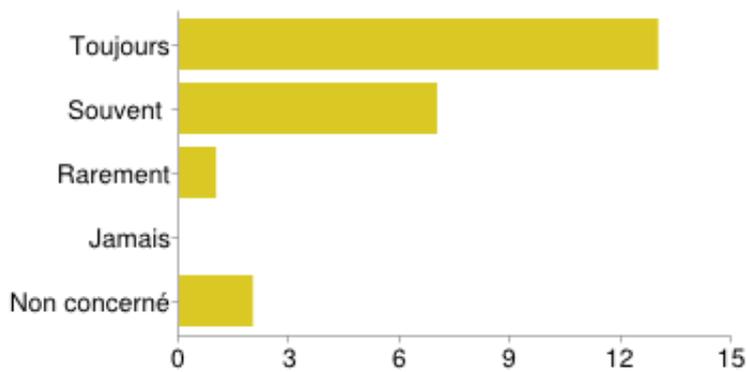
Toujours	<b>11</b>	48 %
Souvent	<b>9</b>	39 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>3</b>	13 %

**16. J'évalue l'état nutritionnel du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



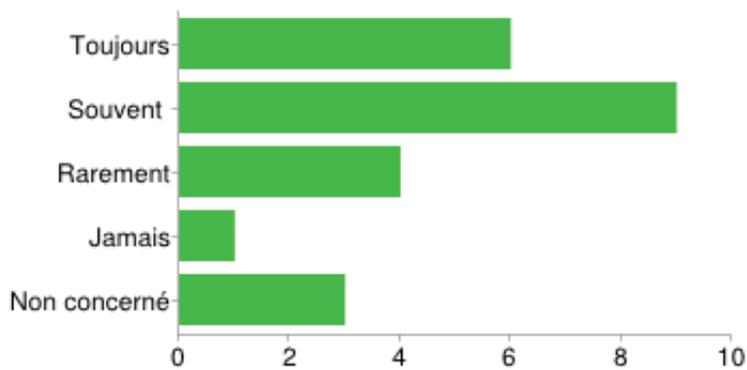
Toujours	<b>10</b>	43 %
Souvent	<b>10</b>	43 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>3</b>	13 %

**17. J'évalue le risque d'escarre du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



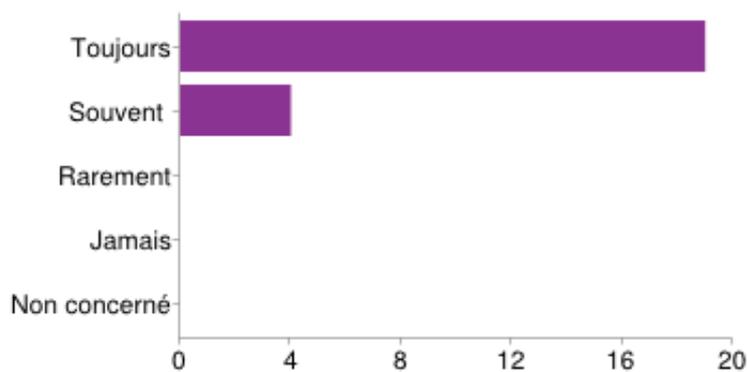
Toujours	<b>13</b>	57 %
Souvent	<b>7</b>	30 %
Rarement	<b>1</b>	4 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>2</b>	9 %

**18. J'utilise une échelle reconnue pour l'évaluation de la douleur du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



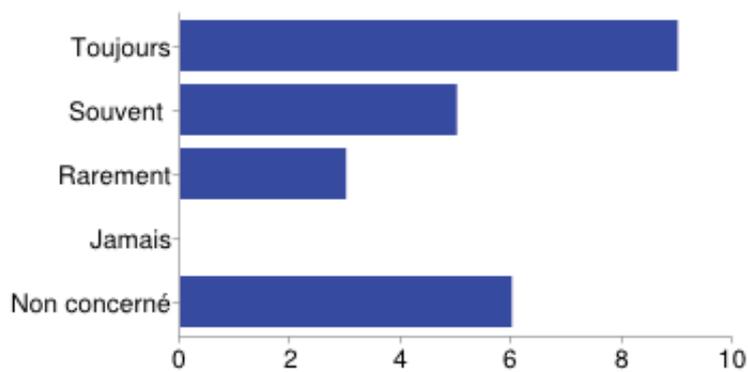
Toujours	<b>6</b>	26 %
Souvent	<b>9</b>	39 %
Rarement	<b>4</b>	17 %
Jamais	<b>1</b>	4 %
Non concerné	<b>3</b>	13 %

**19. J'apporte une attention à ma communication non verbale (sourire, regard...). [Lors de la prise en charge des patients ...]**



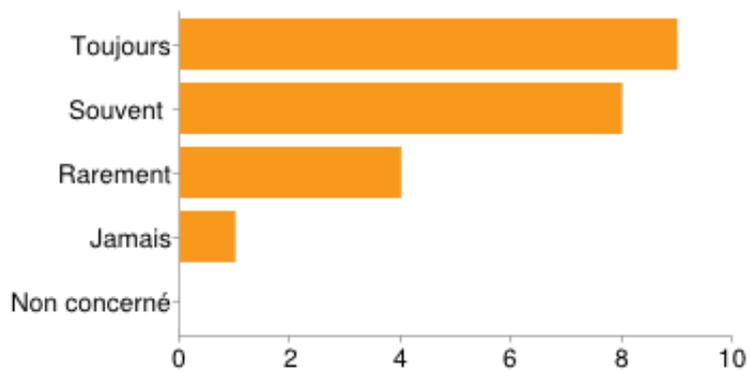
Toujours	<b>19</b>	83 %
Souvent	<b>4</b>	17 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

**20. Je réponds à la sonnette dans un délai adapté. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



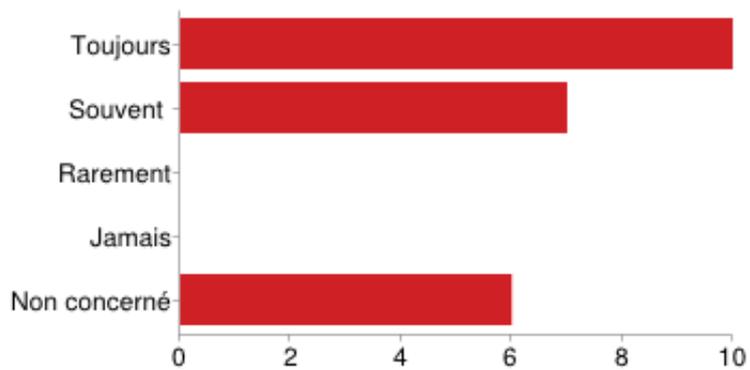
Toujours	<b>9</b>	39 %
Souvent	<b>5</b>	22 %
Rarement	<b>3</b>	13 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>6</b>	26 %

**21. Je frappe et attends avant d'entrer dans la chambre du résident. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



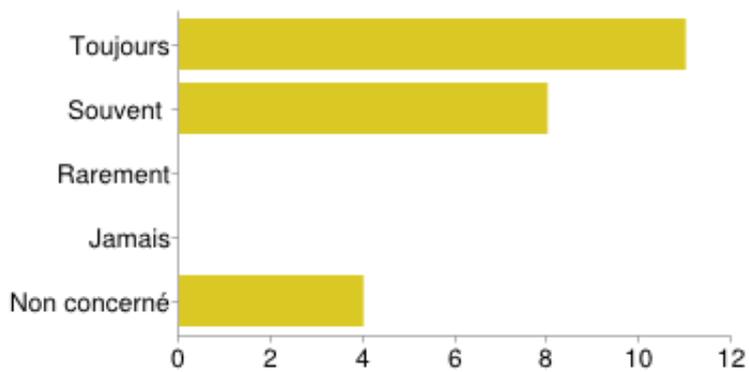
Toujours	<b>9</b>	39 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>4</b>	17 %
Jamais	<b>1</b>	4 %
Non concerné	<b>0</b>	0 %

**22. Je n'allume pas une lumière éblouissante la nuit en entrant dans la chambre. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



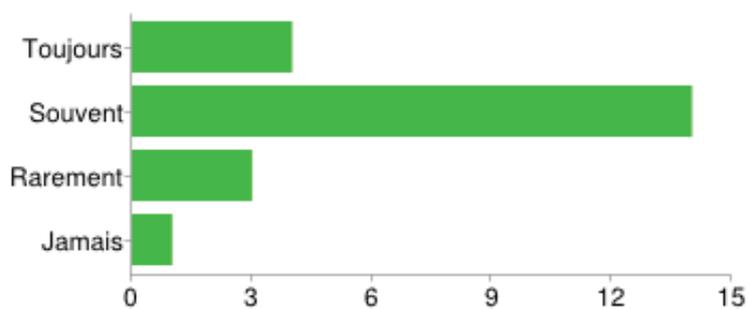
Toujours	<b>10</b>	43 %
Souvent	<b>7</b>	30 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>6</b>	26 %

**23. Je veille à ne pas faire de bruit. [Lors de la prise en charge des patients ...]**



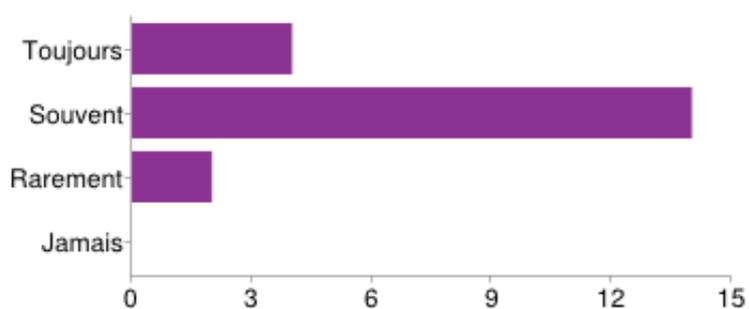
Toujours	<b>11</b>	48 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>0</b>	0 %
Jamais	<b>0</b>	0 %
Non concerné	<b>4</b>	17 %

#### 24. Un temps d'accueil du résident est organisé [Dans mon service ...]



Toujours	<b>4</b>	17 %
Souvent	<b>14</b>	61 %
Rarement	<b>3</b>	13 %
Jamais	<b>1</b>	4 %

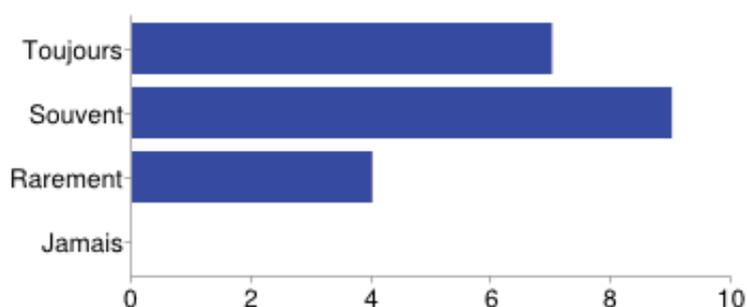
#### 25. L'information donnée au résident est organisée [Dans mon service ...]



Toujours	<b>4</b>	17 %
Souvent	<b>14</b>	61 %

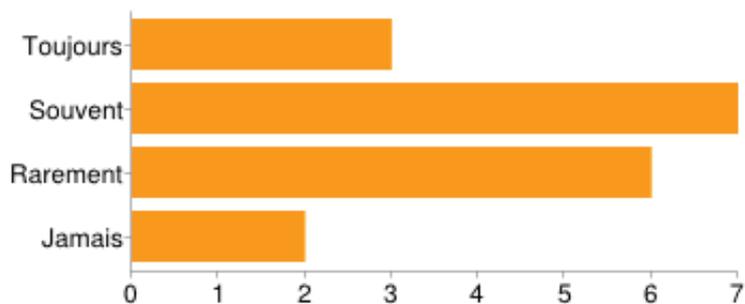
Rarement	<b>2</b>	9 %
Jamais	<b>0</b>	0 %

## 26. Le recueil du nom de la personne de confiance est organisé [Dans mon service ...]



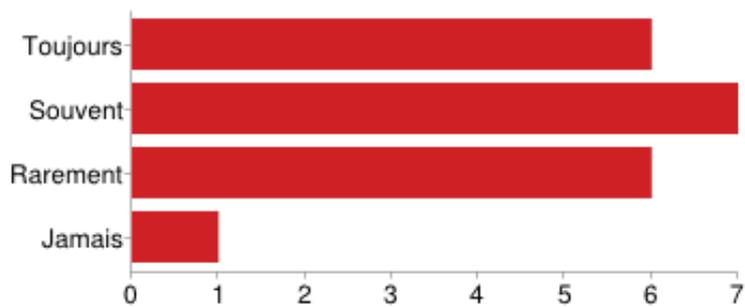
Toujours	<b>7</b>	30 %
Souvent	<b>9</b>	39 %
Rarement	<b>4</b>	17 %
Jamais	<b>0</b>	0 %

## Les directives anticipées sont recueillies si le résident en exprime le souhait [Dans mon service ...]



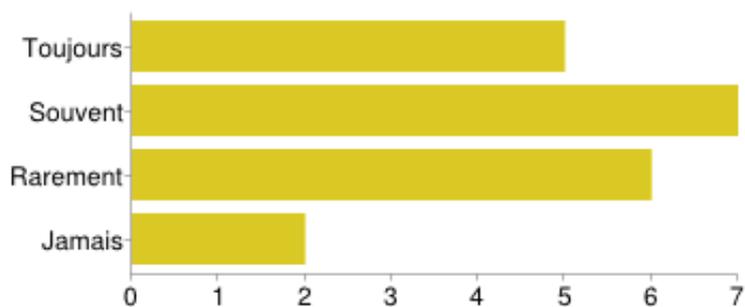
Toujours	<b>3</b>	13 %
Souvent	<b>7</b>	30 %
Rarement	<b>6</b>	26 %
Jamais	<b>2</b>	9 %

## 29. Un bilan des troubles nutritionnels est organisé [Dans mon service ...]



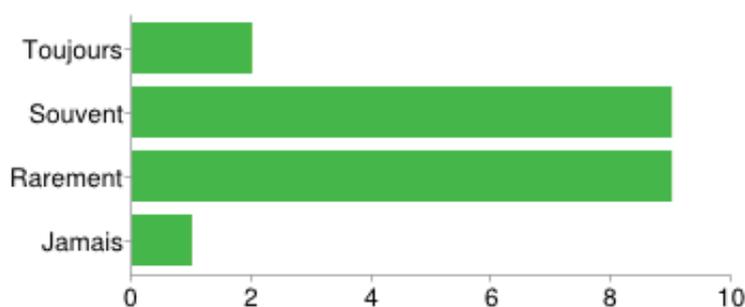
Toujours	<b>6</b>	26 %
Souvent	<b>7</b>	30 %
Rarement	<b>6</b>	26 %
Jamais	<b>1</b>	4 %

### 29. Un dépistage du risque d'escarre est organisé [Dans mon service ...]



Toujours	<b>5</b>	22 %
Souvent	<b>7</b>	30 %
Rarement	<b>6</b>	26 %
Jamais	<b>2</b>	9 %

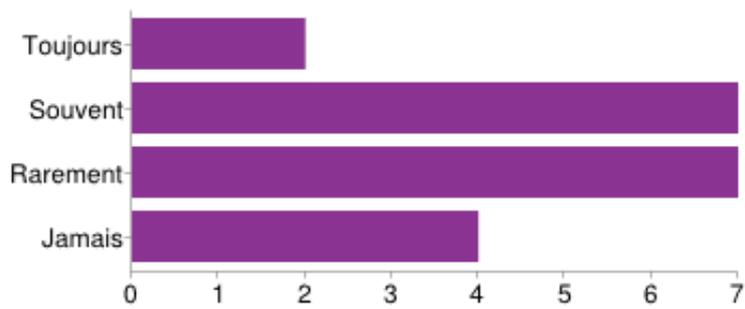
### 30. Un soutien psychologique est proposé si besoin [Dans mon service ...]



Toujours	<b>2</b>	9 %
Souvent	<b>9</b>	39 %
Rarement	<b>9</b>	39 %

Jamais 1 4 %

### 31. Un soutien social est proposé si besoin [Dans mon service ...]



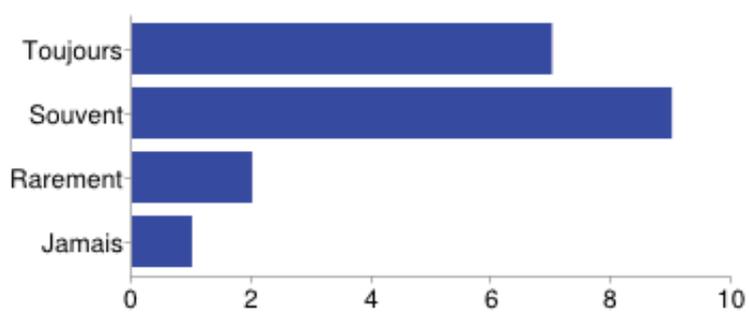
Toujours 2 9 %

Souvent 7 30 %

Rarement 7 30 %

Jamais 4 17 %

### 32. Le résident a un projet de vie formalisé [Dans mon service ...]



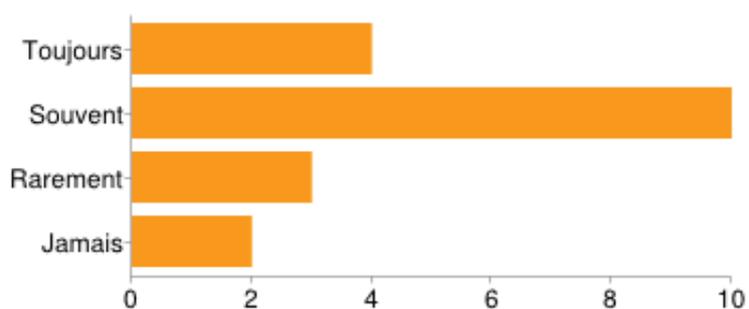
Toujours 7 30 %

Souvent 9 39 %

Rarement 2 9 %

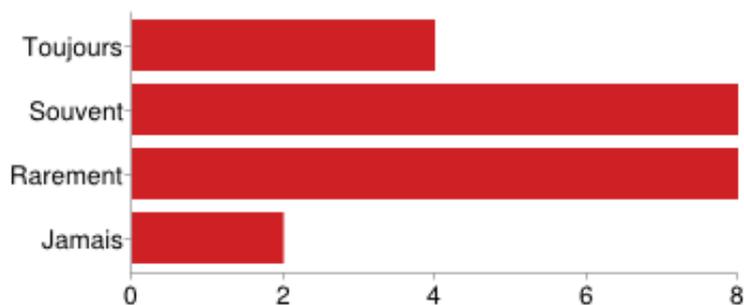
Jamais 1 4 %

### 33. Chaque résident (ou si nécessaire son entourage) a connaissance de son projet de vie individualisé. [Dans mon service ...]



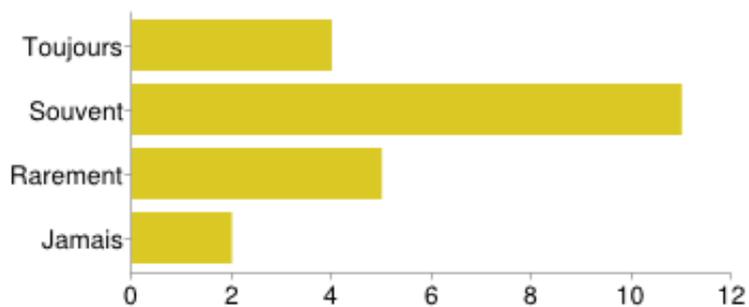
Toujours	<b>4</b>	17 %
Souvent	<b>10</b>	43 %
Rarement	<b>3</b>	13 %
Jamais	<b>2</b>	9 %

**34. Ce projet est réévalué et réactualisé régulièrement. [Dans mon service ...]**



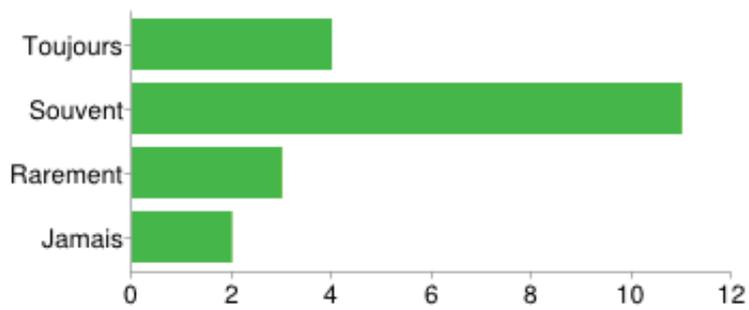
Toujours	<b>4</b>	17 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>8</b>	35 %
Jamais	<b>2</b>	9 %

**35. L'organisation des soins est adaptée au rythme des résidents [Dans mon service ...]**



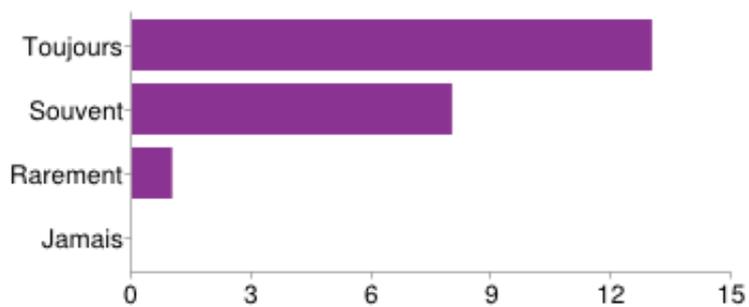
Toujours	<b>4</b>	17 %
Souvent	<b>11</b>	48 %
Rarement	<b>5</b>	22 %
Jamais	<b>2</b>	9 %

**36. Une information régulière est fournie au résident (ou si nécessaire à son entourage) sur son état de santé et les examens réalisés tout au long de sa prise en charge [Dans mon service ...]**



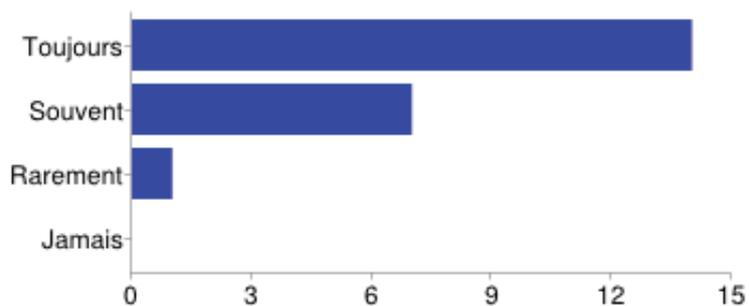
Toujours	<b>4</b>	17 %
Souvent	<b>11</b>	48 %
Rarement	<b>3</b>	13 %
Jamais	<b>2</b>	9 %

### 37. Les transmissions médicales et paramédicales sont tracées dans le dossier du résident [Dans mon service ...]



Toujours	<b>13</b>	57 %
Souvent	<b>8</b>	35 %
Rarement	<b>1</b>	4 %
Jamais	<b>0</b>	0 %

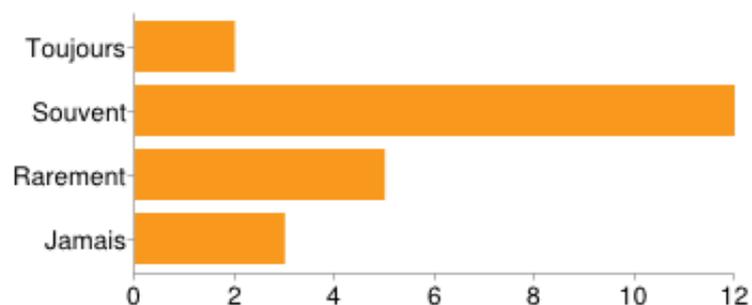
### 38. La coordination de la prise en charge des résidents entre professionnels est assurée [Dans mon service ...]



Toujours	<b>14</b>	61 %
Souvent	<b>7</b>	30 %
Rarement	<b>1</b>	4 %

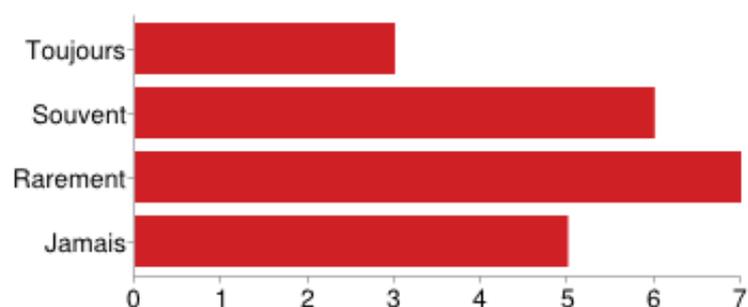
Jamais 0 0 %

### 39. Un programme d'éducation thérapeutique par une équipe formée est proposé au résident si nécessaire [Dans mon service ...]



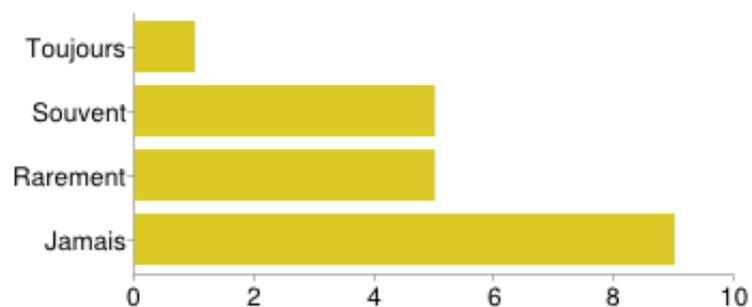
Toujours	2	9 %
Souvent	12	52 %
Rarement	5	22 %
Jamais	3	13 %

### 40. Le résident est informé des événements indésirables associés aux soins survenus lors de sa prise en charge [Dans mon service ...]



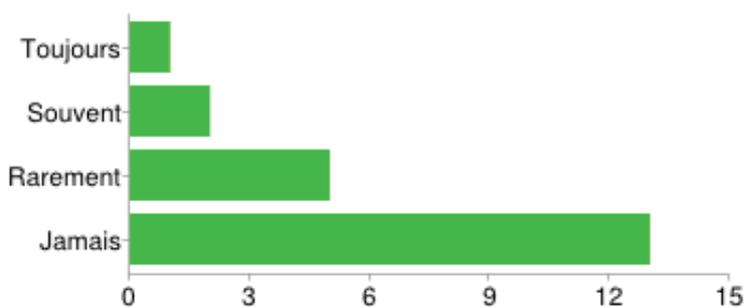
Toujours	3	13 %
Souvent	6	26 %
Rarement	7	30 %
Jamais	5	22 %

### 41. la période de jeûne nocturne est inférieure à 12h. [Dans mon service ...]



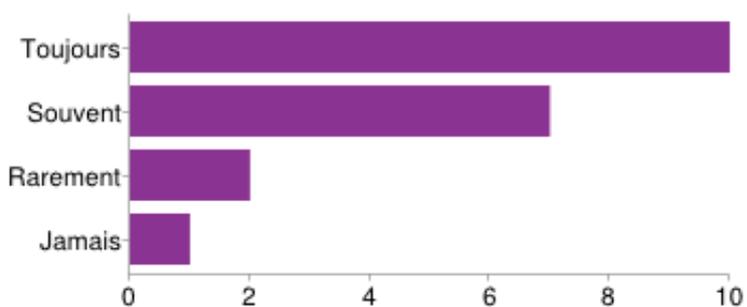
Toujours	1	4 %
Souvent	5	22 %
Rarement	5	22 %
Jamais	9	39 %

#### 42. Le résident participe au choix de son menu [Dans mon service ...]



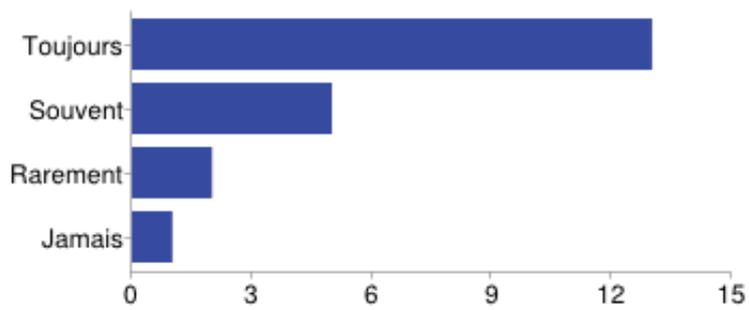
Toujours	1	4 %
Souvent	2	9 %
Rarement	5	22 %
Jamais	13	57 %

#### 43. Les horaires de visites sont adaptables [Dans mon service ...]



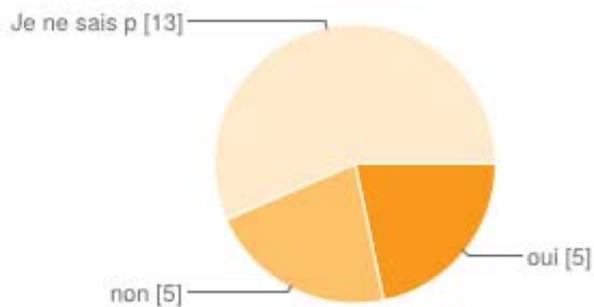
Toujours	10	43 %
Souvent	7	30 %
Rarement	2	9 %
Jamais	1	4 %

#### 44. Les pauses du personnel sont organisées en fonction de l'activité [Dans mon service ...]



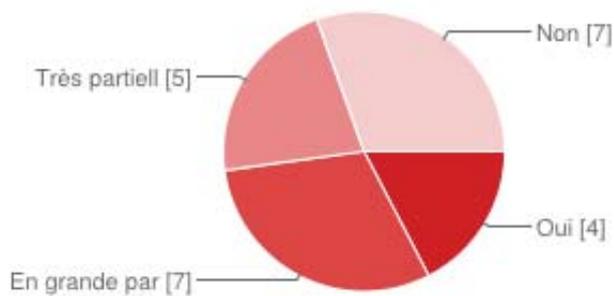
Toujours	<b>13</b>	57 %
Souvent	<b>5</b>	22 %
Rarement	<b>2</b>	9 %
Jamais	<b>1</b>	4 %

### Des affiches, documents d'information sur le thème de la bientraitance sont disponibles dans le service.



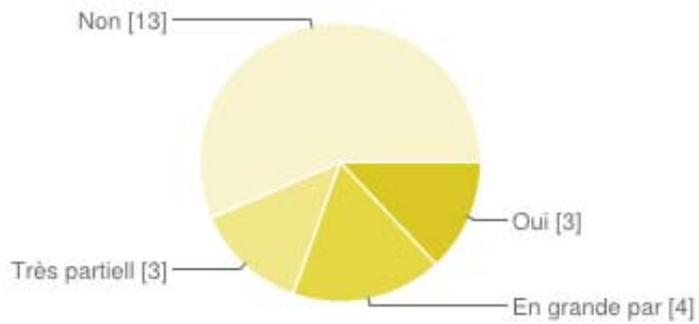
oui	<b>5</b>	22 %
non	<b>5</b>	22 %
Je ne sais pas	<b>13</b>	57 %

### J'ai bénéficié d'une procédure d'accueil et d'un accompagnement à la prise de poste lors de mon arrivée



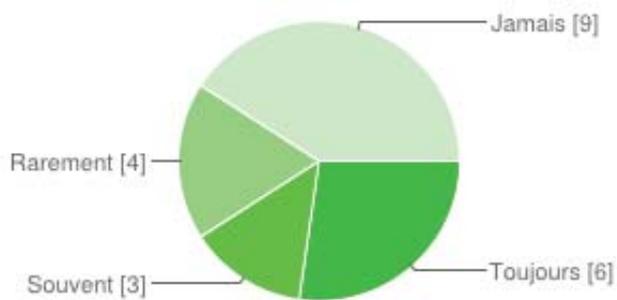
Oui	<b>4</b>	17 %
En grande partie	<b>7</b>	30 %
Très partiellement	<b>5</b>	22 %
Non	<b>7</b>	30 %

## Mes contraintes personnelles ont été prises en compte et des adaptations m'ont été proposées



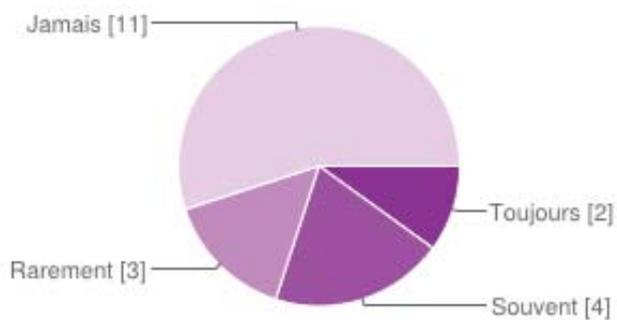
Oui	3	13 %
En grande partie	4	17 %
Très partiellement	3	13 %
Non	13	57 %

## Je peux participer aux staffs du service si je le souhaite



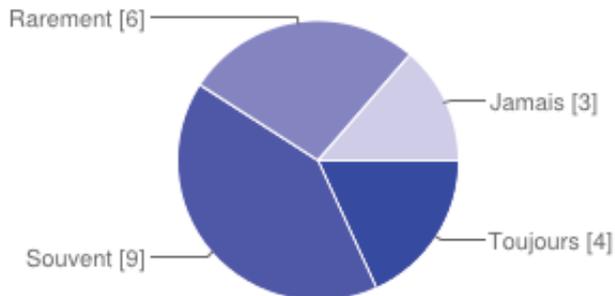
Toujours	6	26 %
Souvent	3	13 %
Rarement	4	17 %
Jamais	9	39 %

## Je peux participer à des staffs interdisciplinaires



Toujours	2	9 %
Souvent	4	17 %
Rarement	3	13 %
Jamais	11	48 %

### Je peux participer à des temps de synthèse concernant les résidents



Toujours	4	17 %
Souvent	9	39 %
Rarement	6	26 %
Jamais	3	13 %

### Qu'est-ce qui, dans votre organisation de travail ou vos conditions de travail actuelles, serait de nature à générer des situations à risque de maltraitance ?



L'absence de travail en équipe	5	22 %
L'absence de temps d'échanges interdisciplinaires ou transversaux	4	17 %
Le manque de temps	14	61 %
Le manque d'informations concernant le résident et ses habitudes de vie	7	30 %
Les changements fréquents au sein des équipes	14	61 %
Le manque de matériel adapté	8	35 %
Les locaux	8	35 %
Une formation insuffisante à la prise en charge des personnes âgées	3	13 %
Les contraintes de résultat	3	13 %
La non reconnaissance de votre travail	6	26 %
Autre	1	4 %

### **Avez-vous des commentaires ou des suggestions à faire concernant cette thématique bientraitance et cadre de travail ?**

Il y a un GROS manque de communications d'informations entre les Infirmières et les Aides-soignantes!!! Il y a aussi un GROS manque de présence des infirmières dans le service, nous pouvons joindre l'infirmière le plus souvent seulement par téléphone, ce qui est dommage pour une efficacité et une rapidité du soin demander par le résident, et par l'aide-soignant! Cette situation à l'EHPAD est révoltante, et pourrait tourner sous une forme de maltraitance envers les résidents qui ont besoins de soins quotidiennement. En espérant qu'il y ait bientôt et vite une amélioration à ce niveau !

Pousser les professionnels à analyser ce qu'ils vivent via de l'analyse de la pratique professionnelle pour pouvoir entrer dans une vision systémique de chaque service et ne pas laisser s'instaurer de situations délétères (phénomène de bouc émissaire par exemple). Permettre aussi aux soignants de "décharger" émotionnellement ou de désarmer certaines situations. Il leur faut un temps de synthèse pour construire une pensée commune autour du résident en intégrant les regards d'autres professionnels et leur permettre d'exprimer leur ressenti par rapport à certains résidents ou à des situations spécifiques. La mise en place de groupes de travail est à poursuivre. Ils permettent d'échanger avec d'autres pros et de donner une autre dimension à son travail qui s'intègre ainsi à l'EHPAD dans sa globalité et donne un second souffle au travail quotidien.

un manque de temps est évident dans l'établissement, la charge de travail est lourde et nous avons peu de temps auprès des résidents pour avoir un côté relationnel satisfaisant.

augmentation de personnel

### **Nombre de réponses quotidiennes**



# **ENQUETE**

## **« Professionnels hors EHPAD »**

## RESULTATS ENQUETES professionnels hors EHPAD

31 réponses, très majoritairement des femmes (titulaire avec une ancienneté supérieure à 2 ans, voire plus). 30 % travaillent en service de gériatrie ; 7 % SSR.

Peu significatif sur l'ensemble de l'établissement. Sensibilité gériatrique des répondants ?

Parmi les répondants 60 % ont déjà travaillé auprès des personnes âgées, et parmi eux, la moitié l'a délibérément choisie.

79 % estiment que le travail auprès des personnes âgées est valorisant (contre 68 % chez les futurs professionnels).

93 % considèrent qu'il est par contre très exigeant en termes de conditions de travail.

Pour 45 % des répondants, le travail auprès des PA impose de mettre de côté sa sensibilité et 55 % pensent le contraire. *Perception très personnelle liée à la sensibilité de chacun et à son propre vécu.* Même répartition chez les futurs professionnels.

69 % estiment que le travail auprès des PA n'est pas tellement différent en termes de charge émotionnelle que dans les autres services.

Pour 89 % des répondants, ce travail est perçu comme plus lourd et exigeant que dans les autres services ; en revanche, 85 % estiment que le travail auprès ne déshumanise pas la relation soignant/soigné et permet au contraire de développer une dimension relationnelle supplémentaire à la relation soignant/soigné.

Ils sont seulement 7% des répondants à se dire pas du tout attiré par ce secteur.

Pour 96 % des répondants ce secteur doit être valorisé et mis en avant auprès des nouveaux professionnels. 97 % considèrent qu'il doit être rendu plus attractif.

90 % pensent que c'est un secteur d'avenir mais 87 % pensent qu'il souffre d'une mauvaise image auprès des professionnels.

82 % pensent que ce secteur est porteur d'innovation

### **Qualificatifs retenus :**

Exigeant (16 %)

Important (14%)

Usant (12%)

Enrichissant (12%)

Eprouvant (10 %)

### **Les principales motivations pour travailler dans ce secteur :**

La dimension humaine et relationnelle (22%)

L'interdisciplinarité et le travail en équipe (16 %)

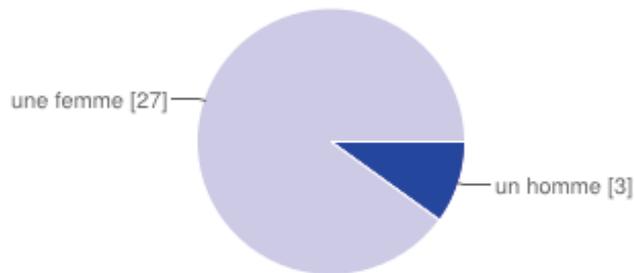
L'enrichissement personnel auprès de personnes ayant un vécu et une histoire (14%)

# 31 réponses

[Afficher toutes les réponses](#)[Publier les données analytiques](#)

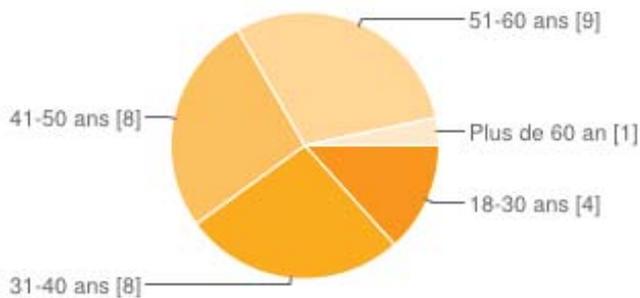
## Résumé

### vous êtes



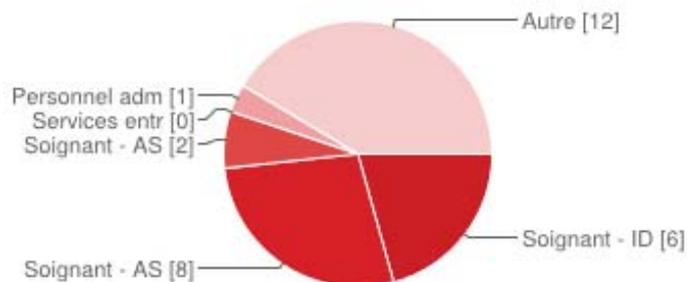
un homme	3	10 %
une femme	27	87 %

### Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?



18-30 ans	4	13 %
31-40 ans	8	26 %
41-50 ans	8	26 %
51-60 ans	9	29 %
Plus de 60 ans	1	3 %

### L'emploi que vous occupez actuellement :

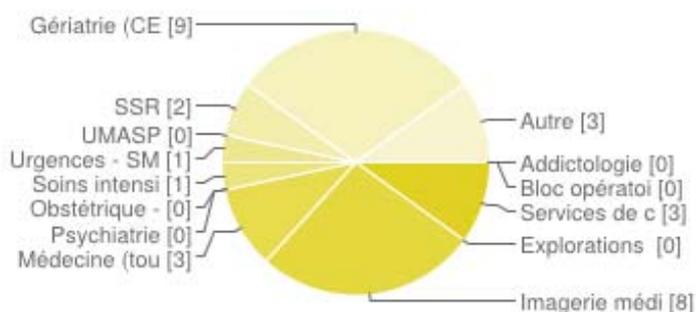


Soignant - IDE

6 19 %

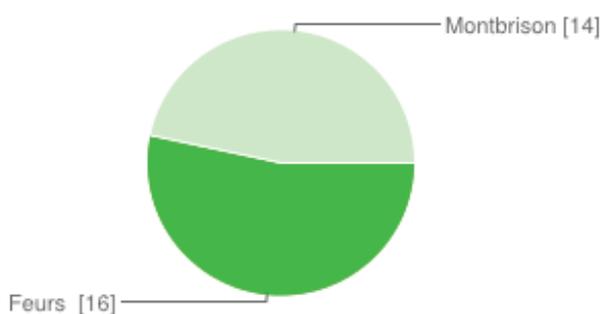
Soignant - AS	<b>8</b>	26 %
Soignant - ASH	<b>2</b>	6 %
Services entretiens, logistiques et techniques	<b>0</b>	0 %
Personnel administratif	<b>1</b>	3 %
Autre	<b>12</b>	39 %

### Dans quel service ou secteur de soins travaillez-vous ?



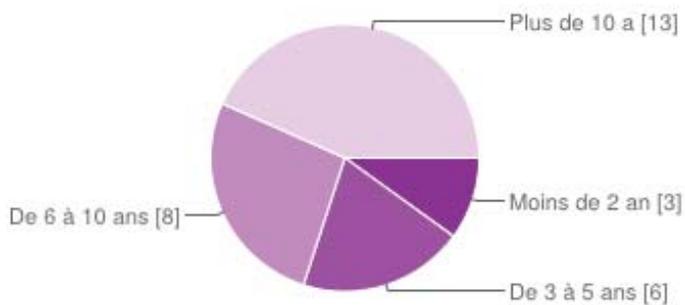
Addictologie	<b>0</b>	0 %
Bloc opératoire	<b>0</b>	0 %
Services de chirurgie (toutes spécialités confondues)	<b>3</b>	10 %
Explorations fonctionnelles - endoscopie	<b>0</b>	0 %
Imagerie médicale - laboratoire de biologie - pharmacie	<b>8</b>	26 %
Médecine (toutes spécialités confondues)	<b>3</b>	10 %
Obstétrique - Gynécologie - Périnatalité - Pédiatrie	<b>0</b>	0 %
Psychiatrie	<b>0</b>	0 %
Soins intensifs	<b>1</b>	3 %
Urgences - SMUR - UHCD	<b>1</b>	3 %
UMASP	<b>0</b>	0 %
SSR	<b>2</b>	6 %
Gériatrie (CEBEG, court séjour gériatrique, UMG, accueil de jour etc.)	<b>9</b>	29 %
Autre	<b>3</b>	10 %

### Sur quel site travaillez-vous ?



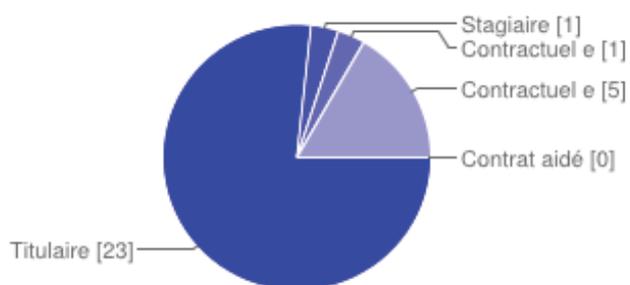
Feurs	<b>16</b>	52 %
Montbrison	<b>14</b>	45 %

### Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?



Moins de 2 ans	<b>3</b>	10 %
De 3 à 5 ans	<b>6</b>	19 %
De 6 à 10 ans	<b>8</b>	26 %
Plus de 10 ans	<b>13</b>	42 %

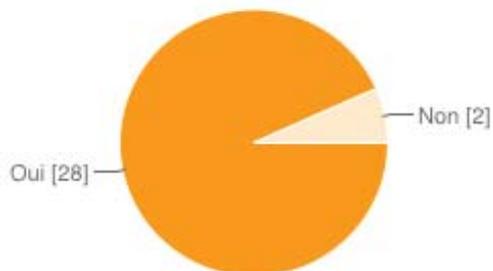
### Vous êtes



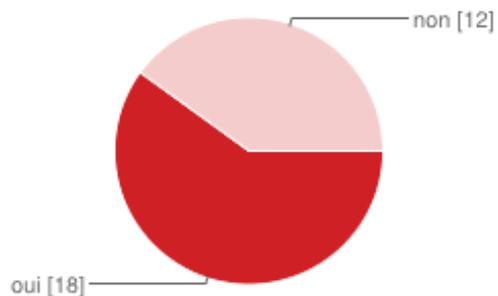
Titulaire	<b>23</b>	74 %
Stagiaire	<b>1</b>	3 %
Contractuel en CDI	<b>1</b>	3 %
Contractuel en CDD	<b>5</b>	16 %
Contrat aidé	<b>0</b>	0 %

### Durant votre carrière, avez-vous déjà travaillé auprès des personnes âgées ?

Oui	<b>28</b>	90 %
Non	<b>2</b>	6 %

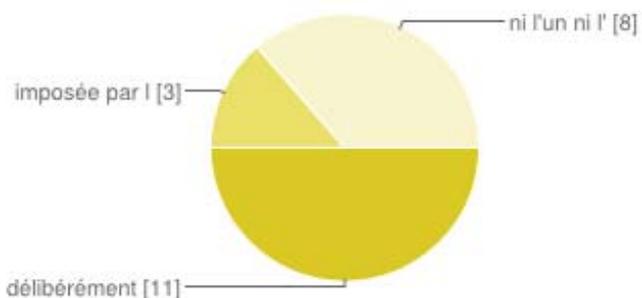


### Durant votre carrière, avez-vous déjà travaillé au sein d'un EHPAD\* ?



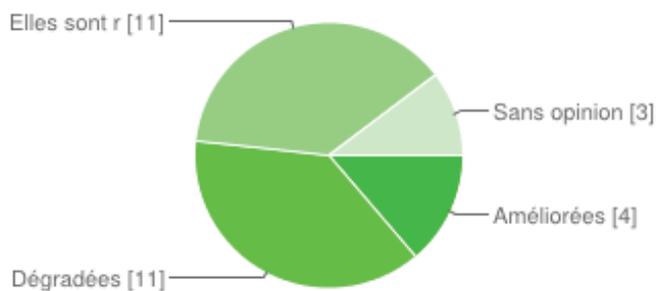
oui **18** 58 %  
non **12** 39 %

### Cette affectation a t-elle été pour vous ?



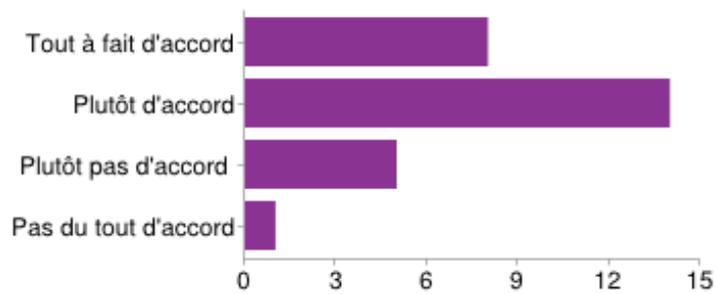
délibérément choisie	<b>11</b>	35 %
imposée par l'établissement	<b>3</b>	10 %
ni l'un ni l'autre, c'est une affaire de circonstance	<b>8</b>	26 %

### Concernant vos conditions de travail , diriez-vous que depuis ces deux dernières années celles-ci se sont :



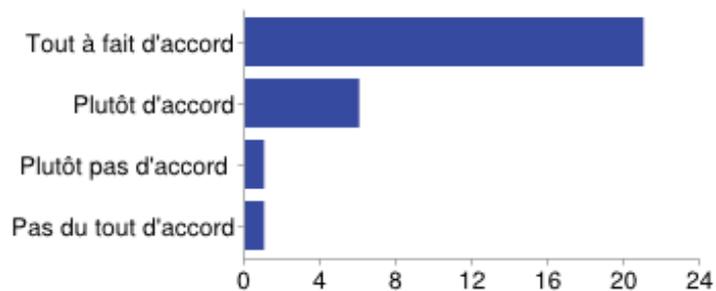
Améliorées	<b>4</b>	13 %
Dégradées	<b>11</b>	35 %
Elles sont restées inchangées	<b>11</b>	35 %
Sans opinion	<b>3</b>	10 %

### Est valorisant en tant que professionnel de santé [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



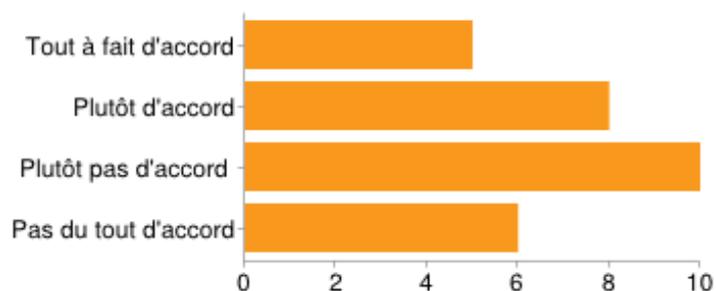
Tout à fait d'accord	<b>8</b>	26 %
Plutôt d'accord	<b>14</b>	45 %
Plutôt pas d'accord	<b>5</b>	16 %
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	3 %

### Est très exigeant en terme de conditions de travail [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



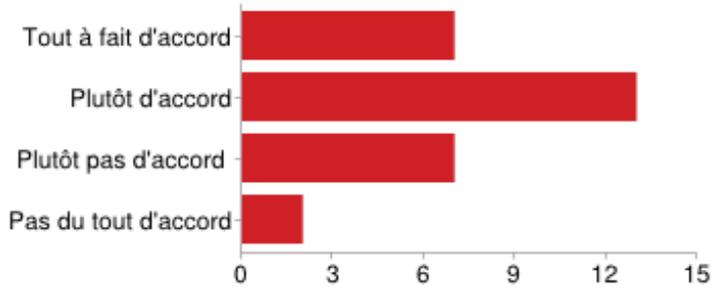
Tout à fait d'accord	<b>21</b>	68 %
Plutôt d'accord	<b>6</b>	19 %
Plutôt pas d'accord	<b>1</b>	3 %
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	3 %

### Impose de mettre de côté sa sensibilité [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



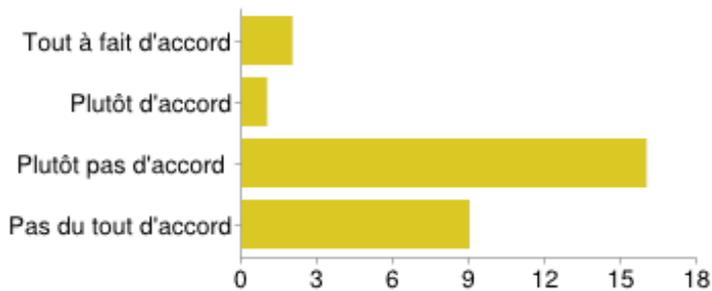
Tout à fait d'accord	<b>5</b>	16 %
Plutôt d'accord	<b>8</b>	26 %
Plutôt pas d'accord	<b>10</b>	32 %
Pas du tout d'accord	<b>6</b>	19 %

**N'est pas tellement différent en terme de charge émotionnelle que dans d'autres services [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



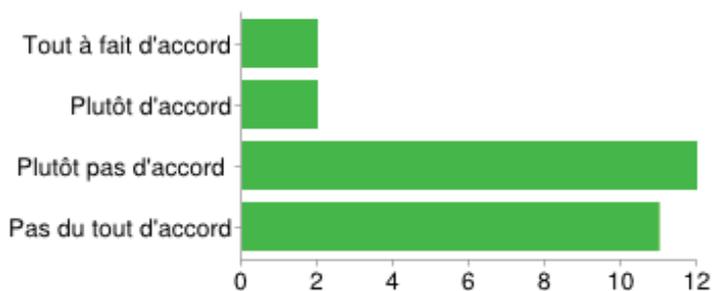
Tout à fait d'accord	<b>7</b>	23 %
Plutôt d'accord	<b>13</b>	42 %
Plutôt pas d'accord	<b>7</b>	23 %
Pas du tout d'accord	<b>2</b>	6 %

**Est moins lourd et exigeant que dans les autres services [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



Tout à fait d'accord	<b>2</b>	6 %
Plutôt d'accord	<b>1</b>	3 %
Plutôt pas d'accord	<b>16</b>	52 %
Pas du tout d'accord	<b>9</b>	29 %

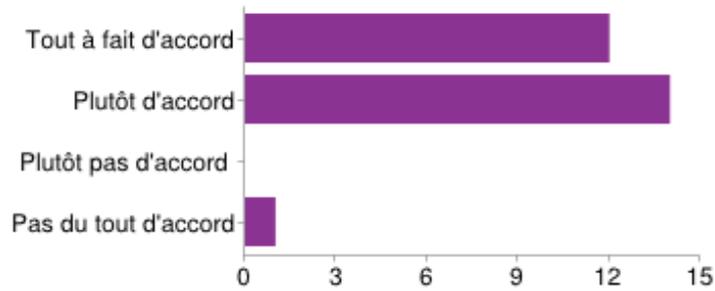
**Déshumanise la relation traditionnelle soignant/soigné [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



Tout à fait d'accord	<b>2</b>	6 %
Plutôt d'accord	<b>2</b>	6 %

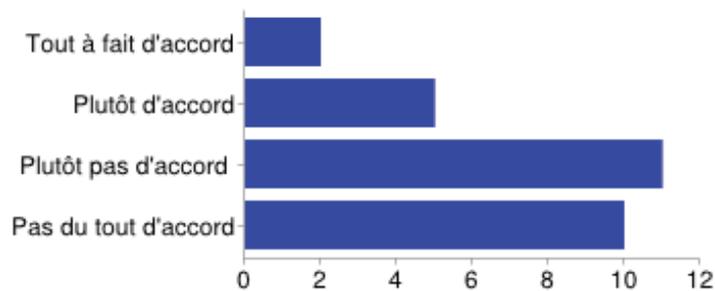
Plutôt pas d'accord **12** 39 %  
 Pas du tout d'accord **11** 35 %

**Permet de développer une dimension relationnelle supplémentaire à la relation soignant/soigné [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



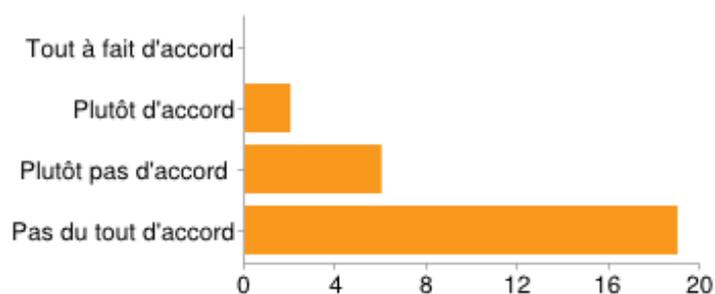
Tout à fait d'accord **12** 39 %  
 Plutôt d'accord **14** 45 %  
 Plutôt pas d'accord **0** 0 %  
 Pas du tout d'accord **1** 3 %

**N'est pas épanouissant sur le plan professionnel [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



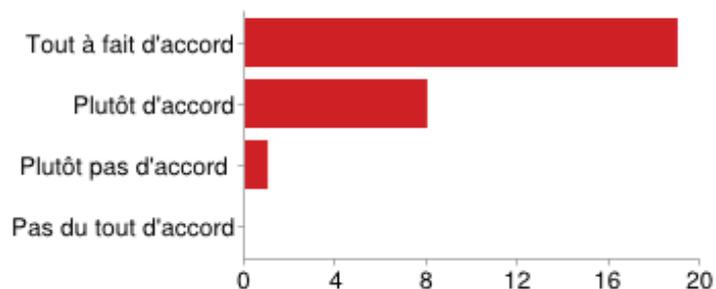
Tout à fait d'accord **2** 6 %  
 Plutôt d'accord **5** 16 %  
 Plutôt pas d'accord **11** 35 %  
 Pas du tout d'accord **10** 32 %

**M'est totalement inconnu et ne m'attire pas en tant que professionnel [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



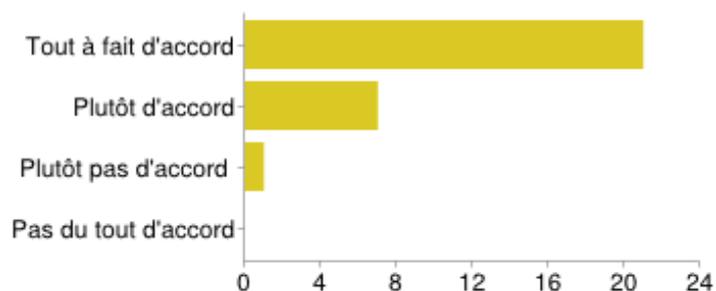
Tout à fait d'accord	<b>0</b>	0 %
Plutôt d'accord	<b>2</b>	6 %
Plutôt pas d'accord	<b>6</b>	19 %
Pas du tout d'accord	<b>19</b>	61 %

**Nécessite d'être valorisé et mis en avant auprès des nouveaux professionnels [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



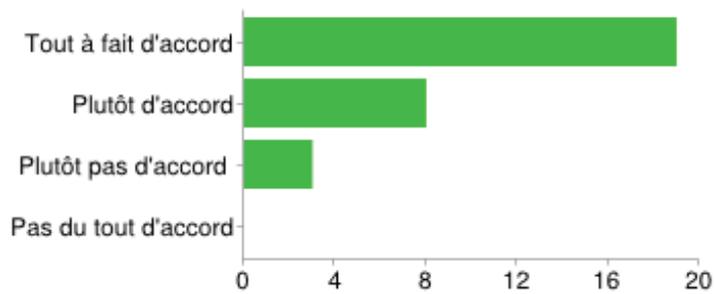
Tout à fait d'accord	<b>19</b>	61 %
Plutôt d'accord	<b>8</b>	26 %
Plutôt pas d'accord	<b>1</b>	3 %
Pas du tout d'accord	<b>0</b>	0 %

**Doit être rendu plus attractif [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



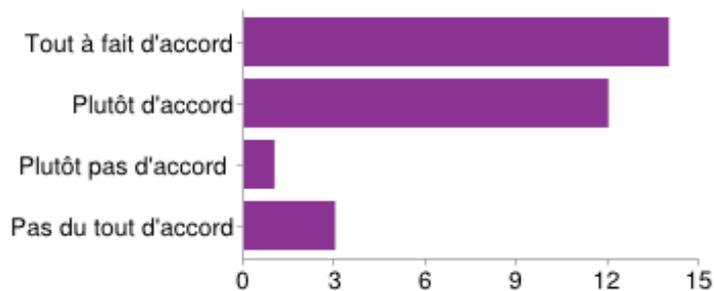
Tout à fait d'accord	<b>21</b>	68 %
Plutôt d'accord	<b>7</b>	23 %
Plutôt pas d'accord	<b>1</b>	3 %
Pas du tout d'accord	<b>0</b>	0 %

**Est un secteur d'avenir [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



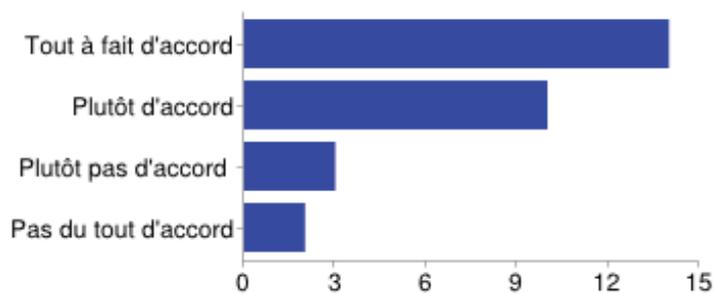
Tout à fait d'accord	<b>19</b>	61 %
Plutôt d'accord	<b>8</b>	26 %
Plutôt pas d'accord	<b>3</b>	10 %
Pas du tout d'accord	<b>0</b>	0 %

### **Souffre d'une mauvaise image auprès des professionnels [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



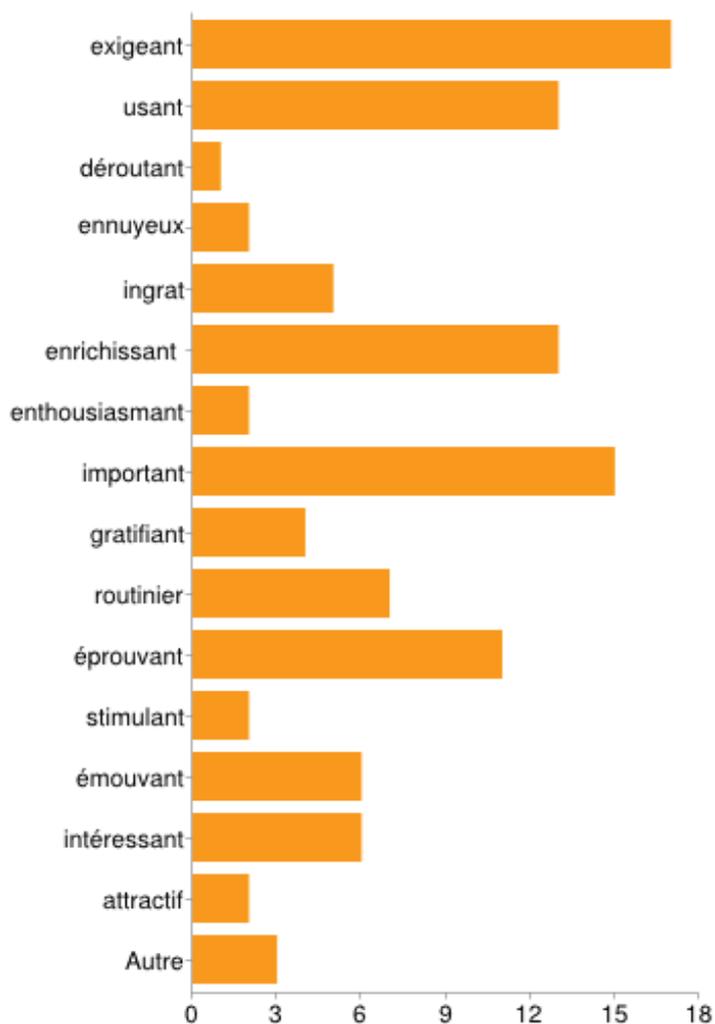
Tout à fait d'accord	<b>14</b>	45 %
Plutôt d'accord	<b>12</b>	39 %
Plutôt pas d'accord	<b>1</b>	3 %
Pas du tout d'accord	<b>3</b>	10 %

### **Propose de nouvelles approches de la relation de soins qui sont intéressantes et innovantes [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



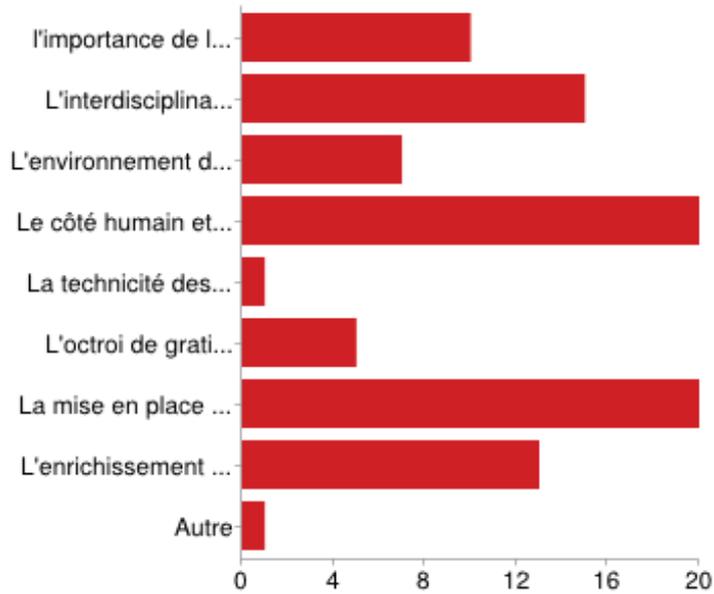
Tout à fait d'accord	<b>14</b>	45 %
Plutôt d'accord	<b>10</b>	32 %
Plutôt pas d'accord	<b>3</b>	10 %
Pas du tout d'accord	<b>2</b>	6 %

**Parmi les qualificatifs suivants, quels seraient les trois qualificatifs à retenir selon vous pour qualifier le travail auprès des personnes âgées ?**



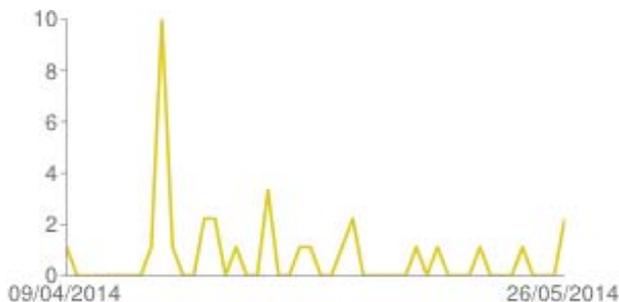
exigeant	<b>17</b>	55 %
usant	<b>13</b>	42 %
déroutant	<b>1</b>	3 %
ennuyeux	<b>2</b>	6 %
ingrat	<b>5</b>	16 %
enrichissant	<b>13</b>	42 %
enthousiasmant	<b>2</b>	6 %
important	<b>15</b>	48 %
gratifiant	<b>4</b>	13 %
routinier	<b>7</b>	23 %
éprouvant	<b>11</b>	35 %
stimulant	<b>2</b>	6 %
émouvant	<b>6</b>	19 %
intéressant	<b>6</b>	19 %
attractif	<b>2</b>	6 %
Autre	<b>3</b>	10 %

## En tant que professionnel, quelles seraient vos principales motivations pour travailler auprès des personnes âgées ?



l'importance de la prise en considération du grand âge dans nos sociétés modernes	<b>10</b>	32 %
L'interdisciplinarité et le travail en équipe	<b>15</b>	48 %
L'environnement de travail (locaux, moyens matériels ....)	<b>7</b>	23 %
Le côté humain et relationnel	<b>20</b>	65 %
La technicité des soins	<b>1</b>	3 %
L'octroi de gratification financière	<b>5</b>	16 %
La mise en place d'organisation de travail adaptée pour être davantage dans l'accompagnement	<b>20</b>	65 %
L'enrichissement personnel auprès de personnes ayant un vécu et une histoire	<b>13</b>	42 %
Autre	<b>1</b>	3 %

## Nombre de réponses quotidiennes



# ENQUETE « Elèves IDE/AS »

## RESULTATS ENQUETES Elèves infirmiers/aides-soignants (IFSI/IFAS)

77 réponses au total dont 69 proviennent d'élèves infirmiers et 8 d'élèves aides-soignants, soit 90 % de réponse proviennent des élèves infirmiers et 10 % d'EAS.

Explication possible : les élèves infirmiers représentent les trois quart des effectifs de l'école sur une année (car la formation se déroule sur trois ans à la différence des AS dont la formation ne dure qu'un an). **Promotions Elèves infirmières : 58 - Promotions Elèves aides-soignants : 40.** Au moment de la diffusion de cette enquête, 4 promotions sont théoriquement en formation, soit 214 élèves. Toutefois, les promotions en fin de cursus (IDE 3<sup>ème</sup> année et AS) sont en stage ce qui les rend difficilement accessibles et disponibles pour répondre à ces enquêtes.

Le calcul du taux de réponse sera donc réalisé sur la base des effectifs théoriques des promotions en formation au moment de la diffusion de l'enquête mais également sur la base des élèves effectivement accessibles et disponibles pour répondre.

**Taux de réponse théorique :  $77/214*100= 36 \%$**

**Taux de réponse corrigé :  $77/116*100 = 66,4 \%$**

79 % des enquêtés ont entre 18 et 30 ans.

\*\*\*

- Parmi les enquêtés, 70 % souhaitent travailler dans le secteur sanitaire hospitalier et 16 % à domicile en tant que libéral. Peu d'attractivité du secteur social ou médico-social ...Parmi les secteurs attractifs (urgences SMUR : 17 % ; Médecine toutes spécialités confondues : 10% ; services et soins à domicile : 10 % ; Obstétrique gynéco Pédiatrie : 12 % ; **gériatrie : 12 %**). **A noter 14 % qui n'ont pas de préférence.**
- 87 % des personnes enquêtées ont déjà travaillé auprès des personnes âgées et 83 % en EHPAD.
- 47 % des enquêtés ne savent pas encore précisément vers quelles spécialités s'orienter ; 38 % toutefois ne souhaitent pas travailler auprès des personnes âgées (16% seulement y sont favorables)
- Pour la très grande majorité des enquêtées (plus de 90 %), le travail auprès des personnes âgées n'est pas assez valorisé et valorisant et n'est pas assez mis en avant auprès des nouveaux professionnels. 90 % des enquêtés pensent que ce travail doit être rendu plus attractif (sur l'ensemble des réponses, seule une personne a utilisé le qualificatif « attractif » pour qualifier ce secteur).
- Paradoxalement, les enquêtés sont convaincus à 93 % que c'est un secteur d'avenir. 58 % pensent même qu'il peut rimer avec innovation. Pour 68 % des répondants, le travail auprès des PA est perçu comme valorisant contre 32 % d'opinion négative. 73 % des sondés le

considèrent potentiellement comme épanouissant et seulement 12 % ne sont pas du tout attirés par ce secteur. Il est considéré en revanche par une importante majorité (86 %) comme très exigeant en terme de conditions de travail...il est perçu également par la majorité des sondés comme beaucoup plus lourd et exigeant par rapport aux autres services.

\*\*\*

- Sur la manière dont sont perçues les conditions de travail en EHPAD, les avis des répondants à l'enquête sont partagés.
  - 26 % pensent que les conditions de travail auprès des personnes âgées se sont dégradées ces dernières années ;
  - 34 % pensent au contraire qu'elles se sont améliorées ; 17 % pensent qu'elles restent inchangées
  - 23 % n'ont pas d'opinion
- Concernant l'aspect émotionnel, affectif, 58 % des répondants considèrent que cet aspect est important et ne doit pas être mis de côté lorsque l'on travaille auprès des PA.. 42% des sondés pensent le contraire. De même, pour 53 % des sondés, le travail auprès des sondés n'impliquent pas une charge émotionnelle plus ou moins important que les autres secteurs ; 47 % pensent le contraire. Les avis sont donc partagés.
- En revanche, 79 % considèrent que le travail auprès des personnes âgées comporte une dimension supplémentaire qui est particulièrement essentielle. 77 % considèrent que le travail auprès des personnes âgées n'est pas déshumanisant. Les trois-quarts des répondants ne sont pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle le travail auprès des personnes âgées ne serait pas épanouissant sur le plan professionnel
- 12 % des répondants considèrent que le travail auprès des personnes âgées ne les intéresse pas du tout en tant que futur professionnel.

\*\*\*

- 94 % des répondants pensent que le travail auprès des personnes âgées nécessitent d'être valorisé et mis en avant auprès des nouveaux professionnels et 91 % considèrent qu'il doit être rendu plus attractif car il est pour 93 % un secteur d'avenir. **Paradoxalement, pour 87 % des répondants le travail auprès des personnes âgées souffrent d'une mauvaise image auprès des professionnels.** (cf enquêtes « professionnels hors EHPAD »).
- Les qualificatifs les plus retenus : enrichissant (16%) ; important (15%) ; routinier (15%) ; éprouvant (11%=) ; usant (10%) ; émouvant (11%).
- Les motivations pour travailler dans ce secteur : le côté humain et relationnel (28%) ; la mise en place d'organisation de travail adaptée pour pouvoir être davantage dans l'accompagnement (21%) ; l'enrichissement personnel auprès de personnes ayant un vécu et

une histoire (19%) ; le changement de vision de la société sur le grand âge (12%) et plus largement une modification des valeurs qui sous-tendent la société (cf l'approche danoise qui est mis en avant actuellement notamment dans le secteur des personnes âgées : voir maison de retraite du futur à Aalborg).

**Conclusion :**

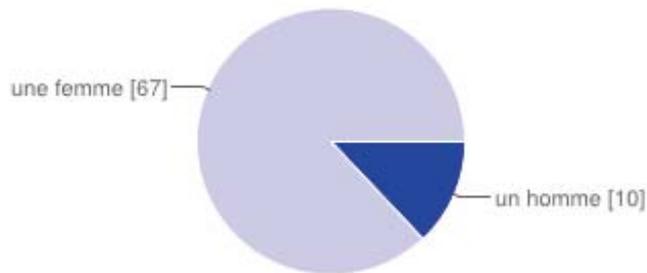
- A titre individuel, les répondants semblent avoir une image plutôt positive du travail auprès des PA qui apporterait même une dimension supplémentaire à la relation de soins. Malgré tout, une proportion assez importante de futurs professionnels (38%) ne souhaitent pas travailler dans ce secteur. Assez paradoxalement, ils sont ainsi assez nombreux à penser que ce secteur souffre d'une mauvaise image auprès des professionnels et doit être valorisé.
- La perception des conditions de travail est très partagée : certains considèrent qu'il s'agit de conditions de travail difficile qui ont tendance à se détériorer alors que d'autres pensent le contraire.

# 77 réponses

[Afficher toutes les réponses](#)[Publier les données analytiques](#)

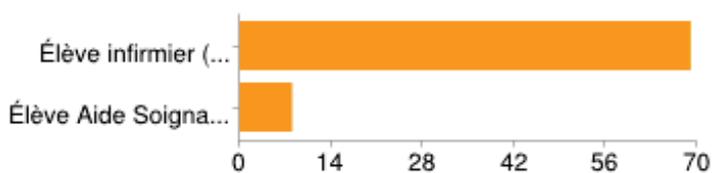
## Résumé

### Vous êtes



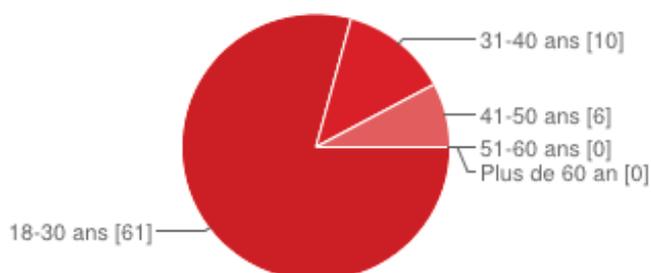
un homme	<b>10</b>	13 %
une femme	<b>67</b>	87 %

### Vous êtes



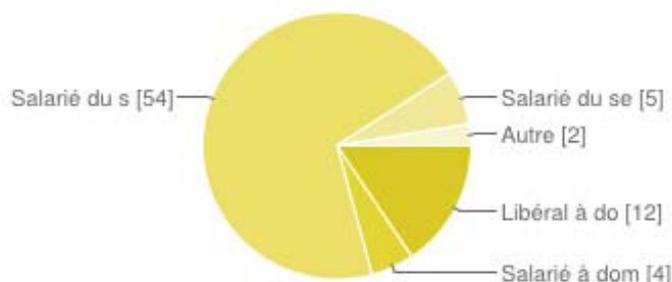
Élève infirmier (ière)	<b>69</b>	90 %
Élève Aide Soignant(e)	<b>8</b>	10 %

### Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?



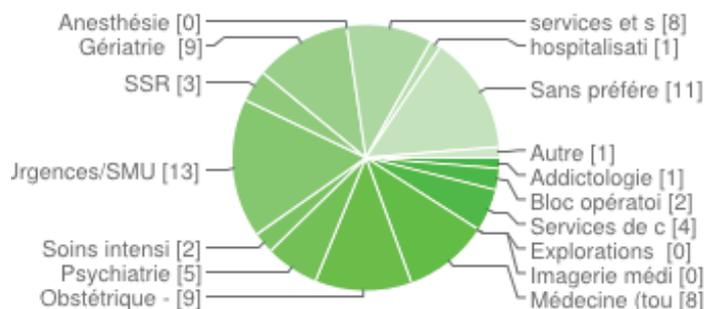
18-30 ans	<b>61</b>	79 %
31-40 ans	<b>10</b>	13 %
41-50 ans	<b>6</b>	8 %
51-60 ans	<b>0</b>	0 %
Plus de 60 ans	<b>0</b>	0 %

## Dans quel secteur souhaiteriez-vous travailler après votre formation ?



Libéral à domicile	<b>12</b>	16 %
Salarié à domicile	<b>4</b>	5 %
Salarié du secteur sanitaire (hôpital)	<b>54</b>	70 %
Salarié du secteur social ou médico-social	<b>5</b>	6 %
Autre	<b>2</b>	3 %

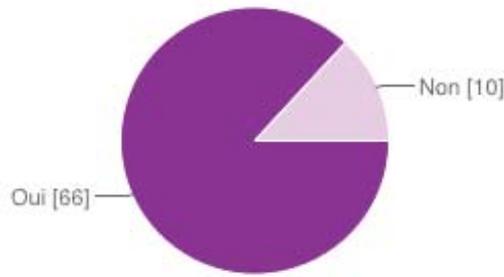
## Dans quel service ou secteur de soins aimeriez vous travailler de préférence ?



Addictologie	<b>1</b>	1 %
Bloc opératoire	<b>2</b>	3 %
Services de chirurgie (toutes spécialités confondues)	<b>4</b>	5 %
Explorations fonctionnelles - endoscopie	<b>0</b>	0 %
Imagerie médicale - laboratoire de biologie - pharmacie	<b>0</b>	0 %
Médecine (toutes spécialités confondues)	<b>8</b>	10 %
Obstétrique - Gynécologie - Périnatalité - Pédiatrie	<b>9</b>	12 %
Psychiatrie	<b>5</b>	6 %
Soins intensifs ou palliatifs	<b>2</b>	3 %
Urgences/SMUR	<b>13</b>	17 %
SSR	<b>3</b>	4 %
Gériatrie	<b>9</b>	12 %
Anesthésie	<b>0</b>	0 %
services et soins à domicile	<b>8</b>	10 %
hospitalisation à domicile	<b>1</b>	1 %
Sans préférence	<b>11</b>	14 %
Autre	<b>1</b>	1 %

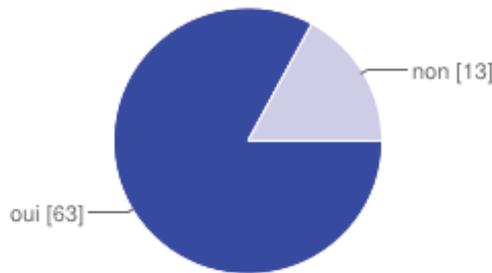
**Durant votre formation ou antérieurement à celle-ci, avez-vous déjà travaillé**

**auprès des personnes âgées ?**



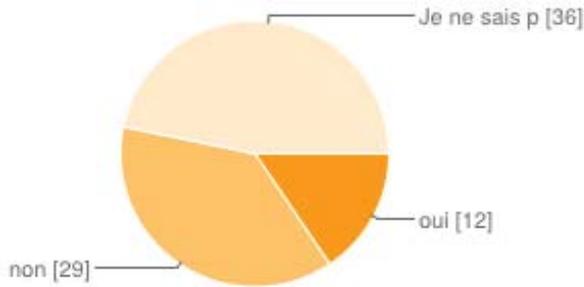
Oui	<b>66</b>	86 %
Non	<b>10</b>	13 %

**Durant votre formation ou antérieurement à celle-ci, avez-vous déjà travaillé en EHPAD ?**



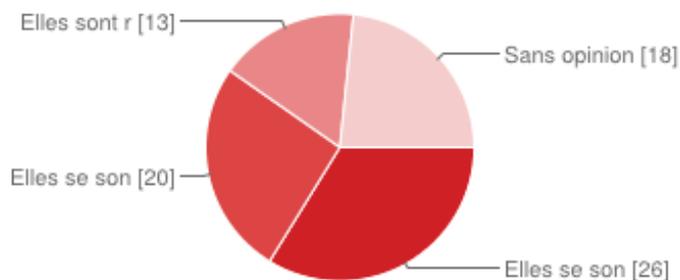
oui	<b>63</b>	82 %
non	<b>13</b>	17 %

**Souhaiteriez-vous vous orienter vers ce secteur à la fin de votre formation ?**



oui	<b>12</b>	16 %
non	<b>29</b>	38 %
Je ne sais pas encore	<b>36</b>	47 %

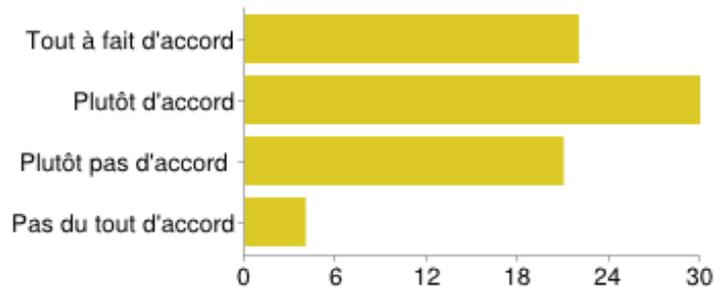
**Concernant l'évolution des conditions de travail auprès des personnes âgées ces dernières années, diriez vous que**



Elles se sont améliorées	<b>26</b>	34 %
--------------------------	-----------	------

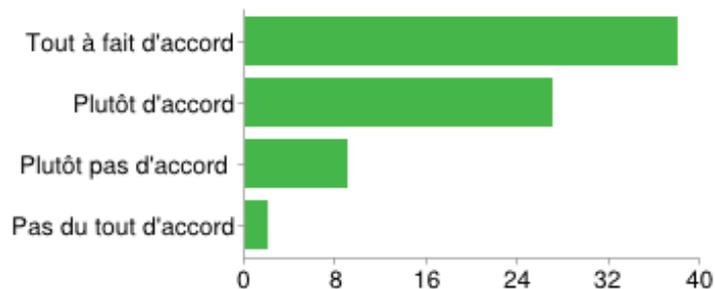
Elles se sont dégradées	<b>20</b>	26 %
Elles sont restées inchangées	<b>13</b>	17 %
Sans opinion	<b>18</b>	23 %

### Est valorisant en tant que professionnel de santé [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



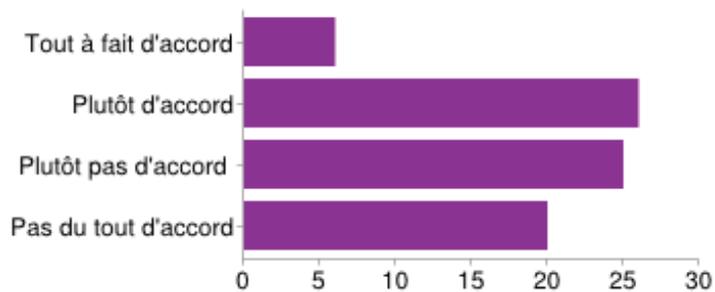
Tout à fait d'accord	<b>22</b>	29 %
Plutôt d'accord	<b>30</b>	39 %
Plutôt pas d'accord	<b>21</b>	27 %
Pas du tout d'accord	<b>4</b>	5 %

### Est très exigeant en terme de conditions de travail [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



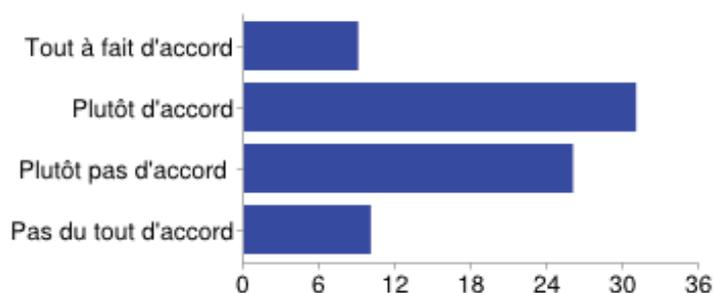
Tout à fait d'accord	<b>38</b>	49 %
Plutôt d'accord	<b>27</b>	35 %
Plutôt pas d'accord	<b>9</b>	12 %
Pas du tout d'accord	<b>2</b>	3 %

### Impose de mettre de côté sa sensibilité [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



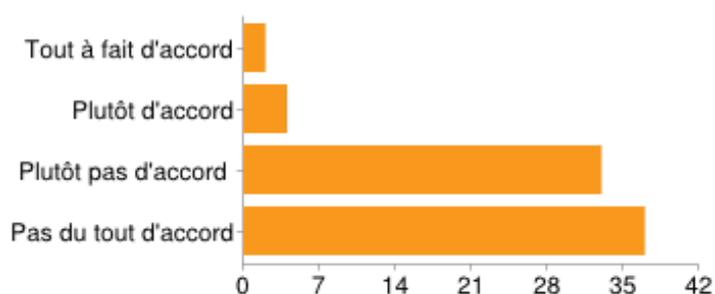
Tout à fait d'accord	<b>6</b>	8 %
Plutôt d'accord	<b>26</b>	34 %
Plutôt pas d'accord	<b>25</b>	32 %
Pas du tout d'accord	<b>20</b>	26 %

### N'est pas tellement différent en terme de charge émotionnelle que dans d'autres services [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



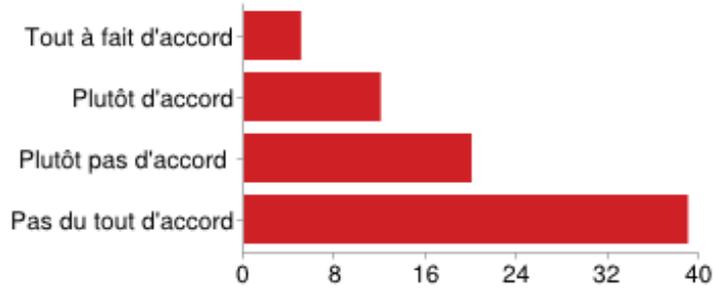
Tout à fait d'accord	<b>9</b>	12 %
Plutôt d'accord	<b>31</b>	40 %
Plutôt pas d'accord	<b>26</b>	34 %
Pas du tout d'accord	<b>10</b>	13 %

### Est moins lourd et exigeant que dans les autres services [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]



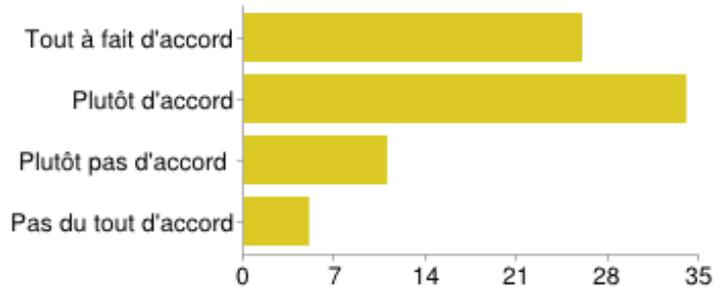
Tout à fait d'accord	<b>2</b>	3 %
Plutôt d'accord	<b>4</b>	5 %
Plutôt pas d'accord	<b>33</b>	43 %
Pas du tout d'accord	<b>37</b>	48 %

**Déshumanise la relation traditionnelle soignant/soigné [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



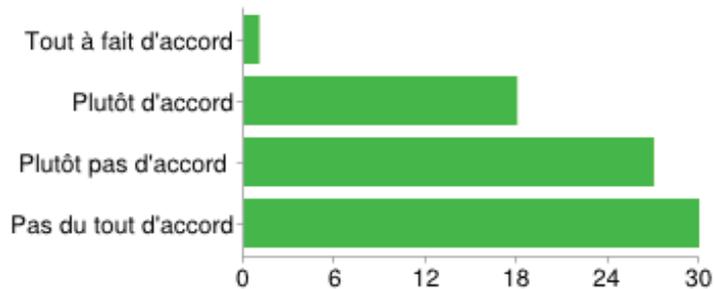
Tout à fait d'accord	<b>5</b>	6 %
Plutôt d'accord	<b>12</b>	16 %
Plutôt pas d'accord	<b>20</b>	26 %
Pas du tout d'accord	<b>39</b>	51 %

**Permet de développer une dimension relationnelle supplémentaire à la relation soignant/soigné [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



Tout à fait d'accord	<b>26</b>	34 %
Plutôt d'accord	<b>34</b>	44 %
Plutôt pas d'accord	<b>11</b>	14 %
Pas du tout d'accord	<b>5</b>	6 %

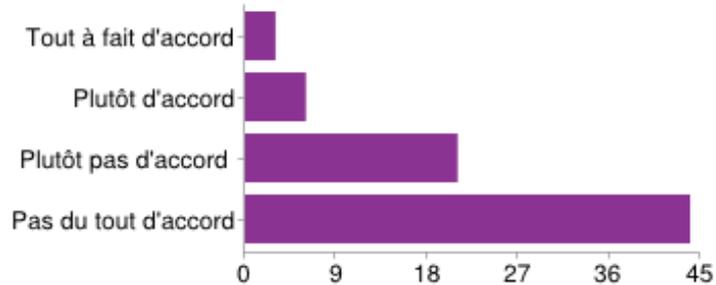
**N'est pas épanouissant sur le plan professionnel [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



Tout à fait d'accord	<b>1</b>	1 %
----------------------	----------	-----

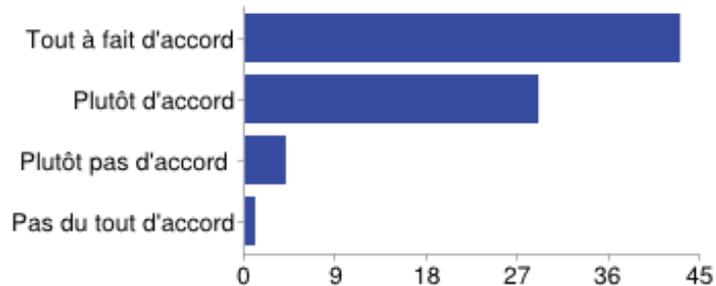
Plutôt d'accord	<b>18</b>	23 %
Plutôt pas d'accord	<b>27</b>	35 %
Pas du tout d'accord	<b>30</b>	39 %

**M'est totalement inconnu et ne m'attire pas en tant que professionnel [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



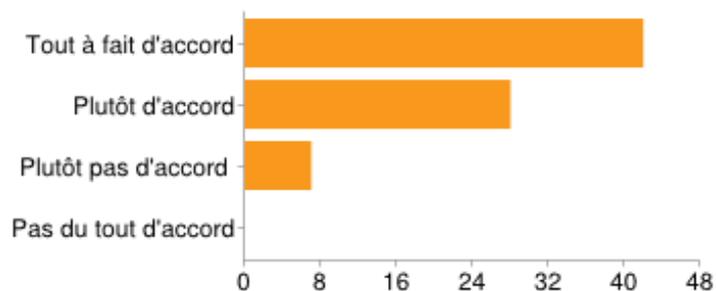
Tout à fait d'accord	<b>3</b>	4 %
Plutôt d'accord	<b>6</b>	8 %
Plutôt pas d'accord	<b>21</b>	27 %
Pas du tout d'accord	<b>44</b>	57 %

**Nécessite d'être valorisé et mis en avant auprès des nouveaux professionnels [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



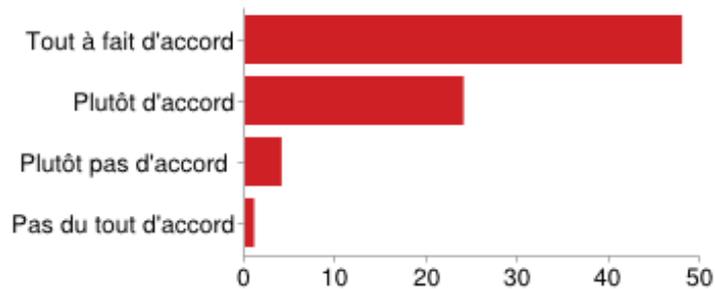
Tout à fait d'accord	<b>43</b>	56 %
Plutôt d'accord	<b>29</b>	38 %
Plutôt pas d'accord	<b>4</b>	5 %
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	1 %

**Doit être rendu plus attractif [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



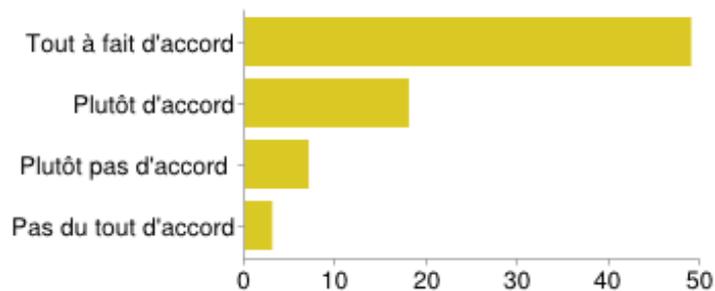
Tout à fait d'accord	<b>42</b>	55 %
Plutôt d'accord	<b>28</b>	36 %
Plutôt pas d'accord	<b>7</b>	9 %
Pas du tout d'accord	<b>0</b>	0 %

**Est un secteur d'avenir [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



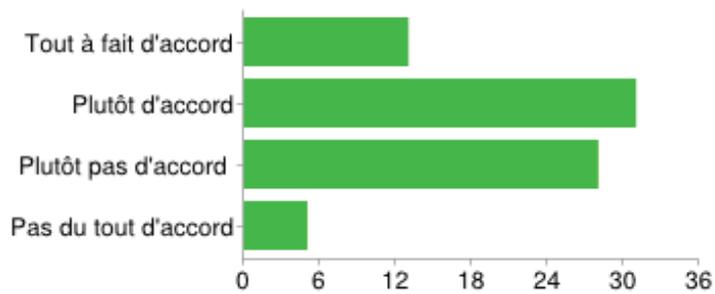
Tout à fait d'accord	<b>48</b>	62 %
Plutôt d'accord	<b>24</b>	31 %
Plutôt pas d'accord	<b>4</b>	5 %
Pas du tout d'accord	<b>1</b>	1 %

**Souffre d'une mauvaise image auprès des professionnels [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



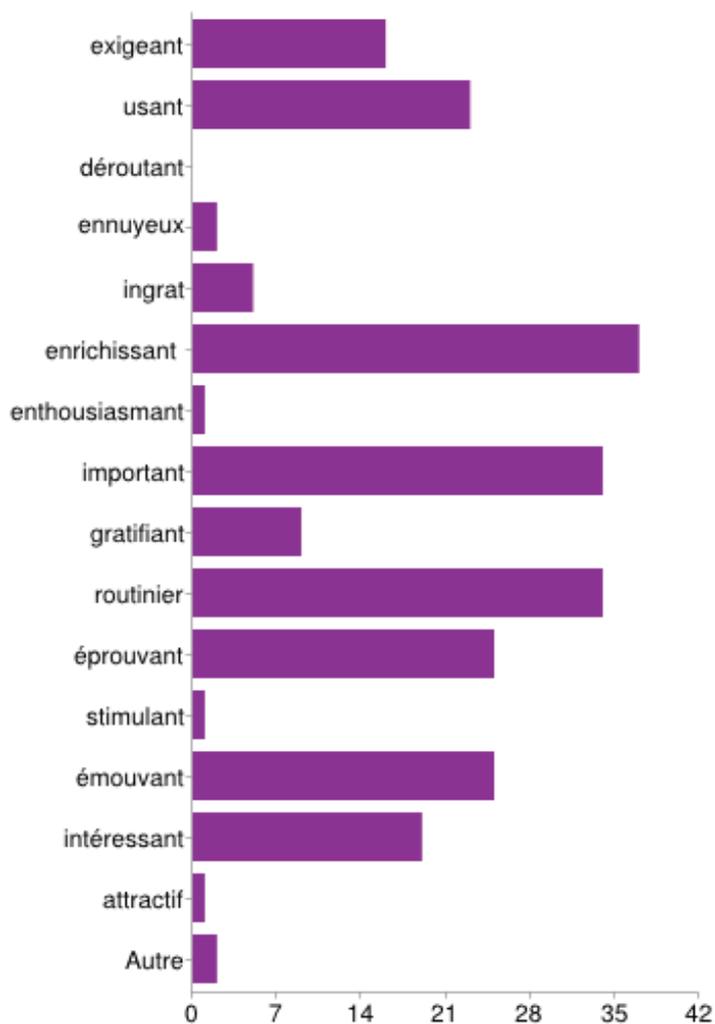
Tout à fait d'accord	<b>49</b>	64 %
Plutôt d'accord	<b>18</b>	23 %
Plutôt pas d'accord	<b>7</b>	9 %
Pas du tout d'accord	<b>3</b>	4 %

**Propose de nouvelles approches de la relation de soins qui sont intéressantes et innovantes [Vous diriez que le travail auprès des personnes âgées]**



Tout à fait d'accord	<b>13</b>	17 %
Plutôt d'accord	<b>31</b>	40 %
Plutôt pas d'accord	<b>28</b>	36 %
Pas du tout d'accord	<b>5</b>	6 %

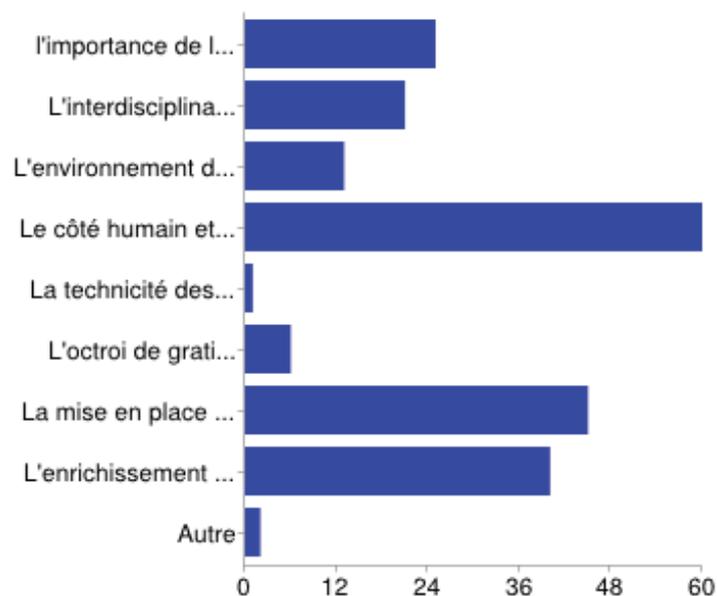
**Parmi les qualificatifs suivants, quels seraient les trois qualificatifs à retenir selon vous pour qualifier le travail auprès des personnes âgées ?**



exigeant	<b>16</b>	21 %
usant	<b>23</b>	30 %
déroutant	<b>0</b>	0 %
ennuyeux	<b>2</b>	3 %
ingrat	<b>5</b>	6 %

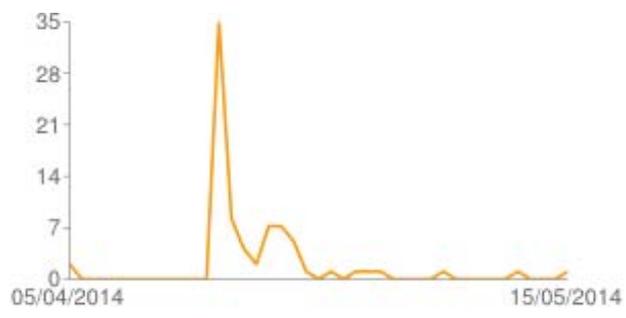
enrichissant	<b>37</b>	48 %
enthousiasmant	<b>1</b>	1 %
important	<b>34</b>	44 %
gratifiant	<b>9</b>	12 %
routinier	<b>34</b>	44 %
éprouvant	<b>25</b>	32 %
stimulant	<b>1</b>	1 %
émouvant	<b>25</b>	32 %
intéressant	<b>19</b>	25 %
attractif	<b>1</b>	1 %
Autre	<b>2</b>	3 %

### En tant que futur professionnel, quelles seraient vos principales motivations pour travailler auprès des personnes âgées ?



l'importance de la prise en considération du grand âge dans nos sociétés modernes	<b>25</b>	32 %
L'interdisciplinarité et le travail en équipe	<b>21</b>	27 %
L'environnement de travail (locaux, moyens matériels ....)	<b>13</b>	17 %
Le côté humain et relationnel	<b>60</b>	78 %
La technicité des soins	<b>1</b>	1 %
L'octroi de gratification financière	<b>6</b>	8 %
La mise en place d'organisation de travail adaptée pour être davantage dans l'accompagnement	<b>45</b>	58 %
L'enrichissement personnel auprès de personnes ayant un vécu et une histoire	<b>40</b>	52 %
Autre	<b>2</b>	3 %

### Nombre de réponses quotidiennes



## Annexe 3 : Modèle guide d'entretien

---

## **GUIDE D'ENTRETIEN MEDECIN DU TRAVAIL – Mémoire qualité de vie au travail et bienveillance**

### ➤ **PRESENTATION**

-Elève D3S - Mémoire professionnel sur le thème de la qualité de vie au travail et de la bienveillance des professionnels en EHPAD ; **Problématique abordée** : quels sont les enjeux de l'amélioration des conditions de travail et plus largement du bien-être au travail et les pistes d'amélioration possibles ? **OBJECTIF** : dégager, en tant que futur Directeur, une stratégie d'action adaptée à la situation et aux attentes des professionnels de l'établissement.

Q : Acceptez-vous que cet entretien soit enregistré ?

### ➤ **PRESENTATION DE L'INTERVIEWE**

- Ancienneté dans l'établissement
- Expérience professionnelle, centres d'intérêts

### ➤ **ENTRETIEN**

**QUESTION n°1 \_ S'agissant des professionnels de l'EHPAD, comment qualifieriez-vous leurs conditions de travail actuelles ? Quel est votre sentiment sur la situation actuelle de ces professionnels du point de vue de leurs conditions de travail ?**

- Fréquence : êtes-vous souvent sollicité pour des problématiques de santé au travail concernant l'EHPAD ? Est-ce que vous êtes plus ou moins sollicité que pour les autres services ? Disposeriez-vous de données chiffrées que vous pourriez me communiquer ?
- De quel type de situations êtes-vous le plus fréquemment saisi sur l'EHPAD ?
- Est-ce que, selon vous, il existe une pénibilité particulière du travail en EHPAD, si oui pourquoi ?

**QUESTION n°2 \_ En quoi, selon vous, les conditions de travail en EHPAD peuvent avoir une incidence sur l'attractivité du travail auprès des personnes âgées ?**

- Sur l'absentéisme (données chiffrées ?)
- Sur la fréquence des maladies professionnelles ou des accidents de travail ?
- Sur la motivation (ou démotivation) des professionnels ?
- Sur la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents ?

**QUESTION n°3 \_ Pour vous qu'est-ce qui participent des (bonnes ou mauvaises) conditions de travail dans un établissement ? (le type de management, la reconnaissance professionnelle, le cadre de travail en terme de locaux de moyens matériels à disposition, les relations avec les collègues, avec la hiérarchie, l'agressivité des résidents etc. ?)**

- Qu'est ce qui revient le plus dans vos entretiens de la part des professionnels

- Si vous aviez à classer, selon leur ordre d'importance, ces différents facteurs quels seraient les plus importants et les moins importants selon vous ?
- Est-ce qu'il y a d'autres aspects, autres que les conditions de travail à proprement parlé qui pourraient influencer le bien être des professionnels et la qualité de leur accompagnement (ex. l'image négative de la société sur le grand âge) ?

**QUESTION n° 4 Quels seraient selon vous les points qui pourraient améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de l'EHPAD ?**

**QUESTION n° 5 Ressentez-vous un désinvestissement, une démotivation de la part des professionnels, un manque de reconnaissance ?**

- Cela concerne-t-il tous les professionnels ou seulement certains d'entre eux ?
- Le manque de reconnaissance a-t-il une incidence sur le plan de la santé des professionnels ?

**QUESTION n° 6 Quelles solutions pourriez-vous me suggérer pour améliorer les conditions de travail et le bien être des professionnels en EHPAD ?**

BALAJAS

Corinne

8/9 décembre 2014

## Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion Geneviève LAROQUE 2013-2014

### **Enjeux et modalités de la bientraitance managériale : l'exemple du projet d'établissement de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez**

#### **Résumé :**

La qualité de vie au travail et l'épanouissement professionnel sont aujourd'hui une préoccupation de premier plan pour la plupart d'entre nous. Cet aspect a été particulièrement mis en avant, ces dernières années, dans le contexte de l'augmentation des risques psycho-sociaux de sorte que tout employeur, qu'il soit public ou privé, est désormais concerné par cette problématique. Dans le secteur médico-social, en particulier, l'augmentation des contraintes, de toutes sortes, pesant sur les professionnels accroissent considérablement la pénibilité au travail. En plus de majorer le risque d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, cette pénibilité accrue a une incidence directe sur la qualité du service rendu aux usagers. Le mal-être professionnel apparaît, en effet, comme un facteur de risques de maltraitance ou de non-qualité qu'un Directeur ne doit pas négliger. Alors que la promotion de la bientraitance vis-à-vis des usagers est devenue une priorité, depuis 2002, pour tout établissement sanitaire ou médico-social, il apparaît que celle-ci n'a de sens que si elle s'accompagne d'une politique institutionnelle de bientraitance à l'égard des professionnels. La bientraitance des professionnels est ainsi le point de départ obligé de toute démarche de promotion de la bientraitance à l'égard des usagers. Partant de ce constat, ce travail nous a mené à nous interroger sur les modalités de mise en œuvre de cette forme de management par la bientraitance ou « bientraitance managériale ». L'élaboration du projet d'établissement 2013-2018 de l'EHPAD du Centre Hospitalier du Forez a été l'occasion d'orienter les actions d'amélioration programmées pour les cinq ans à venir autour de cet axe prioritaire : améliorer les conditions de travail des professionnels pour une meilleure qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents. Le projet d'établissement constitue ainsi une première étape incontournable pour promouvoir la bientraitance mais non suffisante car elle nécessite, en effet, d'être déployée sur le long terme en s'appuyant sur un outil spécifique d'aide au déploiement de la bientraitance.

**Mots clés :** RECRUTEMENT ET FIDELISATION DES PROFESSIONNELS EN EHPAD - QUALITE DE VIE AU TRAVAIL – AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE – BIENTRAITANCE MANAGERIALE – QUALITE DE VIE DES RESIDENTS - PROJET D'ETABLISSEMENT

*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.*

