

EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2014 – 2015**

Albert JACQUARD

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Manager le changement de
l'organisation du travail en EHPAD :
enjeux, diagnostic, choix stratégiques**

***L'exemple de la résidence Anatole France
des Maisons de retraite publiques de
Frontignan – La Peyrade***

Nadège FRANCOZ

Remerciements

J'adresse mes plus chaleureux remerciements à :

- Mme Aurélie MASSON GALLEAN, chef d'établissement des *Maisons de retraite publiques de Frontignan – La Peyrade*, qui m'a accueillie en stage et m'a permis la réalisation de toutes les investigations utiles à la conception de ce mémoire ;
- Mmes Valérie BURLAS, psychologue de la résidence *Anatole France*, et Vanessa FERRER, coordonnateur de l'animation de l'établissement, pour leur grande disponibilité, le partage de leur expérience professionnelle, ainsi que pour notre riche collaboration lors de la formalisation du projet personnalisé du résident ;
- Mme Huguette BENADDI, cadre de santé de la résidence *Les Muscates*, pour sa contribution à l'analyse de la problématique ;
- tous les professionnels qui ont accepté de me rencontrer, de participer aux différents groupes de travail, et de répondre aux questions lors de nos entretiens et à l'enquête que j'ai conduite ;
- tous les résidents pour leur précieuse participation, de près ou de loin.

Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude à M. Jean-René LEDOYEN, enseignant à l'EHESP, pour son accompagnement et ses conseils avisés.

Je remercie mes amies, Céline FERNANDEZ et Anne-Marie MARTIN BOURNAZEL, pour leur soutien sans faille.

Je remercie affectueusement mon fils, Ian, pour sa patience et sa bonne humeur...

... et mes très chers parents, pour leur encouragement et leur présence tout au long de ce parcours.

« Seul, on va plus vite. Ensemble, on va plus loin. »

Proverbe africain

Sommaire

Introduction	1
1 L'existence d'enjeux multiples justifiant l'examen de l'organisation du travail ..	3
1.1 Des enjeux liés aux caractéristiques de la résidence <i>Anatole France</i>....	3
1.1.1 Une organisation du travail indissociable de l'architecture.....	3
1.1.2 Une évolution incontestable de la population accueillie	5
1.1.3 Des indicateurs d'activité illustrant une perte de vitesse.....	7
1.1.4 Un bilan confirmé définissant la résidence <i>Anatole France</i>	8
1.2 L'incidence de l'entrée en institution	9
1.3 Les innovations sémantiques en jeu.....	10
1.3.1 De l'EHPAD, lieu de fin de vie et de la prise en charge.....	10
1.3.2 ... à l'EHPAD, lieu de vie et de l'accompagnement	11
1.4 Un cadre législatif et réglementaire significatif	12
1.5 Le relai opéré par l'ANESM	14
1.6 Des modèles d'organisation du travail aux finalités variées	16
1.6.1 Le modèle aliénant de l'Ecole classique.....	16
1.6.2 L'influence de la dimension affective selon l'Ecole des relations humaines	17
1.6.3 Le jeu des acteurs au centre de la sociologie des organisations	17
1.7 Le directeur d'établissement confronté à ses propres enjeux	18
2 Les conclusions du diagnostic organisationnel motivant le changement.....	21
2.1 Le choix d'une démarche méthodologique exploratoire	21
2.2 Une présentation chiffrée des acteurs de l'organisation du travail	23
2.2.1 Le tableau des effectifs	23
2.2.2 La moyenne d'âge des agents	24
2.2.3 La proportion hommes / femmes.....	24
2.2.4 Le statut et la quotité de travail.....	24
2.3 L'organisation analysée à partir des plannings.....	25
2.3.1 Préambule : le lexique consacré	25

2.3.2	Un état des lieux contrasté pour les agents de service hospitalier	26
2.3.3	Une organisation des aides-soignants centrale mais dénaturée	28
2.3.4	Des infirmiers diplômés d'Etat prisonniers de leurs priorités	30
2.3.5	L'aspect global de l'organisation du travail : un défaut d'articulation et une transgression relative de la réglementation	32
2.3.6	Une enquête professionnelle à la recherche de points de résistance.....	33
2.4	L'organisation du travail appréhendée par d'autres acteurs essentiels	34
2.4.1	Plusieurs points faibles extraits de la journée type du résident	34
2.4.2	Des entretiens de résidents cristallisant le diagnostic	36
2.4.3	L'appréciation de plusieurs acteurs internes à l'organisation : une amorce de pistes de réflexion supplémentaires	37
2.5	L'analyse stratégique SWOT : une réponse aux hypothèses	39
3	Les axes choisis pour un pilotage stratégique du changement organisationnel	41
3.1	Positionner l'utilisateur comme acteur de son parcours.....	41
3.1.1	Fédérer l'équipe de travail autour du résident par la formalisation du projet d'accompagnement personnalisé.....	41
3.1.2	Négocier une nouvelle répartition des temps de travail disponibles adaptée aux besoins et aux attentes des résidents.....	46
3.1.3	Ancrer la personnalisation de l'accompagnement du résident dans les mentalités	50
3.2	Optimiser la gestion des ressources humaines.....	51
3.2.1	Ajuster la répartition des compétences aux besoins identifiés	51
3.2.2	Entretenir la motivation des équipes aux métiers en gérontologie.....	52
3.3	Pérenniser le changement.....	55
3.3.1	S'appuyer sur l'équipe opérationnelle et le cadre de santé	55
3.3.2	Moduler la décision au moyen du suivi des tableaux de bord	56
3.3.3	Dépasser les résistances par une communication efficace	57
	Conclusion	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMP	Aide médico-psychologique
ANAD	Aide de nuit à domicile
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
AS(D)	Aide-soignant (diplômé)
ASH(Q)	Agent de service hospitalier (qualifié)
CAE	Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CTE	Comité technique d'établissement
CVS	Conseil de vie sociale
DEAVS	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DESSMS	Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
DIPC	Dossier individuel de prise en charge
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
FFAS	Faisant fonction d'aide-soignant
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IDEC	IDE coordinateur
INSEE	Institut national des statistiques et des études économiques
PAP	Projet d'accompagnement personnalisé
PARA	Plateforme d'accompagnement et de répit pour les aidants familiaux
PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
PDA	Préparation des doses à administrer
PMP	PATHOS moyen pondéré
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RBPP	Recommandation de bonnes pratiques professionnelles
RTT	Réduction du temps de travail
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile

Introduction

Si manager le changement de l'organisation du travail en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) s'avère un sujet ambitieux, en raison de la complexité induite par l'interaction des concepts le composant, il n'en demeure pas moins, qu'il engage le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, à la fois, à comprendre la réalité du contexte professionnel, et à témoigner de compétences indispensables à l'exercice de son métier.

En effet, dit simplement, *une organisation est un ensemble humain structuré par des finalités d'action et de production*¹, mais en reprenant les propos de Michel FOUURIAT², elle se définit comme *un ensemble de règles prescriptives qui visent à rendre prévisibles les comportements de ses membres*. Nonobstant, il précise que l'organisation ne peut se réduire à ces règles, dans la mesure où les comportements et les interactions observés ne sont pas toujours ceux attendus. Par ailleurs, à propos du concept de changement, il admet son ambiguïté et propose trois désignations possibles :

- le changement comme *projet*, se définit au travers d'objectifs à atteindre ;
- le changement comme *résultat*, renvoie au constat de la transformation finale ;
- le changement comme *processus*, évoque la démarche utilisée.

Enfin, manager, terme provenant de la langue anglaise, revêt deux dimensions, compte tenu d'une origine italienne, « *maneggiare* », qui signifie l'action de conduire, et d'une origine latine, « *manus* », dérivée de la racine indo-européenne « *ma* », qui signifie l'action de construire. Autrement dit, manager le changement organisationnel convie au double questionnement : de la stratégie employée par le directeur et des outils mobilisés.

Qui plus est, les personnes âgées représentent aujourd'hui un ensemble fortement hétérogène, résultat d'une transformation des réalités de l'âge depuis les années 1970, et de l'apparition du concept de dépendance à la fin des années 1990, si bien qu'il compte désormais, aussi bien des jeunes retraités et des personnes très âgées que des personnes âgées dépendantes, et l'EHPAD a vocation à toutes les accueillir. Aussi, l'instauration des conventions tripartites en 1999, a confirmé l'exigence de qualité et de sécurité pour ces établissements au travers d'un projet d'établissement et d'une démarche de protocole, de procédure, de qualification et d'évaluation. Dès lors, l'organisation du travail en EHPAD, dont la responsabilité revient au directeur, doit être en mesure d'y répondre pour notamment

¹ *Verbatim*

² FOUURIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 351 p.

produire à l'égard du résident *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité*³.

En conséquence, un examen de l'organisation du travail peut s'imposer et celui-ci, adossé à la formalisation du projet d'accompagnement personnalisé⁴ du résident, ont fait l'objet de missions assurées pendant le stage de professionnalisation au sein des *Maisons de retraite publiques de Frontignan – La Peyrade*.

Précisément, cet établissement autonome, réparti sur trois sites géographiques de la commune — deux en centre-ville pour les résidences *Saint-Jacques* et *Anatole France*, et un à La Peyrade pour la résidence *Les Muscates* — se compose de trois EHPAD, dont la capacité totale d'accueil s'élève à 219 lits, intégrant un secteur protégé de 12 lits, ainsi qu'un Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) de 12 places. L'établissement a également vocation à accueillir 15, 45 et 22 autres usagers, respectivement en service d'accueil de jour, Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et Aide de nuit à domicile (ANAD).

L'opportunité des deux missions évoquées a été saisie compte tenu de nouveaux objectifs fixés dans le projet d'établissement 2014 – 2017 et de préconisations émises à l'issue de l'évaluation externe en décembre 2014 à ce titre, et fait émerger une interrogation principale : En quoi une organisation du travail répond-elle aux exigences de qualité imposées par la loi ?

Dès lors, trois hypothèses peuvent être soulevées :

- l'organisation du travail ne répond pas aux besoins et aux attentes des résidents ;
- l'organisation du travail souffre de l'absence d'articulation et d'une réelle cohésion d'équipe ;
- l'effet de groupe concourt au maintien d'une résistance au changement.

Pour répondre à la question et valider les hypothèses, l'investigation, menée au sein de la résidence *Anatole France*, a été circonscrite aux professionnels intervenant dans les actes de soins et d'accompagnement : infirmiers, aides-soignants et agents de service hospitalier.

Ainsi, une première partie, introduite par une présentation de la résidence, abordera les différents enjeux justifiant l'examen de l'organisation du travail. Puis, une seconde partie, initiée quant à elle au moyen de la méthodologie adoptée, permettra d'aboutir aux principales conclusions du diagnostic. Enfin, une dernière partie proposera des axes d'amélioration composant un plan d'actions que le directeur devra élaborer.

³ CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, article L. 311-3-3°

⁴ Ou : projet de vie individualisé

1 L'existence d'enjeux multiples justifiant l'examen de l'organisation du travail

Ces enjeux se distinguent selon la position adoptée : interne ou externe à l'institution ou bien partant de l'individu.

Il est possible de mettre en évidence l'existence d'enjeux propres au terrain d'étude qui requiert une description de celui-ci.

1.1 Des enjeux liés aux caractéristiques de la résidence *Anatole France*

Un bilan définissant la résidence *Anatole France* est possible à partir de l'exposé des caractéristiques relatives à son architecture, la population accueillie et les indicateurs d'activité.

Tout d'abord, une photographie de la disposition des logements en fonction de leur type, apporte des éléments pratiques pour une première approche de l'organisation du travail.

1.1.1 Une organisation du travail indissociable de l'architecture

Le bâtiment de la résidence *Anatole France* a été construit en 1985 par une société privée à but lucratif sur le modèle des logements foyers. La faillite de cette société a entraîné d'une part, le rachat par la ville de Frontignan des emprunts à long terme, d'autre part, la concession de sa gestion à l'ancien Hospice *Saint – Jacques* devenu maison de retraite médicalisée en 1975. L'ensemble a pris le statut d'établissement autonome habilité à l'aide sociale en 1992, puis celui d'EHPAD en 2001. La résidence est par ailleurs implantée en face de l'école primaire et à proximité des commerces.

D'une surface totale de 7 500 m², la résidence s'étend sur trois étages au-dessus du rez-de-chaussée, au niveau duquel sont établis les services administratifs et la cuisine centrale de l'établissement, ainsi que la salle à manger, le bureau infirmier, la salle d'animation et la salle de télévision de la résidence. Les chambres et les appartements sont situés aux étages, à l'exception de deux d'entre eux au rez-de-chaussée. Les étages comprennent trois ailes chacun : ailes Est, Centre, Ouest. La résidence comprend 101 logements, individuels de type T1 et T1bis, et de type T2 pour les couples (*tableau 1*).

Tableau 1 : Répartition des logements par étage

	T1 : 30 m ²	T1bis : 33 m ²	T2 : 48 m ²	Total Logements	Total Lits
RDC		2		2	2
1 ^{er} étage	4	27	3	34	37
2 ^{ème} étage	4	27	1	32	33
3 ^{ème} étage	4	23	1	28	29
				96	101

Les logements offrent un certain confort. Ils sont composés :

- d'une chambre et de sanitaires pour les T1 ;
- d'une chambre, de sanitaires, d'une kitchenette et d'un balcon pour les T1bis ;
- d'une pièce commune, d'une chambre séparée avec deux lits, de sanitaires, d'une kitchenette et d'un balcon pour les T2.

Si l'espace privatif des résidents est particulièrement privilégié avec des logements de 37 m² en moyenne, la conception architecturale souffre de l'absence d'office affecté à chaque étage, ce qui oblige à un parcours de distances non négligeables par les professionnels et n'est pas sans conséquence sur la capacité de se repérer des résidents. De plus, la description de la répartition géographique des logements (*tableau 2*) donne un aperçu simplifié de l'agencement architectural du bâtiment, ce qui pourra être un outil utile à l'analyse des tâches et de la charge de travail des professionnels.

Tableau 2 : Répartition géographique des logements aux étages

	Aile Ouest	Aile Centre	Aile Est
	1^{er} étage		
T1 (30 m ²)		119, 120	121, 122
T1bis (33 m ²)	103, 104, 105, 106, 107, 108, 109	110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118	123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134
T2 (48 m ²)	101, 102		127
	2^{ème} étage		
T1 (30 m ²)		219, 220	221, 222
T1bis (33 m ²)	201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209	210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218	223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 231, 232
T2 (48 m ²)			227
	3^{ème} étage		
T1 (30 m ²)		317, 318	319, 320
T1bis (33 m ²)	301, 302, 303, 304, 305, 306, 307	308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316	321, 322, 323, 324, 326, 327, 328
T2 (48 m ²)			325

Ensuite, la classification des résidents en fonction de leur âge et de leur niveau de dépendance justifie une adaptation de l'organisation du travail.

1.1.2 Une évolution incontestable de la population accueillie

Sont hébergées au sein de la résidence *Anatole France*, des personnes âgées originaires pour 39 % de Frontignan, 25 % en dehors du département, 18 % de Sète et 18 % de diverses communes voisines.

Le GMP (Groupe iso-ressources moyen pondéré) a été validé à 623 à la fin de l'année 2014. Il est le plus faible en comparaison à celui des résidences *Saint – Jacques* et *Les Muscates*, validé respectivement à 827 et 733. Cependant, ce GMP n'a cessé d'augmenter ces dernières années, calculé à 590 en 2008, il a progressé constamment jusqu'à sa valeur actuelle.

Cette constatation incite à un questionnement : est-ce qu'une adaptation progressive de l'accompagnement et de la prise en charge à l'évolution de la dépendance moyenne enregistrée s'est produite au sein de la résidence ?

En effet, selon les données collectées auprès de 324 EHPAD privés non lucratifs et publics, par le cabinet d'audit, du conseil et de l'expertise comptable KPMG⁵, le degré de dépendance d'un établissement s'apprécie au moyen du GMP, cumul des Groupes iso-ressources (GIR) des personnes présentes dans la résidence à un instant donné divisé par le nombre de résidents. Cette donnée s'évalue par un nombre de points. A ceux-ci est associé un niveau de prestations dispensées par l'établissement pour prendre en charge la dépendance. Plus le GMP sera élevé, plus la dépendance sera lourde, plus les moyens nécessaires compensatoires devront être importants corrélativement à une charge en soins croissante.

En raison d'un GMP validé, relativement moyen pour la résidence *Anatole France*, il est tentant d'affirmer que de prime abord, la résidence attire une population retraitée vieillissante souhaitant conserver une certaine autonomie, affirmation à moduler puisque d'une part, les personnes âgées sont désormais admises de plus en plus tardivement, et la résidence *Anatole France* ne déroge pas à ce constat ; d'autre part, lors du stage, une observation détaillant la répartition des résidents par étage au sein du bâtiment selon le genre, la moyenne d'âge et les proportions de chaque GIR a été réalisée et achevée en janvier 2015, et celle-ci a démontré une hétérogénéité certaine de la population accueillie (*tableau 3*).

⁵ KPMG, *Observatoire des EHPAD*, 2014, 80 p.

Tableau 3 : Répartition des résidents par étage en janvier 2015

Nombre résidents	1 ^{er} étage		2 ^{ème} étage		3 ^{ème} étage	
TOTAL	34		30		28	
Femmes	29		24		21	
Hommes	5		6		6	
Moyenne d'âge	87 ans		86 ans		85 ans	
< 80 ans	6 résidents dont 2 < 70 ans		7 résidents dont 1 < 70 ans		5 résidents dont 3 < 70 ans	
≥ 85 ans	27 résidents		21 résidents		16 résidents	
≥ 90 ans	16 résidents dont 1 > 100 ans		13 résidents dont 1 > 100 ans		7 résidents dont 1 > 100 ans	
Nombre de résidents par GIR						
Niveau du GIR	1 ^{er} étage		2 ^{ème} étage		3 ^{ème} étage	
GIR 1	9	59 %	3	50 %	3	14 %
GIR 2	11		12		1	
GIR 3	4	30 %	7	47 %	11	60 %
GIR 4	6		7		6	
GIR 5	3	11 %	0	3 %	2	26 %
GIR 6	1		1		5	

En premier lieu, l'analyse des données permet d'enregistrer un âge moyen de 85 ans, hommes / femmes confondus, valeur équivalente à l'estimation calculée pour les EHPAD publics à l'occasion de l'*Observatoire des EHPAD* en 2014⁶ : 87 ans pour les femmes, 82.6 ans pour les hommes, soit une moyenne de 84.8 ans.

En y regardant de plus près, 64 résidents ont plus de 85 ans, c'est-à-dire 69 % du total de la population admise et parmi ceux-ci plus de la moitié ont plus de 90 ans dont trois résidents centenaires. A l'opposé, seuls 18 résidents ont moins de 80 ans, soit 19 % de la population totale admise et seul le tiers d'entre eux se situe au-dessous de 80 ans.

Cette observation instantanée témoigne d'une concentration de personnes âgées autour de la moyenne d'âge calculée pour celle-ci, avec une légère dispersion, mais néanmoins une inclination au-delà du *Troisième âge*, vers le *Grand âge*.

En second lieu, une répartition variable selon les GIR est relevée : une moindre proportion pour les GIR 5 – 6, à 13 %, mais des proportions trois fois plus importantes et quasi équivalentes pour les GIR 1 – 2 et 3 – 4, respectivement à 42 % et 44 %. De la sorte, un GMP situé à proximité de la borne inférieure de la catégorie la plus représentative, 39 % pour les GMP situés entre 600 et 700, selon l'*Observatoire des EHPAD*⁷, peut

⁶ *Ibid.*, p. 5

⁷ *Ibid.*, p. 5

dissimuler de fortes disparités et une proportion non négligeable de résidents en GIR 1 – 2.

En définitive, la résidence possède cette particularité : non seulement tous les GIR y sont représentés, mais aussi, la tendance de ces dix dernières années s'oriente vers l'admission de personnes vieillissantes de plus en plus âgées et dépendantes, ce qui se traduit par un état de plus grande fragilité, tant d'un point de vue sanitaire que d'un point de vue de la perte d'autonomie.

Enfin, le directeur doit s'appuyer sur des indicateurs d'activité dont la teneur, à mettre en relation avec le niveau d'attractivité de l'établissement, peut traduire le dynamisme de l'organisation du travail.

1.1.3 Des indicateurs d'activité illustrant une perte de vitesse

Un indicateur d'activité significatif, le taux d'occupation, à l'origine utilisé dans les secteurs sanitaire et commercial, faisait référence à un taux de remplissage. Il correspond au quotient : nombre de places occupées par la capacité totale de l'établissement. Ainsi, plus il est proche de 100, plus le nombre de résidents est proche de la capacité totale. Si au nombre de places occupées est soustrait le nombre de résidents absents momentanément en raison d'une hospitalisation ou pour motif personnel, cette donnée est affinée et permet d'obtenir le taux d'occupation réel.

Connaître le taux d'occupation est primordial car il représente un des indicateurs d'activité qui aura un impact sur la charge de travail. Cependant, pour le directeur, l'intérêt de sa connaissance réside dans la justification du nombre de lits d'hébergement qu'offre son établissement. En ce sens, il s'agit d'une donnée économique à part entière et une valeur de 100 % ou s'en rapprochant constamment, est révélatrice d'une activité dynamique.

Selon l'*Observatoire des EHPAD*⁸, le taux d'occupation moyen est de 98 % tout statut juridique confondu et ne varie pas d'un statut à l'autre.

Pour la résidence *Anatole France*, le taux d'occupation a été évalué à 93.87 % pour l'année 2014 et il est en légère baisse depuis plusieurs années (*tableau 4*).

Tableau 4 : Evolution du taux d'occupation de la résidence *Anatole France* (années 2008 à 2013)

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013
%	96.16	96.09	94.40	97.72	93.84	95.33

Ce taux, en deçà de la valeur de 95 % définie en prévision du budget 2014, et en léger déclin, donne à réfléchir à propos de l'attractivité de la résidence.

⁸ *Ibid.* p. 5

Conjointement, il est important de considérer un autre indicateur d'activité, le taux de rotation des résidents. Il correspond au nombre annuel d'entrées et de sorties de l'établissement. Il s'agit du quotient représenté par le nombre d'admissions de résidents par an sur le nombre de places d'EHPAD. Plus il est important, plus le nombre de nouveaux résidents est élevé et l'entrée d'un résident implique toujours un surcroît d'activité pour les professionnels, mais reste un gage d'attractivité pour le directeur.

Le taux de rotation a été évalué à 15 % en 2014 pour la résidence *Anatole France*. Cette valeur signifie qu'environ une nouvelle personne est admise au sein de la résidence par mois. Elle est faible et deux fois moins élevée que celle de référence, à 30 %, indiquée par l'*Observatoire des EHPAD*⁹.

Cette estimation est à mettre en rapport avec la Durée moyenne de séjour (DMS) au 31 décembre 2014, de 3.45 ans, quasi identique à celle estimée pour les établissements publics¹⁰ par KPMG, mais dissimulant également une disparité non négligeable puisque certains résidents y séjournent depuis plus de dix ans.

Une synthèse des éléments précédents va permettre de justifier l'examen de l'organisation du travail de la résidence *Anatole France* et simultanément, mettre en lumière la responsabilité du directeur en la matière.

1.1.4 Un bilan confirmé définissant la résidence *Anatole France*

Si *Les Maisons de retraite publiques de Frontignan – La Peyrade* présentent une richesse indéniable, en raison de son environnement et de la variété des prestations qu'elles proposent, force est de constater que l'analyse du contexte caractérisant la résidence *Anatole France*, démontre l'existence de points faibles propices à un questionnement à propos de l'adéquation de l'organisation du travail actuelle.

Malgré une implantation en centre-ville qui favorise d'une part, une participation à la vie de la cité ainsi que les échanges avec les familles et les partenaires, d'autre part, l'autonomie des résidents par la proximité des commerces et une superficie des logements apportant confort et sécurité, la structure, desservie par deux ascenseurs seulement, souffre de son immensité et d'une carence en espaces restreints de convivialité aux étages, intermédiaires entre espace personnel et espace collectif.

De surcroît, les différents chiffres indiqués précédemment confirment le questionnement. En dix ans, l'âge moyen des résidents a augmenté de même que le degré moyen de dépendance. Parallèlement, l'attractivité de la résidence semble s'être amoindrie.

⁹ *Ibid.*, p. 5

¹⁰ 3.44 ans

Pour le directeur, l'enjeu majeur est le maintien d'une activité équilibrée pour l'établissement sous peine d'être pénalisé et de voir les autorités de tutelle prendre la décision de diminuer le volume des dotations et des effectifs alloués, ou bien de fermer un nombre déterminé de lits.

Indépendamment de la structure d'accueil, l'organisation du travail en EHPAD peut être remise en cause par plusieurs enjeux, dont le premier d'entre eux exposé, est induit par une rupture de la vie au domicile.

1.2 L'incidence de l'entrée en institution

L'entrée en EHPAD est reconnue comme une période non sans retentissement pour trois catégories d'acteurs : la personne âgée, les aidants, les professionnels.

Pour la personne âgée, elle implique généralement une rupture avec le « chez soi », la vie privée et la liberté individuelle, par le passage à un mode de vie collectif et partagé.

Pour les aidants, à qui revient le plus souvent l'initiative de la demande d'admission, elle se produit fréquemment dans un contexte de crise et de désarroi car pour l'immense majorité des personnes, elle survient à la suite d'une décompensation somatique, d'une chute ou bien de manifestations psychopathologiques aiguës suivies d'une hospitalisation. Dès lors, plusieurs constats peuvent en être à l'origine :

- l'état de la personne s'est dégradé : elle a perdu son autonomie physique et / ou mentale ;
- son environnement n'est plus adapté à son état car elle est isolée, l'habitat est inapproprié, les aides au domicile font défaut ;
- les aidants ont atteint leurs limites et sont épuisés.

Ainsi, la demande d'admission n'est pas un choix mais une obligation. Il y a renoncement et transfert de responsabilité, des aidants vers l'institution, ce qui n'est pas dépourvu de culpabilité et peut être vécu de manière plus ou moins brutale.

Pour les professionnels, l'arrivée d'un nouveau résident au sein de l'établissement induit la mobilisation de l'équipe, qui doit apprendre à connaître cette personne âgée récemment admise ainsi que ses aidants de manière à minimiser les risques d'incompréhension réciproque.

Au demeurant, l'enjeu majeur d'une admission en EHPAD est de privilégier une continuité entre la vie au domicile de la personne âgée et sa nouvelle vie en établissement.

Naturellement, la qualité des prestations proposées a été au cœur de nombreux débats, entraînant une évolution du secteur médico-social qui s'est traduite notamment par une modification notable du vocabulaire employé.

1.3 Les innovations sémantiques en jeu

En l'espèce, résultant d'une modification progressive des mentalités, la position centrale finalement occupée par l'usager incite à envisager différemment l'organisation du travail.

1.3.1 De l'EHPAD, lieu de fin de vie et de la prise en charge...

En 2001, les « maisons de retraite médicalisées » ont changé de statut pour devenir EHPAD, structures médicalisées habilitées à recevoir des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie physique et / ou psychique et pour lesquelles le maintien à domicile n'est plus concevable.

Ce changement de statut a eu pour but d'ancrer l'institution dans une démarche qualitative que la réglementation a précisé par la suite.

Cependant, l'expression « maison de retraite » est restée dans le langage courant pour désigner ces structures, et sa représentation toujours présente dans l'inconscient collectif, celle du mouroir, *ce lieu où les gens viennent passer leurs derniers instants et mourir*¹¹, peine à s'effacer définitivement.

Elle permet néanmoins un rappel aux professionnels, celui de l'effort incessant à produire pour d'une part, que leur établissement d'exercice ne soit plus perçu essentiellement comme des lieux de fin de vie où la personne âgée reste passive, assise en permanence dans son fauteuil à ne rien faire, en raison du caractère normal et fatal de sa dépendance, causée par de multiples handicaps : visuels, auditifs, moteurs ; d'autre part, que leur mission ne se réduise pas au seul concept de « prise en charge » avec toute la connotation péjorative de cette locution médicale, qui réduit finalement la personne âgée à un objet ou une chose « qu'il faudrait porter comme un fardeau ».

De surcroît, l'entrée en institution d'une personne âgée consiste encore couramment à « placer son parent » et tel que l'évoque Martine DORANGE¹² : « *La terminologie elle-même est excluante, la personne semble dépossédée de son libre arbitre, du choix de sa vie et livrée à la décision de tiers... le sujet devient objet de placement* ». Cette locution est d'autant plus inadéquate qu'historiquement elle était utilisée dans le secteur psychiatrique pour désigner l'internement¹³ en référence à l'asile, ce qui continue à faire débat¹⁴.

¹¹ *Verbatim*

¹² DORANGE M., *Entrée en institution et paroles de vieux*, *Gérontologie et Société*, mars 2005, n°112, pp 123 - 139

¹³ Placement sous contrainte en santé mentale

¹⁴ TRIBAULT G., *Loi de Santé : La commission des affaires sociales du Sénat détricote le projet de loi et supprime 50 articles*, HOSPIMEDIA, publié le 23 juillet 2015 ; <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20150723-loi-de-sante-la-commission-des-affaires-sociales>

1.3.2 ... à l'EHPAD, lieu de vie et de l'accompagnement

Aujourd'hui, l'évolution de la sémantique s'inscrit dans le prolongement de la volonté d'humaniser l'EHPAD et renforce ainsi la dimension spécifique à donner aux actions conduites au service de la personne âgée.

Si l'emploi du terme « *humaniser* », dans le sens de « *rendre plus humain* » ou « *plus supportable à l'homme* », peut sembler à certains égards choquant, il renvoie désormais aux concepts de lieu de vie et d'accompagnement.

En effet, l'EHPAD est incontestablement un lieu où la vie continue, et à ce titre, les résidents doivent pouvoir se sentir chez eux avec tout ce que cela implique : un lieu chaleureux et adapté en faveur de la communication et du vivre ensemble, au sein duquel un équilibre reste à trouver entre respect des règles communes associées à la vie en collectivité et respect des libertés individuelles.

Ceci sous-entend d'abord d'organiser la vie quotidienne du résident, rythmée du lever au coucher, par la toilette, les repas, les animations et les sorties, selon ses besoins et ses attentes. Cela suppose ensuite de considérer sa vie sociale en favorisant la création de nouveaux liens affectifs pour éviter l'isolement.

L'EHPAD comme lieu de vie implique également d'adapter l'établissement à son environnement selon deux aspects essentiels :

- un accès facilité de ses locaux en faveur d'une architecture et de lieux sécurisés ;
- des liens noués avec l'extérieur permettant d'entretenir des partenariats fructueux.

Il signifie enfin de respecter l'intimité et les convictions politiques et religieuses du résident sous peine d'engager la responsabilité pénale du directeur.

En conséquence, l'évolution de la sémantique incite à l'élaboration de moyens pour répondre à l'obligation de considérer le résident comme un citoyen à part entière au travers de l'offre d'un véritable projet de vie individualisé fondé sur le maintien de l'autonomie, la socialisation et le respect des libertés.

Le projet de vie individualisé vient alors illustrer désormais l'état d'esprit dans lequel s'inscrivent les modalités d'accueil et d'hébergement de la personne âgée en institution, c'est-à-dire de les apprécier globalement et non plus suivant une démarche cloisonnant les différents secteurs d'activité impliqués : sanitaire, social, médico-social.

Plus encore, au-delà d'une projection future de la vie de cette personne, par l'institution de pratiques professionnelles homogènes et la coordination des nombreux acteurs concernés, l'idée maîtresse est de donner du sens aux pratiques par le positionnement de la personne considérée, en tant que principal acteur de son projet. Dès lors, ce projet doit être pensé en l'associant systématiquement aux décisions qui la concernent.

Dorénavant, il s'agit ni plus ni moins d'accompagnement, « *locution sociale* » que R. VERCAUTEREN, B. HENRY et J-L SCHAFF ont récemment pris soin de mettre en

évidence dans un ouvrage commun¹⁵. Selon eux, le concept d'accompagnement prend sa source au XVIII^{ème} siècle avec la théorie *Du Contrat social*¹⁶ de Jean-Jacques ROUSSEAU, et ce qu'il importe de retenir en premier lieu, est que « *la dépendance de la personne âgée serait due à un vice de la société qui lui doit la contrepartie sur la base d'un accompagnement* », démontrant de cette manière les responsabilités qui incombent à ladite société. En second lieu, l'accompagnement ne se caractérise pas par un assistanat. En revanche, il se concrétise par des échanges entre l'aidé et l'aidant. Pour ces auteurs, la sémantique convie donc maintenant à envisager la notion d'entraide. Celle-ci doit être établie tout en acceptant que « *l'accompagné a un pouvoir d'accepter ou de refuser ce sur quoi il est conduit, cela en fonction d'une histoire ou de repères personnels qu'il peut avoir* ». Par suite, ce cheminement vers la notion d'accompagnement introduit une opposition à l'idée de fatalité où la personne âgée ne serait pas autorisée à s'exprimer. Au contraire, non seulement celle-ci devient le cœur de son projet à construire, mais en prime, elle induit une remise en cause des pratiques professionnelles afin d'inverser les logiques d'action fréquemment rencontrées.

En définitive, l'évolution sémantique renseigne sur l'évolution culturelle. Tout l'enjeu réside ici sur la perception de l'EHPAD, c'est-à-dire au niveau du regard posé à la fois sur l'institution, dont l'image véhiculée ensuite en dépendra, et sur les personnes âgées dépendantes, pour lesquelles il est un devoir de considérer toutes les dimensions au travers d'un projet où elles restent maîtresses de leur vie. Concomitamment, le cadre normatif est venu illustrer ces idées fondamentales.

1.4 Un cadre législatif et réglementaire significatif

Les innovations sémantiques ne peuvent être dissociées de l'évolution du cadre législatif et réglementaire dont elles font intégralement partie.

Les principaux textes en la matière sont la loi n° 2002-2¹⁷ rénovant l'action sociale et médico-sociale et ses décrets d'application qui mettent en valeur les mutations opérationnelles engagées. La loi a instauré pour cela de nouvelles exigences s'imposant aux directeurs d'établissement et à tous les acteurs impliqués, afin d'atteindre les objectifs qu'elle vise : promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté ainsi que prévenir les exclusions.

¹⁵ VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.-L., *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : enjeux et méthode*, 2^{ème} édition, Editions érès, 175 p.

¹⁶ ROUSSEAU J.-J., 1762, *Du contrat social*, GF Flammarion, édition revue et mise à jour en 2012, 255 p.

¹⁷ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 janvier 2002, p. 124.

Elle exprime la volonté d'une meilleure affirmation de la position de l'utilisateur et de sa famille, de ses droits et libertés, par la conception de la *Charte des droits et libertés de la personne accueillie* mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles¹⁸.

Cette volonté explique les droits fondamentaux qu'elle reconnaît aux personnes accueillies ainsi que les outils qu'elle définit pour asseoir leur effectivité. Dès lors, l'enjeu pour le directeur d'établissement est d'organiser ses services afin d'assurer le respect des droits renforcés, ce qui doit naturellement tendre à la professionnalisation des pratiques, la responsabilisation des professionnels, l'expression de tous et la coordination des différentes décisions et actions.

Ainsi, l'analyse de la loi 2002-2 démontre nettement l'objectif du législateur d'améliorer la sécurité et la qualité du service rendu aux personnes accueillies, traduit par un certain nombre de modalités à remplir par les établissements dont les plus caractéristiques sont :

- une obligation de fournir un livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et des familles¹⁹ ;
- une confirmation de la place du projet d'accueil et d'accompagnement qui devient « le service » à proposer aux usagers ;
- une obligation de proposer un Contrat de séjour ou à défaut un Document individuel de prise en charge (DIPC) prévus à l'article L.311-4 du Code de l'actions sociale et des familles²⁰ ;
- la généralisation du projet d'établissement valable cinq ans au plus, dont l'objet est de fixer les objectifs et les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ;
- une obligation de procéder et de faire procéder à l'évaluation des activités et de la qualité de leurs prestations ;
- la nécessité de se doter de procédures, référentiels et recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Il ressort de ces modalités imposées par la loi, un enjeu majeur d'habilitation et de renouvellement d'autorisation d'ouverture de l'établissement, puisque celles-ci peuvent être retirées par l'Agence régionale de santé (ARS) en raison de motifs défavorables communiqués lors du résultat de l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations proposées.

Ainsi, si le cadre normatif impose l'utilisation d'outils nécessaires à une prestation de qualité, ceux-ci ont été complétés par plusieurs recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

¹⁸ Arrêté du 8 septembre 2003 *relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie*

¹⁹ Circulaire DGAS/SD5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 *relative à la mise en place du livret d'accueil*

²⁰ Décret n°2004-1724 du 26 novembre 2004 *relatif au contrat de séjour et au document individuel de prise en charge*

1.5 Le relai opéré par l'ANESM

Instaurée par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale²¹, les évaluations interne et externe ont impliqué la transformation du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale en Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, afin d'accompagner ces établissements pour l'évaluation²² en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils proposent.

Les évaluations sont réalisées par comparaison à des référentiels et des Recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), validées ou produites par l'ANESM elle-même. Plusieurs d'entre elles, permettant d'extraire des éléments déterminants pour le directeur d'EHPAD à partir d'un certain nombre de principes directeurs, interpellent quant à l'impact sur les organisations du travail et ce vers quoi elles devraient tendre.

Au préalable, dans la mesure où l'action et les missions des établissements sociaux et médico-sociaux sont destinées à différentes catégories de populations vulnérables, il est essentiel de garder à l'esprit ce que recouvre la notion de vulnérabilité spécifique des personnes âgées et Clémence LACOUR²³ permet d'en cerner l'aspect juridique. En effet, la principale caractéristique de l'adulte majeur est son autonomie : « *liberté d'initiative et de décision sur ses propres intérêts et pouvoir d'agir lui-même sans l'intervention ou l'autorisation de quiconque* ». Or, la progression en âge entraîne un affaiblissement de la capacité de défense laissant le sujet plus perméable aux coups, aux attaques, aux blessures, « *aux atteintes abusives à son consentement et qui peut la rendre plus inapte à prendre les décisions personnelles que sa santé ou sa sécurité requièrent* ». Cet amoindrissement de l'autonomie décisionnelle soulève un problème de protection quand bien même la personne prend les décisions la concernant. Effectivement, la loi 2002-2 a par exemple encadré les relations du résident avec l'établissement en formalisant une exigence de recueillir son consentement à l'admission. En revanche, la notion de protection renvoie à l'obligation de signalement des mauvais traitements à l'égard des personnes vulnérables et de l'organisation de celui-ci²⁴, ce qui pose le rôle propre du directeur dans la prévention et le traitement de la maltraitance. A ce sujet, l'ANESM a d'ailleurs retenu la définition de la maltraitance du Conseil de l'Europe de 1987²⁵ 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*

²¹ *Op.cit.*, p. 12

²² Article L. 312-8 CASF

²³ LACOUR C., *La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection*, Gérontologie et Société, 2009/4, n°131, pp 187 - 201

²⁴ Code pénal, article 434-3 qui favorise le signalement de la maltraitance à l'égard des personnes vulnérables

²⁵ ANESM, Synthèse RBPP : *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, janvier 2012, 8 p.

gravement le développement de sa personnalité et / ou nuit à sa sécurité financière ». Ceci n'est pas sans soulever la complexité du terme pour lequel il est possible schématiquement d'indiquer les deux principales catégories, mentionnées en juin 2003 par le rapport d'une commission d'enquête du Sénat²⁶ : la maltraitance active et la maltraitance passive. Ainsi, il est souvent rattaché à la première, la plus facile à voir, la plus choquante et dénommée parfois « violence dure », la maltraitance par action qui peut être physique, psychologique ou financière ; à la seconde, ou « maltraitance douce », moins visible, moins consciente, la maltraitance par omission, se traduisant par un manque, une insuffisance ou une négligence, involontaires, sans intention de nuire. Cependant, la maltraitance passive représente la catégorie la plus souvent rencontrée en institution en raison de sa méconnaissance et de la rareté des plaintes. Elle couvre tout aussi bien le phénomène d'abandon, de moindre regard, la mauvaise écoute et le défaut d'information sur les droits, que l'omission de veiller aux besoins essentiels d'une personne par manque d'expérience. Le rapport du Sénat va au-delà puisqu'il considère qu'elle correspond aussi à « *ce que nous ne favorisons pas en termes de qualité d'accompagnement* ». Par exemple, l'allumage soudain des lumières le matin, ou ne pas pouvoir se lever ou se coucher à l'heure de son choix en raison de la dépendance à l'égard du personnel, constitue une maltraitance passive. En conséquence, cette notion questionne quant à l'organisation du travail à mettre en place et son adaptation aux besoins des résidents.

Pour autant, cela n'est pas sans omettre « *les tensions entre l'individuel et le collectif* » que l'ANESM rappelle dans l'une de ses RBPP²⁷ et insinuant les possibles obstacles pour articuler les attentes et les besoins de la personne, ses droits, sa liberté, son autonomie, avec les logiques organisationnelles et fonctionnelles de la collectivité ainsi que les obligations et les règles sociales.

Pour le directeur d'établissement se pose donc le problème d'une limite qui resterait à déterminer en fonction du contexte institutionnel, et qui doit l'amener à prendre en compte une autre RBPP de l'ANESM²⁸ proposant de mobiliser les équipes autour d'une réflexion sur leurs pratiques, de façon à anticiper les risques de maltraitance à partir « *des observations sur l'organisation et la conception quotidienne du travail* ».

En ce cas, le double objectif du changement de l'organisation du travail serait d'aboutir à un ajustement des rythmes des professionnels à ceux des résidents et de concevoir « *la mobilité des professionnels autour de la qualité de l'accompagnement* ».

Au demeurant, la responsabilité du directeur revient à garantir la bientraitance, à savoir la promotion du bien-être du résident au travers d'une recherche incessante d'individualisation

²⁶ Sénat, *Maltraitance envers les personnes handicapées : briser la loi du silence* (tome 1, rapport), juin 2003 ; <http://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-13.html>

²⁷ ANESM, Synthèse RBPP, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, janvier 2012, 8 p.

²⁸ *Ibid.*, p.14

et de personnalisation de l'accompagnement, ce qui logiquement impliquerait la traduction en actes au sein de l'organisation du travail, des préconisations émises lors de la réflexion collective afférente aux pratiques professionnelles, avec pour résultat escompté, de donner du sens aux missions déployées.

Or, selon le modèle d'organisation du travail appréhendé, le rôle des acteurs est envisagé différemment en fonction des concepts retenus, ce qui complique la démarche employée pour son analyse.

1.6 Des modèles d'organisation du travail aux finalités variées

Les modèles d'organisation du travail actuels résultent de la combinaison de modèles, théorisés par le passé, dont les finalités de chacun d'eux, et par suite les enjeux qui leur sont associés, diffèrent.

Le premier de ces modèles est le reflet d'une volonté d'étudier scientifiquement le travail.

1.6.1 Le modèle aliénant de l'Ecole classique

L'Ecole classique²⁹, principalement représentée par Frederick Winslow TAYLOR, Henry FORD, Henri FAYOL et Max WEBER et caractérisée par son rationalisme, affirme un modèle d'organisation unique où le travail est déshumanisé et l'homme, objet. Quand bien même cette école a été remise en cause par la crise de 1929, elle est à l'origine de la conception de l'Organisation scientifique du travail (OST) et des théories qui lui ont emboîté le pas, dont certains concepts figurent toujours parmi les organisations modernes :

- une division verticale du travail, où la direction est le « cerveau » qui conçoit et planifie et le salarié, « la main » qui exécute ;
- une division horizontale du travail, où celui-ci est découpé en plusieurs tâches et le salarié effectue constamment les mêmes, dont l'aboutissement est la mise en place du profil et de la fiche de poste ;
- un contrôle du travail par son chronométrage afin d'en optimiser les résultats.

Ce modèle illustre la notion de travail à la chaîne, ce qui le rend aliénant et nourrit l'image de l'homme - machine et sa seule compensation ne peut être que l'argent. Il est plus spécifiquement le reflet d'une organisation pyramidale, de la standardisation des outils et de la décomposition des gestes. C'est de ce modèle qu'est né l'organigramme, dont l'objet

²⁹ MARRO A., 2013, *L'art de manager en EHPAD*, 1^{ère} édition mai 2013, Les Etudes Hospitalières, 222 p.

premier était de déceler les faiblesses relatives au commandement de l'organisation du travail.

Les principaux enjeux d'un tel modèle sont la rentabilité liée à l'exécution ainsi que l'efficacité et la productivité, ce qui induit de considérer les coûts, la répartition du temps ainsi que le niveau de résultat, du travail produit.

Le second modèle décrit, permet de se démarquer progressivement de l'image de l'homme – machine.

1.6.2 L'influence de la dimension affective selon l'Ecole des relations humaines

L'école suivante est celle des relations humaines³⁰ dont le principal représentant est Elton MAYO, ayant eu pour objectif initial d'examiner le lien entre productivité et moral des travailleurs, puisque l'individu a un comportement préconçu en fonction de stimuli affectifs. Avec ce courant, il s'agit d'aborder le souhait d'humaniser le travail et un certain nombre d'études ont mis en exergue deux points fondamentaux. D'une part, les travailleurs expriment un besoin de reconnaissance et de responsabilité. D'autre part, ils élaborent des cohésions de groupe et établissent leurs propres règles en guise de contre-pouvoir, en raison de leur crainte de tout changement.

De cette école sont nés le système d'évaluation des compétences ainsi que ceux de sélection et de formation des travailleurs et il en ressort des enjeux particuliers pour le dirigeant, tel que le maintien de l'équilibre social et la nécessité d'entretenir constamment la motivation des travailleurs par la naissance de besoins qui induisent leur action. Pour cela, le schéma mis en exergue, est celui de la pyramide de Maslow, selon lequel un besoin qui n'est pas satisfait est à l'origine de la motivation.

Ainsi, à partir de l'école des relations humaines, et progressivement, les études sur les organisations du travail se sont intéressées plus aux comportements et aux relations entre individus, qu'aux structures et aux règles, introduisant alors une démarche spécifique pour les conduire.

1.6.3 Le jeu des acteurs au centre de la sociologie des organisations

L'approche sociologique des organisations, dont l'analyse stratégique et systémique³¹ fait partie, avec pour principaux représentants Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, a

³⁰ *Op. cit.*, p. 15

³¹ CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1^{ère} édition, Editions du Seuil, 500 p.

préconisé une méthode pour le diagnostic organisationnel. Elle constitue donc un outil concret puisqu'elle propose la construction de grilles d'analyse. Elle représente surtout un raisonnement permettant de mettre en lumière la véritable dynamique de toute organisation du travail.

En réalité, une organisation est un construit social au moyen duquel les hommes obtiennent des solutions aux problèmes d'action qu'ils rencontrent dans le cadre d'objectifs communs. Parallèlement, ce construit social aiguille leurs comportements, délimite leur liberté d'action et influence leurs résultats. Or, au centre de cette action collective, existe un décalage entre orientations communes et intentions des acteurs car en définitive, l'organisation est un ensemble de « jeux construits » entre eux, c'est-à-dire de coopération et d'interdépendance mais souvent d'intérêts contradictoires, qui vont conditionner leurs stratégies d'action. Par suite, les différents jeux employés font peser des contraintes particulières sur les capacités d'action et de changement à la fois de l'ensemble collectif et de l'individu. Le phénomène étudié est alors qualifié de contingent et cela démontre toute la complexité des comportements humains au sein de l'organisation, faite d'actions, de réactions et de blocages. En conséquence, le directeur ne doit pas perdre de vue cette complexité. La considérer et l'analyser en priorité, lui permettra de mieux connaître l'univers dans lequel il travaille et décide, ainsi que de parvenir à la maîtrise des effets de ses actions et celles des autres acteurs de l'organisation du travail. En somme, l'enjeu sera d'anticiper les réactions et les résistances face au changement.

Etudier et analyser l'organisation du travail d'un EHPAD public autonome en vue de son changement, nécessite de considérer la combinaison d'un certain nombre d'éléments précédemment relevés qui permettront d'orienter la démarche du diagnostic puis le choix de leviers d'action possibles pour le directeur, auxquels viennent s'ajouter des éléments spécifiques contraignants.

1.7 Le directeur d'établissement confronté à ses propres enjeux

Dans un premier temps, il convient de préciser qu'au sein de l'organigramme formalisé des *Maisons de retraite publiques de Frontignan – La Peyrade*, la résidence *Anatole France* relève du pôle hébergement au même titre que les deux autres EHPAD, les résidences *Saint-Jacques* et *Les Muscates*. Si l'organigramme affiche un pôle d'hébergement unique, chaque structure dispose néanmoins de son agrément, de son budget et de son personnel propres.

Dans un second temps, il est primordial de préciser l'inscription de son personnel au sein du dispositif de la fonction publique hospitalière représenté par le Titre IV de la fonction

publique³², ce qui implique l'appropriation de normes et de règles de gestion de celui-ci, particulières, tant humaine que budgétaire et financière, qui sont autant de contraintes à connaître et à estimer lors d'un projet de réorganisation.

Enfin, à juste titre, le présent travail permet d'évoquer un enjeu incontournable, celui de la négociation de la nouvelle convention tripartite, qui aura lieu et sera signée dans le cours de l'année 2016, entre l'établissement et les autorités de tutelle, la future Agence régionale de santé (ARS)³³ et le Conseil départemental de l'Hérault. Le diagnostic posé, puis les propositions émises, pourraient alors constituer autant d'arguments à faire valoir.

Plus précisément, afin d'être en mesure de vérifier les hypothèses formulées, la phase de diagnostic a fait l'objet d'une étude de terrain approfondie, objet de la prochaine partie.

³² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, parue au Journal Officiel du 11 janvier 1986, p 535.

³³ Résultant de la fusion des régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées

2 Les conclusions du diagnostic organisationnel motivant le changement

La méthodologie utilisée et les constats utiles au diagnostic conduiront progressivement à l'évaluation des forces et des faiblesses de l'organisation du travail actuelle.

2.1 Le choix d'une démarche méthodologique exploratoire

Au préalable, une étude au sein des services administratifs a été nécessaire, d'une part, en sollicitant les deux agents affectés à la gestion des ressources humaines, par des entretiens et des questionnements tout au long du stage, d'autre part, en effectuant des recherches ciblées concernant les professionnels.

Ensuite, ont été examinées les fiches de poste et de tâches établies, afin de distinguer les différentes activités attribuées aux trois catégories socio-professionnelles concernées et de délimiter la répartition du travail dans le temps.

Aussi, une analyse a été menée au regard des décrets de compétences, ou de textes explicatifs à défaut de leur existence, afin de caractériser la nature du travail accompli.

Un intérêt particulier a été porté aux plannings des agents qui ont été décryptés sur seize semaines consécutives, du 5 janvier au 26 avril 2015, avec pour objectifs de comparer la répartition des agents par rapport à la journée type du résident et d'aboutir aux temps globaux de travail, annuel et journalier.

Une fois l'étude des documents entreprise, une évaluation du travail en situation réelle est apparue incontournable. Celle-ci a consisté à suivre plusieurs agents sur toute la durée de leur temps de travail selon un planning établi en concertation avec eux (*tableau 5*).

Tableau 5 : Planification du suivi des agents

Date	Qualité de l'agent	Horaires
17 décembre 2014	ASH affecté à la lingerie	6h30 – 13h30
19 décembre 2014	ASH affecté à la lingerie	9h00 – 16h00
23 décembre 2014	AS (binôme)	7h00 – 14h15
29 décembre 2014	AS (binôme)	14h00 – 21h15
5 janvier 2015	IDE (binôme)	6h45 – 14h15
9 janvier 2015	IDE (binôme)	13h45 – 21h15
30 janvier 2015	ASH affectés aux logements (binôme)	7h30 – 14h30
9 février 2015	AS (binôme)	21h00 – 6h45

Cet examen du cheminement des agents a consisté à observer, écouter, poser des questions, demander des explications et tenir un journal de bord. Il a inclus les temps de transmission entre les équipes avant et après chaque période considérée.

Plusieurs raisons ont motivé ce choix exploratoire. Le souhait était effectivement :

- d'établir un bilan de l'enchaînement des tâches accomplies par les agents, de leurs habitudes, et une évaluation de la charge de travail (qui sera commentée mais non reproduite dans le mémoire) ;
- de repérer les moments critiques de l'organisation du travail actuelle et de définir la journée type du résident ;
- d'apporter des précisions à propos de l'articulation du travail et des relations entre les professionnels.

Cette étude de terrain a été complétée par des entretiens semi-directifs³⁴ auprès d'agents cibles : psychologue, cadre des admissions, coordonnateur de l'animation, diététicien. Des entretiens ont également eu lieu avec les IDE coordinateurs (IDEC) des deux autres EHPAD (*Saint-Jacques, Les Muscates*), puis le cadre de santé récemment recruté, affecté à l'EHPAD *Les Muscates* et ayant une expérience de réorganisation du travail. Au moyen de ces entretiens, le but a été d'enrichir l'analyse de la problématique et d'affiner le diagnostic.

La recherche a été poursuivie par une enquête conduite auprès des professionnels³⁵ de la résidence au moyen d'un questionnaire validé par le maître de stage et expédié au domicile des agents (ASH, AS, IDE), et par l'interview de résidents³⁶, sélectionnés avec l'appui du psychologue, également sollicité pour vérifier le bien-fondé du questionnaire support. Par ce biais, l'objectif a été d'obtenir des réponses quant aux obstacles et opportunités du changement de l'organisation du travail de la résidence, afin de pouvoir énoncer des leviers d'action et construire un plan opérationnel.

Enfin, la lecture de plusieurs documents internes à l'établissement s'est imposée : le projet d'établissement 2014 – 2019, les rapports d'activité et financier 2014 et l'abrégé de l'évaluation externe dont l'élaboration, ayant eu lieu le 20 janvier 2015, a fait suite aux audits des experts visiteurs planifiés du 8 au 12 décembre 2014. Ces documents ont contribué à l'enrichissement du diagnostic et à une progression du travail selon le même fil conducteur : l'accompagnement personnalisé du résident.

Les premiers résultats de l'investigation réalisée au sein des services administratifs permettent de dépeindre sommairement les ressources humaines.

³⁴ Annexe n°1 : Grille d'entretien des agents cibles (cadres de santé ou IDEC, psychologue, cadre des admissions, coordonnateur de l'animation, diététicien)

³⁵ Annexe n°2 : Questionnaire d'enquête réalisée auprès des professionnels de la résidence

³⁶ Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux résidents de la résidence Anatole France

2.2 Une présentation chiffrée des acteurs de l'organisation du travail

Après une présentation du tableau des effectifs, les ressources humaines seront ensuite commentées sous l'angle de la moyenne d'âge, la répartition hommes / femmes ainsi que la qualité des agents.

2.2.1 Le tableau des effectifs

Les effectifs inscrits au tableau ont été fixés réglementairement (*tableau 6*) et sont gelés depuis 2012. La convention tripartite qui devrait être négociée à nouveau en 2016 avec les autorités de tutelle, permettra leur renouvellement.

Tableau 6 : Tableau des effectifs financés selon la convention tripartite pour la résidence *Anatole France*

Qualification	Nombre d'ETP
Direction, administration	3,98
Services généraux	1,7
Animation, service social	2
CAE (dont 1 ETP animation)	4,52
ASH, agents de service du blanchissage, nettoyage, service repas	23,1
Aides-soignants	21,8
Psychologue	0,5
Infirmier (dont 1 ETP de cadre de santé)	9
Autres auxiliaires médicaux	1,1
Médecin	0,4
TOTAL	68,1

De ce tableau, est déduit le total des ETP financés d'ASH, AS et IDE, qui s'élève à 57,42. Ce chiffre est à compléter avec le taux d'encadrement, indicateur évalué à 0,61, chiffre conforme à la moyenne relevée par l'*Observatoire des EHPAD*³⁷.

Par ailleurs, le taux d'absentéisme total a été évalué à 6,77 %, en 2014 plus faible que la moyenne nationale d'environ 10 %. Enfin la même année, pour pallier à l'absentéisme, l'écart entre les ETP financés et les ETP rémunérés s'est élevé à 5.06 pour la totalité des agents.

En conséquence, s'agissant des ressources humaines, l'établissement n'est pas sous doté et ne souffre pas non plus d'un lourd absentéisme, même si pour ce dernier, aucun chiffre ne caractérise celui plus spécifique rapporté exclusivement aux ASH, AS et IDE.

³⁷ KPMG, *Observatoire des EHPAD*, 2014, 80 p.

2.2.2 La moyenne d'âge des agents

Le *tableau 7* permet de constater une dispersion par l'âge élargie pour les ASH traduisant une population de salariés vieillissante, alors que pour les AS, cette répartition est beaucoup plus homogène et pour les IDE, nous pouvons noter une concentration d'agents autour de la moyenne d'âge calculée.

Tableau 7 : Les effectifs selon la moyenne d'âge

	Moyenne d'âge	Proportion ≥ 50 ans	Proportion < 30 ans
ASH (CAE exclus)	44 ans	42 %	12,5 %
AS	41 ans	25 %	25 %
IDE	42 ans	0 %	12,5 %

2.2.3 La proportion hommes / femmes

Les ASH, AS, IDE recrutés au sein de la résidence *Anatole France* constitue une population de salariés pratiquement féminine à 100 %, à l'exclusion de deux agents (*tableau 8*).

Tableau 8 : Les effectifs selon la proportion hommes / femmes

	Nombre de femmes	Nombre d'hommes
ASH (CAE exclus)	24	0
AS	25	1
IDE	7	1

2.2.4 Le statut et la quotité de travail

L'élaboration d'un listing par fonction aide à authentifier la répartition des agents selon leur qualité (*tableau 9*).

Tableau 9 : Récapitulatif relatif aux effectifs ASH, AS, IDE de la résidence *Anatole France*
d'un point de vue du statut et de la quotité de travail

TOTAL	Titulaires temps plein	Titulaires temps partiel	Contractuels temps plein	Contractuels temps partiel
63 agents				
24 ASH	15	2	1	6 (dont 3 CAE)
14 ASH faisant fonction d'AS	3		3	8
17 AS diplômés	11	1	5	
8 IDE	4		4	

Ce qui attire l'attention, ce sont des proportions importantes :

- d'ASH « faisant fonction d'AS » (FFAS) : 58 % des agents sous le statut d'ASH, 45 % des agents exerçant la fonction d'AS ;
- d'agents contractuels (27 agents) : 43 % de l'ensemble des agents ;

- et dans une moindre mesure, d'agents à temps partiel (17 agents) : 27 % de l'ensemble des agents.

Dès à présent, il est possible d'expliquer que le cœur du diagnostic de l'organisation du travail renferme une dimension à la fois temporelle et spatiale.

2.3 L'organisation analysée à partir des plannings

Afin de s'approprier l'organisation du travail par l'étude des plannings élaborés et parvenir à une appréciation globale, plusieurs notions, précisées au préalable, vont servir de trame à l'analyse proprement dite.

2.3.1 Préambule : le lexique consacré

Une organisation du travail peut être abordée selon un aspect technique, ce qui induit la connaissance d'un vocabulaire spécifique à la discipline de gestion des ressources humaines.

- Le poste, l'activité, la tâche

Les différents postes inscrits aux plannings sont formalisés au moyen de fiches de poste spécifiques précisant des objectifs. Un poste de travail est en général associé à une qualification et des compétences particulières. Il se caractérise aussi par une amplitude horaire, c'est-à-dire un horaire de début et de fin de travail, et se traduit par une activité. *L'activité correspond à un ensemble cohérent de tâches identifiées selon un processus logique et un enchaînement chronologique*³⁸. En conséquence, de la description d'un poste, en découlent les tâches qui incombent à l'agent occupant ce poste.

- La compétence

Réaliser des tâches implique pour l'agent la mobilisation d'un certain nombre de compétences. Du point de vue cognitif, *la compétence est une capacité à agir*³⁹. Elle est un état ou une qualité globale de l'individu résultant de l'intégration de savoirs, savoir-faire et savoir-être appropriés à un domaine professionnel donné pour obtenir un résultat. *Elle est de ce fait un état de la personne et non pas une action ou un comportement*⁴⁰. Elle ne

³⁸ DAVID A., 2014, *L'organisation du travail en EHPAD : un outil managérial pour le directeur*, mémoire de DESSMS, EHESP, 47 p.

³⁹ DESILETS M., BRASSARD C., *La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitiviste*, Pédagogie collégiale, mai 1994, vol 7 n°4, pp 7 - 10

⁴⁰ *Ibid.*

s'observe pas mais elle est déduite à partir des activités, donc des tâches réalisées. De plus, elle peut être commune à plusieurs activités.

- La charge de travail

Une réorganisation, notamment des temps de travail, incite à s'intéresser à la charge de travail liée à certains postes. D'après Jacques LEPLAT⁴¹, l'un des fondateurs de l'ergonomie, *le travail est une activité et la charge de travail représente ce que coûte cette activité à celui qui la pratique*. La charge de travail peut alors être physique, mentale, psychologique. Il peut y avoir surcharge ou sous-charge de travail.

Munis de ces informations, il est possible désormais d'énoncer les principales caractéristiques de l'organisation du travail pour chacune des trois catégories socio-professionnelles de l'étude.

2.3.2 Un état des lieux contrasté pour les agents de service hospitalier

Le premier constat est **une sectorisation statique** de ces agents, par étage (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} étage) ou par service : lingerie, salle à manger, restauration⁴². Les postes sont occupés de façon permanente par les agents : aucun *turn over* régulier n'a été organisé entre eux. Ainsi, ils occupent le même poste et réalisent les mêmes tâches dans le même secteur depuis de nombreuses années. En outre, les agents occupant un poste à temps plein travaillent 7 heures par jour, soit 35 heures par semaine au plus. Tous les postes sont répartis selon des périodes continues à l'exception d'un seul, le poste V7 en temps discontinu, affecté en salle à manger.

S'agissant de **la répartition du temps de travail**, l'existence d'un pic de présence d'agents entre 12h00 et 13h30 est confirmée : dix postes, soit deux postes sur trois du total des postes inscrits quotidiennement au planning. Une absence quotidienne d'agents affectés aux étages et en lingerie à partir de 16h00 et une pénurie d'ASH entre 17h00 et 21h00 sont constatées : seulement trois postes, dont deux à temps partiel et un seul affecté aux étages pour la distribution des plateaux du dîner.

La seconde observation concerne **l'ensemble des tâches réalisées par l'agent et réparties selon trois domaines d'action** :

- l'entretien et l'hygiène des logements, des parties communes, des matériels, du linge ;

⁴¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Charge_de_travail

⁴² Annexe n°4 : Description des postes des ASH, AS, IDE

- la distribution des repas et la tenue de la salle à manger ;
- le confort et le bien-être des personnes.

De plus, certaines tâches sont réalisées ponctuellement tel que l'entretien approfondi des sanitaires, de façon hebdomadaire, ou bien l'entretien amélioré d'une seule chambre comprenant le réfrigérateur, les rideaux, le balcon.

Ainsi, l'étude des fiches de poste et de tâches conduit à démontrer que les ASH ne participent à aucune des transmissions organisées entre les équipes (jour / nuit, matin / après-midi, après-midi / soir), qu'ils n'aident pas la personne âgée à la prise de repas, que certains agents réalisent des tâches sur plusieurs secteurs (lingerie et salle à manger).

Un autre élément attire l'attention, celui de **l'absence de réglementation régissant la profession d'ASH**. Pour autant, celui-ci doit remplir ses missions sous la responsabilité d'un cadre de santé au sein d'une équipe comprenant des IDE et des AS. Il ne manipule pas les personnes, il ne fait pas de toilettes, et il ne distribue pas les médicaments... Ils ne participent pas aux soins de la personne hébergée. Or, sa mission ne se limite pas à une fonction d'entretien des locaux et d'application des procédures d'hygiène. L'EHPAD, considéré comme lieu de vie, implique une compétence relationnelle majeure de cet agent et son travail s'intègre entièrement dans l'accompagnement global des résidents. En effet, il rencontre à de nombreuses occasions le résident. Il peut se trouver en contact avec la famille ou les proches de celui-ci et peut être amené à recueillir des informations utiles au personnel soignant que le résident n'ose pas confier au médecin ou à l'infirmier. En EHPAD, il exerce par ailleurs ses missions auprès de personnes qui peuvent être malades, fatiguées, démentes... A ce titre, il doit savoir prendre le recul nécessaire.

Un des principaux points ressortant de l'investigation de terrain relève du domaine relationnel : les ASH de la résidence *Anatole France* sont les agents qui connaissent le mieux les habitudes des résidents. Souvent même, une relation « intime » s'installe se traduisant notamment par des discussions autour de la dernière recette de cuisine expérimentée, le cadeau offert par la petite-fille, les raisons des insomnies...

Enfin, le suivi des agents sur les postes U⁴³ a permis d'évaluer une fraction de la charge de travail des agents concernés en comptabilisant le nombre d'entretiens réalisés au sein des logements en fonction des souhaits des résidents (entretien complet ou partiel par jour). Au total, ce ne sont pas moins de 91 entretiens réalisés par jour dont 80 entretiens complets et 11 entretiens partiels. De plus, une information importante mérite d'être évoquée, celle du constat d'**une charge de travail « partagée »** : les entretiens des logements sont réalisés en binôme : un poste U et un poste V2 ou V6. L'entretien complet d'un logement

⁴³ Annexe n°4 : Description des postes des ASH, AS, IDE

type T1bis est réalisé en huit minutes en moyenne à deux agents : pendant que l'un réalise l'entretien des sanitaires, l'autre fait celui de la pièce principale.

2.3.3 Une organisation des aides-soignants centrale mais dénaturée

La particularité de l'organisation du travail des AS est **une sectorisation renforcée**. En effet, ils sont sectorisés au sein des trois étages⁴⁴. Les secteurs sont définis par l'attribution de résidents dont il faut assurer les nursings et ils diffèrent selon la période de la journée. Par exemple, la définition du nombre de secteurs du matin découle du nombre de toilettes à réaliser. A chaque poste est attribué un secteur. Un AS change de poste, donc de secteur, tous les trois mois. Huit secteurs ont ainsi été déterminés, répartis sur les trois étages, et chacun d'eux comprend entre 8 à 12 toilettes.

A cette lecture, plusieurs données s'imposent :

- un travail de tous les AS sur des périodes continues ;
- une amplitude horaire quotidienne pour un AS à temps plein de 7h15, soit 36h15 de travail par semaine ;
- un pic de présence d'AS entre 9h00 et 12h30 : 9 agents ;
- un renforcement des effectifs le matin à partir de 7h30 et progressivement jusqu'à 9h00 ;
- un effectif plus important déployé au 1^{er} étage pour répondre à des nursings plus lourds ;
- des AS à temps partiel également sectorisés.

Par ailleurs, les différentes enquêtes ont mis en exergue plusieurs points critiques lors de la progression des agents, et notamment **un enchaînement d'activités discutable**. Tout d'abord, les AS réveillent les résidents, les uns après les autres, avant la distribution des petits déjeuners : ce ne sont pas moins de vingt installations pour le premier étage, mais entre le moment de l'installation et le passage de l'ASH pour la distribution du petit déjeuner, le résident peut avoir glissé dans son lit. Ensuite, la sectorisation permet à l'agent d'organiser, seul, l'enchaînement des toilettes qu'il doit réaliser, et certains agents, dont les secteurs sont contigus, se rejoignent en fin de séquence, afin de réaliser en binôme, les transferts et les toilettes les plus lourds. En outre, « *l'après-midi est le moment de l'imprévu* »⁴⁵ : les agents doivent adapter leur organisation, en particulier aux activités organisées ainsi qu'aux consultations médicales et visites programmées.

⁴⁴ Annexe n°4 : Description des postes des ASH, AS, IDE

⁴⁵ *Verbatim*

Enfin, ils sont aussi contraints de gérer l'empressement du coucher, heure où les résidents sont nombreux à vouloir simultanément la présence et l'aide du personnel en poste aux étages, en l'occurrence uniquement les AS : « *Tous, veulent être couchés au même moment et attendent dans l'entrebâillement de leur logement* »⁴⁶.

Il a été également relevé pour ces professionnels **des compétences mises à mal**. Effectivement, en collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité, l'AS doit contribuer aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Les compétences liées à l'exercice de cette profession s'inscrivent dans le cadre d'une approche globale de la personne. Par ailleurs, cet exercice est réglementé par le décret n°2007-1188 du 3 août 2007 relatif au statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière.

Leurs compétences peuvent être regroupées selon huit classes servant de référentiel pour l'analyse des pratiques : accompagner une personne dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie, apprécier l'état clinique d'une personne en collaboration avec l'infirmier, réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne, utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes, établir une communication adaptée à la personne, utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques, rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins, organiser son travail au sein d'une équipe pluri professionnelle.

Or, l'investigation de terrain parmi les AS a permis de relever plusieurs points alimentant le diagnostic :

- l'agent ne respecte pas le rythme du résident, notamment son sommeil, puisqu'il le réveille pour le petit déjeuner, et la nuit pour un change de protection ;
- il n'est pas dans une approche de stimulation des différentes fonctions du résident en vue de conserver et développer son autonomie car la démarche du soin à réaliser prime sur tout le reste ;
- il ne contribue pas à l'élaboration du projet personnalisé du résident dans la mesure où celui-ci n'est pas formalisé ;
- il ne collabore pas avec l'ASH, et vice versa, d'où une désynchronisation des tâches de l'un et de l'autre, auprès du résident ;
- il ne collabore pas avec l'IDE dans les soins en raison de l'absence de coordination des tâches entre les deux catégories socio-professionnelles : chacun réalise les siennes, inscrites sur des fiches de travail, indépendamment de celles de l'autre ;
- l'agent de nuit n'exerce pas ses compétences en coordination avec celles de l'agent de jour, et inversement, d'où la constatation d'une rupture entre le jour et la nuit.

⁴⁶ *Verbatim*

L'analyse relative à **la répartition de la charge de travail**, finalisée le 20 mars 2015, a permis de conclure à son hétérogénéité. Elle a été rapportée en comptabilisant le nombre, de toilettes par jour, de résidents nécessitant une aide pour les transferts, de résidents nécessitant une aide pour les repas, et de résidents souffrant d'incontinence. Premièrement, cette analyse a eu le mérite de souligner une charge de travail plus importante au premier étage par rapport aux deux autres, mais il serait nécessaire de confirmer cette observation au moyen d'un logiciel dédié répertoriant les plans de soins affectés aux résidents et leurs caractéristiques. Deuxièmement, elle fait valoir **la singularité de la charge de travail des agents de nuit**, un AS et un ASH FFAS. Si les tâches principales de ces deux agents peuvent se résumer sommairement à l'entretien complet des parties communes ainsi qu'à des changes de protection, leur charge de travail ne se résume pas pour autant au nombre de ceux-ci pouvant atteindre parfois le nombre de vingt-cinq lors de la première tournée. Les rondes de surveillance, en binôme, nécessitent d'entrer dans chaque chambre et de procéder aux vérifications adéquates selon l'état de santé et de dépendance du résident. L'observation du travail des agents de nuit permet aussi d'attester que cette charge de travail est pour une proportion importante de nature psychologique. D'une part, la nuit est l'instant des insomnies pour les uns, des mauvais rêves pour les autres, ou encore des souffrances morales et physiques. Les deux agents prennent le temps d'écouter et de reconforter les résidents qui racontent et qui pleurent dans leur lit. D'autre part, ces deux agents sont régulièrement confrontés aux décès survenant la nuit ainsi qu'aux hospitalisations urgentes qu'ils doivent gérer constamment seuls.

2.3.4 Des infirmiers diplômés d'Etat prisonniers de leurs priorités

L'analyse exposée vise essentiellement l'apport de précisions concernant les pratiques infirmières de la résidence et le positionnement actuel de cette catégorie-socio-professionnelle au sein de l'organisation du travail car au début du stage, le directeur venait de projeter **une refonte totale du circuit du médicament par sa sécurisation**. La résidence *Anatole France* étant sous le régime du tarif partiel sans Pharmacie à usage intérieur (PUI), les infirmiers eux-mêmes ont préparé jusqu'au 6 avril 2015 les piluliers de chaque résident dans un local de l'établissement destiné à la manipulation et au stockage des médicaments. Depuis cette date, un nouveau système de Préparation des doses à administrer (PDA) a été adopté : un pilulier hebdomadaire jetable nominatif dont la préparation incombe désormais aux huit pharmacies privées de Frontignan – La Peyrade. En raison de ce changement majeur, l'organisation du travail des infirmiers est en cours d'évolution et le retour d'expérience ne peut à ce jour être mesuré. La distribution des

médicaments proprement dite ne change pas de l'ancien au nouveau système. En revanche, un temps d'adaptation des agents au second sera nécessaire avant de pouvoir évaluer globalement le gain de temps résultant de cette nouvelle organisation.

Au demeurant, les infirmiers occupant les postes affectés aux soins (postes MC, MI, SC, SN)⁴⁷ exercent leur profession aux trois étages de la résidence. Sur la période diurne, ils sont les premiers agents en poste et les derniers qui le quittent. De plus, ils travaillent sur une période continue selon une amplitude de 7h30 par jour, soit 37h30 par semaine. Enfin, ils sont toujours quatre infirmiers pour couvrir une amplitude de 14h30, inscrits au planning quotidiennement tous les jours de la semaine pour ce secteur, mais exerçant leur activité essentiellement en binôme : un binôme le matin, un binôme l'après-midi.

Cependant, sans équivoque, **un amoindrissement des responsabilités des infirmiers de la résidence par le poids d'une organisation subie** est observé. Dans l'absolu, la profession d'infirmier est réglementée par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, abrogeant le décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

En EHPAD, l'infirmier est responsable du maintien, de l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie des résidents en leur prodiguant des soins. Par ailleurs, il exerce de nombreuses responsabilités au sein d'une équipe pluri professionnelle.

Au sein de la résidence *Anatole France*, la principale activité de l'infirmier affecté aux soins est la distribution des médicaments, tâche qui ne peut être différée dans le temps et dont les moments clés sont :

- 7h00 aux étages avant la distribution du petit déjeuner,
- 11h30 aux étages pour les plateaux du déjeuner,
- 12h00 en salle à manger,
- 17h00 aux étages pour les plateaux du dîner à 18h30,
- 19h00 en salle à manger,
- 20h00 pour les traitements de nuit.

Les deux infirmiers se répartissent cette distribution entre les étages et la salle à manger. Ils se rejoignent ensuite en salle à manger où le nombre de distributions est toujours plus important. La planification des autres soins dépend quant à elle des plans de soins élaborés et l'infirmier l'organise selon les priorités pour chaque résident : prise des constantes, pansement, injection, perfusion...

Par ailleurs, il coordonne les consultations des résidents à l'extérieur, les visites des médecins traitants au sein de la résidence, les retours d'hospitalisation. Et dans un domaine davantage administratif, il tient à jour l'agenda des consultations, les plans de soins, les

⁴⁷ Annexe n°4 : Description des postes des ASH, AS, IDE

transmissions ciblées et écrites, la liste des bilans à jeun réalisés par un laborantin extérieur, la liste quotidienne des plateaux en chambre qui sera transmise à la cuisine centrale, les demandes de renouvellement d'ordonnance...

Ainsi, à propos de l'organisation du travail des infirmiers, il est possible d'évoquer plusieurs éléments faisant débat :

- l'essentiel de cette organisation a pour fondement la distribution des médicaments, toutes les autres activités gravitent autour d'elle ;
- si le résident n'est pas réveillé, l'infirmier dépose les médicaments sur sa tablette : le contrôle de la prise devra se faire sous la responsabilité de l'AS ;
- chaque binôme d'infirmiers est constitué par affinités et fonctionne différemment, ce qui est souvent source de discontinuité dans les soins ;
- en raison de la disposition du bureau médical au sein de la résidence *Anatole France* au cœur du rez-de-chaussée, les premières personnes sollicitées sont les infirmiers, par les résidents, les médecins traitants, les familles, et tous les intervenants extérieurs.

En définitive, la description des points les plus sensibles de l'organisation du travail de l'ensemble des agents engendre un aperçu révélateur et une première interprétation peut en être extraite.

2.3.5 L'aspect global de l'organisation du travail : un défaut d'articulation et une transgression relative de la réglementation

Une synthèse de la planification des agents sur vingt-quatre heures⁴⁸ permet de mettre en évidence deux périodes critiques : une concentration de vingt-et-un agents sur quarante d'entre eux entre 8h00 et 11h30, et une pénurie entre 18h00 et 21h00 avec seulement neuf agents. Il semble évident que la répartition du temps de travail n'est plus appropriée et a des répercussions sur l'organisation du travail. Cet état de fait vient nourrir en particulier la problématique de l'absence d'articulation constatée entre les professionnels, à laquelle peuvent être adjointes des pratiques historiques défavorables à un accompagnement global du résident.

En effet, ce qui ressort majoritairement de cette étude, est une organisation du travail des ASH relativement rigide, faite d'automatismes, dépourvue de travail en équipe avec les soignants et pas plus adaptée aux rythmes des résidents.

En revanche, l'observation des pratiques des AS amène le constat d'un travail à la chaîne, routinier, d'une forme de « taylorisation des actes ». L'expression est forte mais traduit

⁴⁸ Annexe n°5 : Panorama des postes inscrits aux différents plannings – La planification des agents sur 24 heures

certainement le regard des agents interrogés sur leur propre organisation. L'acte à réaliser l'emporte sur tout le reste. Les agents sont essentiellement dans l'exécution et expriment des difficultés à investir une démarche réflexive. Ils sont cloisonnés à la fois au sein de leur propre organisation en raison d'une sectorisation marquée et au sein même de l'organisation globale des soignants.

L'élément essentiel à retenir et relatif à l'exercice actuel de la profession d'infirmier au sein de la résidence *Anatole France* est une organisation du travail n'offrant pas aux agents l'occasion de remplir leur rôle de manager d'équipe tel qu'il est assigné dans le décret de compétences, et relativement déconnectée de celle des AS. L'infirmier interrogé exprime également une impossibilité à maîtriser la gestion de son temps de travail par des propos particulièrement explicite : *Nous souffrons de ne plus avoir d'organisation propre car nous dépendons de tout le monde, nous sommes constamment sollicités et dérangés*⁴⁹.

Enfin, les plannings informent sur une habitude installée depuis plusieurs années : les agents travaillent trois week-end sur quatre, et plus précisément, ils ont travaillé entre dix et douze week-ends au moins sur la période de seize semaines. Or, la contrainte réglementaire⁵⁰ la plus forte est de respecter un ratio d'un week-end libre sur deux en moyenne, et plus exactement le principe de quatre repos hebdomadaires sur deux semaines dont au moins deux consécutifs.

Cette interprétation peut être complétée par le résultat de l'enquête conduite auprès des professionnels et dont l'ensemble du questionnaire avait initialement vocation à interroger leur résistance au changement de l'organisation du travail.

2.3.6 Une enquête professionnelle à la recherche de points de résistance

Un extrait du résultat⁵¹ des réponses aux questions les plus évocatrices souligne une distinction probante entre les trois groupes d'agents. Néanmoins, ce résultat est à interpréter avec prudence et ne saurait représenter la totalité des opinions puisque la participation des agents n'est pas totale. Pour autant, il dévoile une tendance apparente.

Ainsi, pour une forte proportion des ASH ayant répondu à l'enquête, l'accompagnement actuel des résidents est satisfaisant (75 %), leurs horaires de travail sont bien adaptés aux besoins des résidents (87.5 %), leur travail leur apporte satisfaction (75 %), ils sont motivés pour aller travailler (75 %), se sentent bien au sein de leur équipe (75 %), et trouvent que

⁴⁹ *Verbatim*

⁵⁰ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière

⁵¹ Annexe n° 6bis : Extrait du résultat de l'enquête conduite auprès des professionnels de la résidence *Anatole France*

le travail est bien organisé au sein de la résidence (75%). En toute logique, un seul d'entre eux estime qu'une réorganisation du temps de travail est nécessaire.

A l'inverse, les réponses apportées par les AS et les IDE sont beaucoup moins tranchées et traduisent des tendances plutôt inversées. Par exemple, les AS pensent à 88.2 % que leur travail est routinier, 82.3 % que la charge de travail est mal répartie et seulement 11.7 % que le travail est bien organisé au sein de la résidence. Ceci pourrait expliquer que 82.3 % d'entre eux estiment nécessaire une réorganisation du travail. Par ailleurs, IDE et AS pensent, à des taux voisins, que l'accompagnement actuel des résidents n'est pas satisfaisant (entre 65 et 75 %) et que leurs horaires ne sont pas adaptés à leurs besoins (50%).

En définitive, les trois groupes d'agents s'entendent sur un seul résultat : les horaires pratiqués actuellement leur permettent de concilier vie privée et vie professionnelle (ASH : 75 %, AS : 64.5 %, IDE : 75 %).

Cette analyse peut constituer un soutien au repérage d'éventuels points de résistance pour le changement organisationnel et démontre que la perception du travail et des difficultés rencontrées est différente d'un groupe professionnel à l'autre, ce qui entretient fortement les cloisonnements. Elle confirme que le temps de travail est au cœur des principales résistances. En effet, de plusieurs discussions avec les agents, il ressort que le refus du travail en périodes discontinues et en douze heures fait l'unanimité. De surcroît, l'organisation du travail souffre prioritairement du constat surprenant que les agents sont « titulaires » de leur poste et de leur roulement.

Le diagnostic n'est pas finalisé à ce stade car il ne saurait être exhaustif sans une interrogation notamment de l'opinion d'acteurs satellites à l'organisation du travail étudiée.

2.4 L'organisation du travail appréhendée par d'autres acteurs essentiels

Il s'agit essentiellement de résidents et de professionnels isolés au sein de l'organigramme. Les différents points de vue permettront de confirmer les premiers points faibles de l'organisation du travail déjà relevés ou bien d'en relever de nouveaux.

Tout d'abord, cette partie examine l'organisation de la vie en collectivité et sa concordance avec les rythmes des résidents.

2.4.1 Plusieurs points faibles extraits de la journée type du résident

La journée-type d'un résident en EHPAD est ponctuée par des moments clés répétitifs : le lever, le coucher, la toilette, les repas, les activités et les visites. Cette journée peut varier

d'un établissement à l'autre en fonction des caractéristiques de la population accueillie, cependant sans véritable différence pour l'intitulé des moments. C'est logiquement à partir de la déclinaison de cette journée-type que devraient être déployées dans le temps les compétences professionnelles.

La présentation d'une journée type apporte un descriptif de l'organisation du travail du point de vue du résident (*tableau 10*), dont il est possible d'extraire un certain nombre de points faibles.

Tableau 10 : Planning journalier type pour un résident

7h00 – 7h30	Réveil par le personnel soignant
7h30 – 8h30	Petit déjeuner en chambre
8h15 – 11h30	Toilette et soins divers
10h00 – 11h30	Activités : ateliers, animations, sorties... et / ou intervention des professionnels paramédicaux (exemple : kinésithérapeute)
11h30 – 12h00	Déjeuner en chambre pour les uns
12h00 – 13h00	Déjeuner en salle à manger pour les autres
13h00 – 14h30	Temps libre : sieste, télévision, lecture...
15h00 – 17h00	Activités
16h00	Collation en chambre ou en salle à manger
17h00 – 18h30	Fin de l'activité ou temps libre
18h30 – 19h00	Dîner en chambre pour les uns
19h00 – 19h45	Dîner en salle à manger pour les autres
20h00 – 21h00	Préparation au coucher, télévision, lecture, coucher...

Les principaux points faibles relevés, pouvant être source de maltraitance passive, sont au nombre de cinq. Premièrement, **le non-respect du rythme de chacun** est confirmé. Le sommeil n'est pas respecté car certains résidents dorment encore avant la distribution du petit déjeuner à 7h30. Ils sont réveillés par le personnel soignant : levée des stores, allumage de la lumière, installation au lit.

Les premières toilettes sont commencées à 8h15, parfois avant, ce qui laisse peu de temps pour la prise du petit déjeuner, et le résident peut ne pas l'avoir terminé. Deuxièmement, il est noté **un non-respect du temps des animations**. Les dernières toilettes sont terminées vers 11h30 alors que les activités commencent vers 10h00. Certains résidents concernés par les toilettes tardives se privent d'activité. Le kinésithérapeute peut également venir déranger le résident pendant l'activité. En troisième point, **une heure de dîner inappropriée** est enregistrée. Si le résident choisit un dîner en chambre, celui-ci est impérativement programmé à 18h30 au plus tard. Il est proche de la collation et de nombreux résidents expriment ne pas avoir faim si tôt. Cela est d'autant plus problématique, compte tenu de l'allongement du temps de jeûne nocturne avoisinant treize heures et tel qu'ils le rapportent, les agents de nuit sont régulièrement sollicités par des résidents réveillés par la faim. Le quatrième point fait état d'**une lacune dans l'accompagnement**

de la perte d'autonomie. En raison de leur perte d'autonomie progressive, certains résidents participent à peu d'activités, d'autres sont remontés en chambre dès 15h00 et resteront alités jusqu'au lendemain matin. Le dernier point fait ressortir **l'absence d'identification d'un référent** pour chaque résident. La notion de référent est d'autant plus importante que son absence peut aggraver la perte de repère pour la personne âgée.

Ensuite, l'interview des résidents a permis d'enrichir l'interprétation par l'expression de leur point de vue et de leurs attentes relatifs au rythme de vie au sein de la résidence.

2.4.2 Des entretiens de résidents cristallisant le diagnostic

Le questionnaire élaboré⁵² a permis d'enquêter, au sein de leur logement, au total vingt-huit résidents sur cinquante-deux sélectionnés.

Suite au recueil des réponses, il est possible de classer schématiquement les résidents en trois catégories. Pour les résidents les plus autonomes, la résidence est bien située car *« nous sommes en plein centre-ville et tout est à portée de main⁵³ ». Ils se sentent utiles car ils participent à l'organisation de la vie de la résidence : ils entretiennent le jardin, ils aident les lingères pour certaines tâches, ils débarrassent en salle à manger, ou encore ils officient pour la messe du dimanche matin... Ils admettent que s'ils peuvent s'organiser et adapter leur propre rythme de vie à celui proposé par l'établissement, c'est parce qu'ils sont très autonomes. Pour les résidents les plus dépendants, une certaine résignation est incontestablement observée. Ils déclarent ne pas avoir le droit d'exprimer d'exigences et de désirs, dans la mesure où ils ne sont pas malheureux. Ils disent *faire avec* puisque *tout est rédigé, les choses se font à telle heure et dans le fond, je n'ai rien à redire...⁵⁴*. Et leur perception des agents est quasi unanime : *Ce qui leur manque, c'est le temps. Discuter avec nous ? On voit bien qu'ils n'ont pas que ça à faire, alors on n'insiste pas⁵⁵*. Enfin, pour les résidents en perte d'autonomie, l'état de santé s'est dégradé mais ils n'ont pas reçu de compensation en termes d'organisation. Ils participaient aux animations et en raison d'un handicap croissant se sont confinés progressivement dans leur chambre et expriment leur ennui. Ce sont les plus en demande d'activités à l'extérieur. Ainsi, ce récit confirme l'absence de réflexion autour de la conservation et de la promotion de l'autonomie des résidents.*

⁵² Annexe n°3 : Questionnaire destiné aux résidents de la résidence Anatole France

⁵³ Verbatim

⁵⁴ Verbatim

⁵⁵ Verbatim

Enfin, la synthèse des entretiens semi-directifs d'agents cibles⁵⁶ permet de consolider les conclusions du diagnostic.

2.4.3 L'appréciation de plusieurs acteurs internes à l'organisation : une amorce de pistes de réflexion supplémentaires

Ces entretiens font surtout ressortir les principales répercussions de points faibles relevés par ces agents sur l'organisation générale du travail au sein de la résidence.

Le premier constat est **une absence de réflexion autour de l'accompagnement personnalisé du résident**. D'une part, ses souhaits ne sont pas recueillis à l'admission. Pourtant, la psychologue précise que ceux-ci restent réalistes et ne nécessitent jamais d'importants moyens à mettre en œuvre. D'autre part, la diététicienne évoque un problème relatif au suivi des résidents, conséquence d'une lacune dans l'analyse des besoins alimentaires puisque ceux-ci ne sont pas répertoriés. En outre, la problématique de nombreux plateaux à distribuer en chambre au déjeuner interroge également sur ce suivi. En effet, le risque de dénutrition est important chez la personne âgée et un plateau en chambre prive d'une prise en charge aussitôt, et nécessaire, en cas de perte de goût ou d'appétit.

Par ailleurs, **l'étape d'admission s'avère improductive**. Aucune procédure d'admission n'a été formalisée et la commission d'admission a été récemment supprimée en raison de son absence d'intérêt selon certains protagonistes. Ainsi, un dossier d'admission est bien rempli puis les documents d'usage remis par le cadre des admissions au futur résident et / ou à sa famille : livret d'accueil, règlement de fonctionnement et contrat de séjour en particulier. Le quotidien est expliqué et une visite de l'établissement peut éventuellement avoir lieu. Le dossier complet, transmis au cadre de santé, est ensuite soumis au médecin coordonnateur pour validation lorsqu'un lit devient disponible. Ce n'est qu'à l'admission proprement dite que le cadre de santé enregistre l'histoire de vie du résident et le jour de l'installation, détache un agent de son service quotidien, pour l'effectuer. En conséquence, aucune équipe référente n'est réellement nommée pour le résident, et *même si les habitudes de la vie quotidienne ont été recueillies, elles ne seront pas respectées, car le résident devra s'adapter au rythme de l'institution*⁵⁷.

L'existence d'un système de communication moderne mais d'un circuit de l'information perfectible est également relevée. L'établissement dispose du logiciel *EasySoins*, une des références sur le marché reconnue pour sa prise en charge globale du

⁵⁶ Annexe n°1 : Grille d'entretien des agents cibles (cadres de santé ou IDEC, psychologue, cadre des admissions, coordonnateur de l'animation, diététicien)

⁵⁷ *Verbatim*

résident, ainsi que du logiciel qualité *IJTrace*, permettant aux agents une saisie en temps réelle des informations ou événements indésirables. Néanmoins, les ASH n'ont pas accès à toutes les informations inscrites, et sont d'autant plus exclus des plus importantes d'entre elles, qu'ils ne participent à aucune des transmissions entre équipes. De même, aucune transmission de l'équipe animation n'est saisie dans *EasySoins*, alors que le projet animation correspond à une partie prépondérante du projet d'accompagnement personnalisé du résident. Une IDEC exprime également le souhait de canaliser davantage les informations relatives au projet de réorganisation du travail. En effet, elle estime que le « bouche à oreille » est préjudiciable, à l'origine de réticences chez les agents qu'elle doit ensuite rassurer pour désamorcer les contestations qui pourraient naître, et de la constitution de clans intra socio-professionnels.

De plus, **un défaut de cohésion de l'équipe soignante** est manifeste. Autour du résident, aucun duo AS / IDE n'a été constitué, pas même pour les soins de fin de vie. Tout au plus, les agents parviennent-ils à collaborer pour des soins lourds ou par obligation, par exemple, lorsque le renouvellement d'un pansement nécessite auparavant une toilette. De surcroît, un clivage notable existe entre le travail des AS et celui des animateurs. Ces défauts de cohésion ont pour principal résultat une discontinuité de l'accompagnement du résident et une inharmonie des pratiques.

S'ajoute aussi **un manque à gagner de managers potentiels**. Si le désinvestissement des IDE est le résultat d'un passif au sein de l'établissement, il n'en demeure pas moins une « perte d'expérience » en tant que manager de l'équipe de soin. Ceci est soutenu, notamment par les IDEC interrogés, qui soulignent par ailleurs leur inexpérience pour le management d'équipe dans le cadre d'une réorganisation du travail.

Enfin, il semble évident que **le niveau de connaissances en pratiques gériatriques est à actualiser**. Selon un agent interrogé, quinze minutes suffisent à la réalisation d'une toilette relationnelle encore faut-il avoir été formé pour cela. Les AS en particulier ne disposent pas de toutes les bases en pratique gériatrique. Ceci est accentué par une relative démotivation des agents à suivre des formations. Le bilan du plan de formation 2014 permet d'attester que seulement quatre agents ont souhaité suivre celle dont la thématique relevait de la bientraitance.

Ainsi, les différents éléments composant le diagnostic, qui intègrent chacun d'eux une dimension spécifique, convient à la conjugaison et à la hiérarchisation de leurs effets selon une approche stratégique, ce qui permettra la conclusion de l'étape d'analyse.

2.5 L'analyse stratégique SWOT⁵⁸ : une réponse aux hypothèses

Le diagnostic précédent peut être synthétisé à l'aide de la méthode SWOT :

<p style="text-align: center;">FORCES</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Des moyens modernes appropriés : système informatique, cellule qualité✓ Plusieurs agents motivés par l'envie de bien faire✓ Un effectif salarial suffisant	<p style="text-align: center;">FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none">✓ L'absence de projet personnalisé du résident✓ Une cohésion d'équipe déficiente✓ Une répartition des temps de travail et des qualifications inadaptée✓ Un positionnement amoindri de l'IDE✓ Aucune préparation au changement
<p style="text-align: center;">OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Un environnement extérieur propice au développement de la structure✓ Un recrutement de cadre de santé à venir✓ Le renouvellement en 2016 de la convention tripartite	<p style="text-align: center;">MENACES</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Une architecture inadaptée✓ Une résistance au changement : blocage, effet de groupe et cloisonnement✓ Une communication informelle

Dès lors, il est possible de répondre aux principales hypothèses introductives :

- L'organisation du travail actuelle ne répond pas aux besoins et aux attentes des résidents, et plus précisément, les temps de travail disponibles ne sont pas répartis en adéquation avec ceux-ci.
- L'absence de véritable organisation autour d'un travail en équipe réfléchi, et par voie de conséquence, d'articulation entre le travail des trois catégories socio-professionnelles étudiées, conduit à un cloisonnement des pratiques.
- L'effet de groupe concourt au maintien d'une résistance au changement.

Le diagnostic de l'organisation du travail étant posé, un plan d'actions stratégique pour conduire et construire son changement peut être proposé. La teneur de celui-ci sera systématiquement mise en relation avec les enjeux déclinés en première partie, de manière à pouvoir élaborer des propositions et des préconisations pour sa mise en œuvre effective au sein de la résidence *Anatole France*.

⁵⁸ Acronyme, de l'anglais : *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* pour forces, faiblesses, opportunités, menaces

3 Les axes choisis pour un pilotage stratégique du changement organisationnel

Le diagnostic, établi en conservant l'accompagnement personnalisé de l'utilisateur comme fil conducteur, a permis la révélation de plusieurs points critiques à améliorer au sein de l'organisation du travail de la résidence *Anatole France*. Les améliorations à concrétiser vont dépendre des objectifs qu'il est souhaitable d'atteindre en vertu de ce fil conducteur. Plusieurs d'entre eux semblent essentiels au regard des représentations données au changement en introduction et le choix a été de les regrouper selon trois axes.

Axe n°1 : Positionner l'utilisateur comme acteur de son parcours

Axe n°2 : Optimiser la gestion des ressources humaines

Axe n°3 : Pérenniser le changement

Les objectifs attribués vont être déclinés selon divers aspects, nourris au moyen de plusieurs résultats de l'enquête des professionnels, pour constituer finalement les éléments du plan d'actions proposé. En premier lieu, le changement organisationnel est abordé par le déploiement de plusieurs outils.

3.1 Positionner l'utilisateur comme acteur de son parcours

Ce premier axe général vise l'obligation de répondre aux besoins et aux attentes des résidents, point de départ des deux missions principales du stage de professionnalisation déjà évoquées. L'outil directeur utilisé a été le Projet d'accompagnement personnalisé (PAP) dont la réalisation restait à faire et qui a induit une réflexion autour de deux sous objectifs : fédérer l'équipe de travail autour du résident et introduire une discussion relative à une nouvelle répartition des temps de travail disponibles.

Le premier objectif a fait l'objet de la rédaction d'une procédure qui démontre la nécessité de tenir compte de notions spécifiques à l'origine de l'installation de nouveaux outils.

3.1.1 Fédérer l'équipe de travail autour du résident par la formalisation du projet d'accompagnement personnalisé

Cet objectif a pour fondement l'idée introduite par Sylvain CONNANGLE et Richard VERCAUTEREN, selon laquelle la qualité de l'accompagnement réside en majeure partie

sur la cohérence de l'équipe⁵⁹. Par ailleurs, cette formalisation s'est déroulée en plusieurs étapes et s'inspire de deux documents fondamentaux, un ouvrage dédié au projet de vie personnalisé des personnes âgées⁶⁰ et une recommandation de bonnes pratiques de l'ANESM⁶¹.

- Présentation des principes directeurs substantiels du PAP : une ébauche de sa relation avec l'organisation du travail

Le PAP est un document ayant vocation à formaliser les prestations proposées et délivrées par l'établissement de manière la plus adaptée à la personne accueillie, c'est-à-dire en fonction de ses besoins, ses habitudes de vie, ses souhaits, ses capacités physiques et cognitives, mais aussi en fonction des objectifs arrêtés par l'équipe professionnelle. Cet outil permet d'entretenir l'idée que l'institution, et par voie de conséquence l'organisation du travail, doit s'adapter à la singularité de chaque usager. La personne âgée est reconnue en tant que personne et citoyen et non plus uniquement comme dépendante et malade. En ce sens, il contribue à véhiculer une image positive de soi. Les personnes ont toujours des attentes, des souhaits, des sensations... Ainsi, la maladie, la perte d'autonomie et la fin de vie ne sauraient en aucun cas écartier l'élaboration d'un projet personnalisé.

Il est aussi un compromis entre le résident et l'établissement et établit un lien avec la famille. Il s'agit d'un document officiel contractuel, avenant au contrat de séjour, signé par toutes les parties. Il devient en ce sens un support de référence incontournable en cas de conflit. Sa mise en place impose à l'établissement de s'inscrire dans une démarche qualitative. Il doit permettre la traduction des informations, recueillies dès la période de pré - admission et relatives à l'accompagnement du résident, en objectifs. Ces informations, qui reflètent les besoins et les attentes de celui-ci, sont répertoriées au sein de rubriques caractéristiques : fiche administrative, histoire de vie, habitudes de vie, antécédents médicaux, souhaits, degré d'autonomie, bilans médical et d'autres professionnels, évolution envisageable au sein de l'établissement au travers par exemple du bilan d'adaptation tel qu'il est utilisé par les professionnels de l'établissement.

- Composition d'une équipe transversale : le comité de pilotage restreint

Le 8 janvier 2015, un entretien avec le psychologue de la résidence a conduit à dresser un état des lieux succinct concernant l'actualité du projet personnalisé du résident. Dans la mesure où celui-ci était élaboré de façon anarchique, sans harmonisation entre les trois

⁵⁹ CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2010, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées : de la relation humaine à la motivation*, 2^{ème} édition, Edition érès, 150 p.

⁶⁰ VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF J.-L., 2008, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : Enjeux et méthode*, 2^{ème} édition 2012, Editions érès, 175 p.

⁶¹ ANESM, 2011, *Qualité de vie en EHPAD (volet 1), De l'accueil de la personne à son accompagnement*

résidences, il a été admis d'actualiser la procédure y afférent. Ceci a nécessité la constitution d'une équipe aux multiples compétences, dénommée comité de pilotage et restreinte à celles de l'élève directeur représentant le chef d'établissement, du médecin coordonnateur, du cadre de santé, du psychologue et du coordonnateur de l'animation. Ainsi, ce comité a pu mettre en place une planification sur plusieurs mois des différentes étapes à poursuivre (*tableau 11*).

Tableau 11 : Etapes calendaires pour la formalisation du PAP

Calendrier	Acteurs	Etapes - Objet
15 janvier – 6 mars 2015	3 réunions du comité de pilotage	Réflexion autour du PAP ; thèmes abordés : - le référent, - les réunions d'équipe pluridisciplinaire et de projet, - l'admission, - la planification du dispositif, - l'évaluation du dispositif.
12 mars 2015	Groupe de travail avec les deux autres psychologues des <i>Maisons de retraite</i>	Harmoniser la procédure du PAP pour les trois EHPAD
19 mars 2015	Comité de pilotage	Finalisation de la procédure et publication sur <i>IJTrace</i>
20 mars – 26 mars 2015	Elève directeur	Lancement d'un appel à candidature (IDE, AS, ASH, animateurs) pour l'expérimentation du PAP
26 mars 2015	Groupe de travail	Présentation de la nouvelle procédure Réflexion autour de freins potentiels
27 mars – 30 avril 2015	Groupe de travail	Expérimentation du PAP par les binômes
4 juin 2015	Groupe de travail	Retour d'expérience et construction de l'outil de synthèse

- L'actualisation de la procédure : les principes clés débattus et retenus

Le référent et l'équipe référente

Un premier débat a eu lieu autour des notions de référent et d'équipe référente du projet. Effectivement, le projet ne peut réellement exister sans un référent, c'est-à-dire un professionnel désigné et garant de l'élaboration de celui-ci. Il est par essence un acteur

opérationnel à proximité du résident et à ce titre il supervise le projet. A ce stade, l'opportunité étant de (re)positionner l'infirmier comme chef d'équipe, a alors été défendue l'idée de le désigner comme référent principal du PAP, à l'encontre de la perception du cadre de santé qui a argumenté « *une surcharge de travail non gérable et qui sera refusée par les agents* »⁶². Pour autant, la décision a été prise de conserver cette proposition et d'adjoindre à l'infirmier référent un binôme comprenant obligatoirement un AS et, selon les disponibilités, un ASH, un animateur ou bien un autre AS.

Ainsi, l'attribution de missions et de responsabilités spécifiques à l'équipe référente a pu démontrer une volonté de faire progresser les agents ensemble autour d'un objectif commun : construire un projet personnalisé du résident répondant au mieux à ses besoins et ses attentes. De la sorte, l'organisation proposée implique une collaboration étroite au moins entre l'IDE et l'AS, ne serait-ce pour partager les informations nourrissant le PAP.

Le coordonnateur de projet

Selon les recommandations de l'ANESM⁶³, il peut s'agir d'un professionnel de l'encadrement (directeur, médecin, cadre de santé) ou bien un professionnel auquel cette fonction a été déléguée tel qu'un soignant, un psychologue, un animateur... De façon concertée, le choix a été de faire porter cette responsabilité sur trois personnes : le médecin coordonnateur, le cadre de santé et le psychologue.

Le rôle du coordonnateur de projet est fondamental en particulier pour fédérer l'équipe référente autour du résident. Il est compétent pour solliciter tous les acteurs impliqués dans l'élaboration du PAP ainsi que pour produire et centraliser leur contribution. En l'occurrence, il peut être amené à pointer les dysfonctionnements relatifs à la coordination des actions autour du projet et alors à inciter l'évolution de la procédure si nécessaire.

Les deux moments principaux de co-construction du projet

- La réunion de l'équipe pluridisciplinaire

Après l'admission du résident, a été décidé qu'un temps de six à huit semaines doit être respecté pour observer cette nouvelle personne, et recueillir des informations supplémentaires. Cette étape est conclue par l'écriture d'un pré-projet au moment de la réunion de l'équipe pluridisciplinaire réunissant médecin coordonnateur, cadre de santé, psychologue, animateur, équipe référente, auxquels peuvent se joindre ergothérapeute et diététicien. Cette réunion doit permettre la transformation des pré-projets fixés à l'ordre du jour, en projets.

- La réunion de projet

⁶² *Verbatim*

⁶³ *Ibid.*, p. 42

Planifiée par le coordonnateur de projet dans le trimestre suivant l'admission du résident, elle vise la validation des hypothèses de travail et des objectifs de l'accompagnement énoncés en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Elle doit réunir le résident, l'équipe référente et un membre de son entourage si le résident ne s'y oppose pas.

- Conséquences manifestes de la procédure conçue sur l'organisation du travail

La nouvelle procédure dévoile clairement la volonté de faire progresser les agents ensemble, et qu'ils ne soient plus systématiquement dans une démarche active mais plutôt dans une réflexion dédiée à l'accompagnement. Ceci revient à donner du sens au travail réalisé et pourrait très bien amorcer un choix de point de départ du PAP, tel que le maintien de l'autonomie peut l'être chez certaines équipes⁶⁴.

Quoiqu'il en soit, la procédure élaborée interpelle dans la mesure où la charge de travail devra être réellement analysée selon des tableaux de bord consacrés, la sectorisation des ASH et des AS deviendra inappropriée, les binômes intra socio professionnels n'auront plus lieu d'être, et plus particulièrement, le positionnement des acteurs sera différent. Pour ainsi dire, une nouvelle dynamique de travail est recherchée en donnant la parole à l'ASH inclus désormais dans un binôme d'accompagnement.

- Une étude de faisabilité démontrée par un retour concluant de l'expérimentation du groupe de travail

Un appel à candidature a été lancé le 20 mars auprès des ASH, AS et IDE de la résidence *Anatole France* afin de constituer un groupe de travail ayant pour objet la formalisation du PAP et les réorganisations du travail. L'objectif a été d'intégrer à ce groupe trois agents de chaque catégorie socio-professionnelle. Au total, en raison du faible retour des IDE à cet appel à candidature, le groupe de travail s'est composé de : un IDE, un animateur, quatre AS dont un agent de nuit, et trois ASH, ainsi que le chef d'établissement, le cadre de santé, le psychologue, le coordonnateur de l'animation et l'élève directeur.

Ce premier groupe de travail a permis de présenter les attendus vis-à-vis de l'expérimentation du PAP et de répondre aux différentes interrogations des agents.

L'expérimentation en question a consisté en la formation de binômes-pilotes. En effet, il a été demandé à chaque agent présent (IDE, AS, ASH), de constituer un binôme avec un autre agent choisi parmi ceux ne participant pas au groupe de travail et n'appartenant pas à la même catégorie socio-professionnelle (exemple : binôme AS – ASH, AS – animateur...), puis à chaque binôme, de choisir deux résidents pour lesquels il souhaite réaliser l'expérimentation du PAP. Il a été conseillé de faire ce choix parmi les résidents dont l'accompagnement ne va pas de soi, ou bien récemment admis. L'outil de travail utilisé

⁶⁴ *Op.cit.* p. 42

et fourni par le psychologue se présentait sous forme d'un tableau de « cibles » à renseigner et basées sur les quatorze besoins de Virginia HENDERSON.

Un retour d'expérience a eu lieu le 30 avril. Un tour de table a permis la présentation des éléments relevés concernant les résidents sélectionnés après un mois d'expérimentation. Malgré l'absence de deux ASH et un AS à ce groupe de travail, le bilan de cette expérience pilote est positif. Les agents se sont mobilisés. Ils ont pu s'approprier l'outil et vérifier par eux-mêmes plusieurs problématiques relatives à l'organisation du travail actuelle et déjà relevées lors du diagnostic.

De surcroît, cette expérience leur a permis d'instaurer une relation différente avec le résident, ce qui s'est traduit par l'évocation du souhait de celui-ci à sortir du soin, faire davantage d'activités à l'extérieur et participer à de nombreuses animations.

Qui plus est, les agents impliqués ont globalement trouvé le temps nécessaire pour recueillir les données utiles à la construction du pré-projet. Certains binômes ont d'abord travaillé séparément puis se sont réunis pour une mise en commun.

- Une étude de faisabilité confirmée par une cohésion d'équipe maintenue lors de l'élaboration de l'outil de synthèse

L'expérimentation a été poursuivie durant un mois supplémentaire pour permettre aux agents de finaliser la saisie des informations sur le document support et, réfléchir à une trame possible de l'outil de synthèse à construire. En définitive, la trame utilisée, une fois remplie en réunion d'équipe pluridisciplinaire, constituera le PAP du résident. Les agents du groupe de travail se sont une nouvelle fois mobilisés et ont défini ensemble cinq axes de travail ou grands titres d'objectifs les plus pertinents selon eux : le maintien des capacités, la psychologie, la socialisation, la sécurité et la liberté, la prise en charge de la douleur.

Le second objectif, quant à lui plus délicat, a nécessité une réflexion beaucoup plus poussée et une consolidation de la participation des agents au débat.

3.1.2 Négocier une nouvelle répartition des temps de travail disponibles adaptée aux besoins et aux attentes des résidents

Offrir un accueil et un accompagnement de qualité invite à proposer au résident un compromis entre les contraintes de la vie en collectivité et les souhaits personnalisés. Cependant, ceci impose au directeur l'entretien du consensus social en raison du remaniement nécessaire de l'organisation du temps de travail.

- La difficile gestion du temps de travail des personnels soignants

La gestion des personnels relevant de la fonction publique hospitalière présente une difficulté au cœur de la gestion du temps de travail, celle du choix de la méthode la plus pertinente permettant d'adapter l'organisation du travail à divers aléas comme l'incertitude liée à l'activité non programmée et les absences imprévues. De surcroît, la gestion du temps de travail en établissement médico-social est particulièrement complexe compte tenu, d'une obligation réglementaire applicable en matière de temps de travail, ainsi que d'une obligation à connaître la technicité indispensable à la préparation des plannings.

Selon le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, l'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement, après avis du Comité technique d'établissement (CTE). Elles relèvent surtout du management opérationnel puisque les plannings sont établis par le cadre de santé ou l'infirmier coordinateur. Cette réflexion autour du temps de travail s'avère d'autant plus délicate car d'une part, elle exige une phase d'expérimentation et d'ajustement puis la conclusion d'un accord avec les partenaires sociaux, d'autre part, elle ne peut pas éluder la connaissance approfondie du logiciel utilisé par l'établissement dans la mesure où un certain nombre de garanties sont à respecter (durée hebdomadaire de travail, repos quotidien, repos hebdomadaire...).

- L'appropriation des plannings par le calcul et la comparaison des ETP

Successivement à la formalisation du PAP, il a été souhaitable de sensibiliser les agents du groupe de travail au calcul du temps théorique global à planifier sur une journée en fonction des effectifs financés inscrits au tableau⁶⁵. Ce calcul a abouti au total de 207,7 heures par jour dont 81,8 heures pour les ASH, 76,8 heures pour les AS, 31,9 heures pour les IDE et 18,0 heures pour les contrats d'insertion. L'intérêt d'un tel calcul n'est pas tant les résultats obtenus mais plutôt la comparaison avec les temps réellement répartis sur les plannings⁶⁶. Ainsi, les agents ont pu vérifier une supériorité des temps réellement planifiés par rapport aux temps théoriquement financés. Par cette démonstration, il s'agissait d'anticiper les éventuelles objections relatives à une incohérence entre les temps planifiés et les temps financés et de les amener progressivement à visualiser sur les plannings les périodes de la journée déficitaires en personnels⁶⁷. Aussi, cette explication a eu pour objectif de présenter le sujet du prochain groupe de travail, programmé au mois de

⁶⁵ 1 ETP du tableau correspond à 1547 heures de travail par an, une fois toutes les déductions réalisées : congés annuels, jours fériés, jour de solidarité, journée de fractionnement, 2 jours hors saison, 2 journées heures variables selon le nombre de jours fériés travaillés (> 20). Sont déduits l'absentéisme, les heures de nuit et les heures syndicales.

⁶⁶ Annexe n°4 : Description des postes des ASH, AS, IDE

⁶⁷ Annexe n°5 : Panorama des postes inscrits aux différents plannings – La planification des agents sur 24 heures

septembre 2015, sur les différents scénarii possibles en termes de répartition du temps financé et permettant de répondre aux besoins et aux attentes du résident en raison de la formalisation du PAP. La commande a été précisée de telle manière qu'il s'agira de créer une nouvelle maquette d'organisation journalière afin d'obtenir systématiquement des postes à temps plein par la transformation de postes à temps partiel en conservant le nombre total d'heures identique.

- Propositions pour une nouvelle répartition du temps de travail

Une maquette d'organisation journalière indique sur vingt-quatre heures la position des différents postes de travail en fonction du niveau d'activité le plus fréquemment observé. Or, une nouvelle répartition ne peut pas être conçue sans tenir compte d'un préalable indispensable : la connaissance du nombre d'heures pouvant être planifiées, des compétences requises selon le moment de la journée, de la répartition de la charge de travail. Ces trois dimensions ont été abordées et permettent désormais la proposition d'une nouvelle répartition⁶⁸ tenant compte du diagnostic établi. Par ailleurs, plusieurs conclusions ont été émises lors du stage dont la nouvelle répartition devrait tenir compte à l'avenir.

La problématique du nombre de week-end travaillés

Travailler un week-end sur deux convient à une organisation du travail dont l'activité est variable entre la semaine et le week-end. Cela se conçoit en service hospitalier, de consultations ou d'hospitalisation de semaine, fermé le week-end. En revanche, en EHPAD, l'application est moins évidente en raison d'une activité théoriquement identique pour les ASH, AS et IDE tous les jours de la semaine. La mission n'ayant pas permis une évaluation détaillée des tâches qui pourraient être supprimées ou réduites le week-end, une telle étude mériterait d'être conduite, afin de pouvoir concrétiser le choix du passage à un week-end sur deux travaillé.

La problématique du temps de travail sur une période continue ou discontinue

Les règles applicables à la durée quotidienne de travail ont été définies réglementairement⁶⁹. En cas de travail sur une période continue, la durée quotidienne ne peut pas excéder 9 heures pour les équipes de jour et 10 heures pour les équipes de nuit. Néanmoins, pour des raisons de continuité de service public, le chef d'établissement peut décider d'augmenter cette durée, après avis du CTE, sans que l'amplitude ne puisse dépasser 12 heures. En cas de travail sur une période discontinue, l'amplitude de la journée

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière

de travail ne peut pas être supérieure à 10 heures 30 et être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de 3 heures.

Dès lors, réorganiser les temps de travail incite à examiner les possibilités offertes ci-dessus afin d'ajuster au mieux la répartition des compétences autour des périodes critiques soulevées lors de l'état des lieux.

Un temps de travail en 12 heures sur une période continue ne semble pas favorable pour des raisons évidentes d'efficacité et alimente toujours le débat en raison d'une exposition des professionnels à *des risques avérés supplémentaires*⁷⁰ reconnus récemment par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol TOURAINE.

Pour les agents étudiés, il est possible soit d'augmenter les amplitudes des postes en horaire continu, soit de transformer des postes en horaire continu en postes en horaire discontinu. Il peut être aussi envisagé de simplement déplacer certains postes en maintenant l'amplitude appliquée équivalente au moins au temps plein.

La problématique de la sectorisation et de la synchronisation des agents

La sectorisation des ASH et des AS telle qu'elle se décline aujourd'hui au sein de la résidence n'est plus appropriée à une organisation du travail fluide en cohérence avec les besoins du résident. Deux possibilités se présentent :

- soit une suppression pure et simple des secteurs et une répartition indifférenciée des nursings, réalisés au fur et à mesure des réveils et des souhaits des résidents (toilette avant ou après le petit déjeuner), c'est-à-dire que les postes seraient fixes sur les plannings mais les agents tourneraient sur chacun d'eux ;
- soit une sectorisation des agents par étage avec un roulement régulier entre eux et l'ajout aux postes sectorisés de postes transversaux constituant une véritable « équipe volante » ;

Si la première proposition a l'avantage de la flexibilité, la seconde semble plus appropriée d'une part, parce qu'elle permet de stabiliser l'organisation en conservant une marge de liberté, d'autre part, parce que l'EHPAD est un lieu de vie et que la sectorisation favoriserait la connaissance des habitudes des résidents.

Puis, suivant la suppression des actuels secteurs, il semblerait plus convenable de faire venir tous les AS du matin à la même heure, ce qui pourrait engendrer la transformation de postes de travail en période continue en période discontinue, ou bien celle de l'amplitude de 7h15 appliquée actuellement en 9h00. De plus, une progression synchronisée des agents autour du résident, en fonction de leurs tâches respectives, pourrait nécessiter l'arrivée de plusieurs d'entre eux, AS et ASH, dès 6h30, ce qui engendrerait inévitablement la création de postes en horaire discontinu.

⁷⁰ APM, 16 juillet 2015, *Quatre syndicats de la fonction publique hospitalière réclament un moratoire sur le travail en 12 heures* ; <http://www.apmnews.com/story.php?numero=261353&profil=46374>

Un troisième objectif s'est imposé sous peine de voir le changement organisationnel rapidement avorter.

3.1.3 Ancrer la personnalisation de l'accompagnement du résident dans les mentalités

Dans une perspective à court et moyen termes, une fois la période estivale passée, il conviendra de négocier un nouveau planning adapté et de l'expérimenter sur une période de quatre à six semaines afin de pouvoir mesurer les résultats escomptés au moyen d'indicateurs tels que le nombre de binômes ASH-AS effectifs, d'entretiens de logement le matin et l'après-midi, de réponses positives apportées aux besoins des résidents... Au préalable, une information concernant cette nouvelle expérimentation sera communiquée aux résidents par le biais du Conseil de vie sociale (CVS). Ensuite, l'expérimentation des nouveaux temps appliqués, ajustés par les professionnels au fur et à mesure des dysfonctionnements relevés, devra faire l'objet d'une approbation en CHSCT et CTE.

De plus, a été pointée la condition incontournable du changement des plannings pour une mise en œuvre effective du PAP. Or, le PAP est un outil visiblement peu connu des agents. Les résultats de l'enquête⁷¹ démontrent que sur la totalité des agents ayant répondu, deux tiers d'entre eux n'ont jamais participé à son élaboration et n'ont jamais reçu une (in)formation à son sujet. Pour autant, la majorité des agents sont favorables à son développement aussi bien pour l'amélioration de la qualité de l'accompagnement du résident que pour une meilleure satisfaction de leur travail. En revanche, tel que cela a déjà été relevé, les deux tiers d'entre eux estiment que les horaires de travail actuels sont adaptés et parmi ceux-ci, près de 100 % des ASH (7 ASH sur 8). Ceci laisse supposer de leur part une déconnexion entre le PAP et l'organisation du travail. En conséquence, il semble avant tout opportun, de programmer par groupe de quinze agents en moyenne chaque fois, une information dédiée au PAP, par exemple en reprenant point par point la procédure actualisée et d'ouvrir le débat sur toutes les interrogations.

Enfin, il semble impératif qu'un travail rigoureux soit conduit pour optimiser l'étape d'admission du résident. Il s'agit également d'une réclamation assez prégnante chez les professionnels qui peuvent pâtir par la suite de son élaboration décousue. Pour cela, une procédure reste à rédiger. Il sera notamment nécessaire d'établir un circuit précis des dossiers transmis entre les différents acteurs impliqués et d'assigner des objectifs à la commission d'admission, ou toute autre forme de réunion pluridisciplinaire au cours de laquelle sera décidée l'admission d'un résident. Cette nouvelle procédure devra favoriser l'évaluation du GMP en temps réel, et lorsque le système informatique le permettra, celle

⁷¹ Annexe n°6 : Résultat de l'enquête conduite auprès des professionnels

du PATHOS moyen pondéré (PMP) viendra la compléter. De plus, l'admission devra être envisagée dans le prolongement du PAP, pour atteindre l'objectif de continuité entre domicile et établissement, par exemple en instaurant un temps d'adaptation sous forme de participation du futur résident à une ou deux animations organisées par l'établissement.

Le positionnement central de l'usager reconnu, en second lieu, il convient d'envisager le changement organisationnel par une approche purement stratégique.

3.2 Optimiser la gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines ne se résume plus à une gestion de personnel. C'est la raison pour laquelle, au moyen des propositions suivantes, le caractère de sa fonction au service de la stratégie et de la performance organisationnelle est démontrable.

3.2.1 Ajuster la répartition des compétences aux besoins identifiés

Plusieurs procédés organisationnels peuvent concourir à la création de compétences là où elles sont déficitaires.

En premier lieu, **la mutualisation** fait partie des moyens à la disposition des directeurs d'établissements dans le cadre d'une réorganisation du travail. L'action de mutualiser consiste à regrouper des moyens financiers, humains, organisationnels... afin d'optimiser l'efficacité d'une procédure ou diminuer les coûts d'un projet. La mutualisation est aussi le partage de moyens humains et / ou matériels pour optimiser l'accès à ces ressources et leur rentabilité par le partage des coûts, des frais d'entretien, d'assurance... Ce procédé est surtout employé au sein des collectivités territoriales. Dans un établissement médico-social, l'application de ce procédé peut se faire au niveau des secteurs. Il ne s'agit pas de partager des moyens humains ou financiers mais plutôt de supprimer les barrières entre secteurs de façon à regrouper les compétences. L'avantage pour l'employeur, est une plus grande marge de manœuvre pour la gestion des ressources humaines : meilleure gestion des plannings, gestion facilitée de l'absentéisme... tout en étant un outil de décloisonnement. L'avantage de la mutualisation pour le salarié est de pouvoir changer d'horaire facilement et prendre ses congés lorsqu'il le souhaite. Elle peut aussi être source d'enrichissement professionnel.

Dès lors, au sein de la catégorie socio-professionnelle des ASH de la résidence *Anatole France*, il semble opportun de rompre un certain nombre de barrières dont celle établie entre ceux affectés à l'entretien des logements et à la distribution des petits déjeuners et ceux affectés à la lingerie et à l'entretien de certaines parties communes. Cela permettrait de constituer un pool spécifique d'ASH affectés à l'entretien des chambres et du linge des

résidents, et de faire travailler les agents sur chacune des tâches selon une planification tournante et équitable.

En second lieu, **la polyvalence**, qui se définit comme la qualité d'une personne ayant plusieurs spécialités ou fonctions, possédant plusieurs compétences, peut être considérée comme le pendant de la mutualisation. Aujourd'hui, elle est une qualité souvent recherchée par les recruteurs et s'observe en particulier dans les petites entreprises. Elle peut être un moyen d'optimiser une organisation du travail pour réduire l'impact de l'absentéisme. Elle permet surtout d'éviter la standardisation, et alors de privilégier la compétence et la flexibilité de l'organisation. C'est un des moyens de régulation des effectifs en fonction des besoins définis. Du point de vue du salarié, la polyvalence peut être l'occasion de progresser et de se valoriser en prouvant ses capacités.

La résidence compte de nombreux ASH faisant fonction d'AS (FFAS), et l'existence de cette polyvalence est à la fois un tremplin pour le salarié et une ressource de compétences pour le directeur dans le cadre de la constitution de binômes ASH(FFAS)-AS. En effet, certains responsables d'établissements n'hésitent pas à réaliser un transfert inversé en proposant aux FFAS un retour sur des postes d'ASH, ce qui leur permet d'une part, le recrutement de nouveaux AS diplômés, d'autre part, la constitution de binômes, au sein duquel l'ASH est compétent pour réaliser les toilettes. Simultanément, le directeur s'oriente vers une réelle cohésion ASH-AS.

En dernier lieu, **le transfert de tâches et d'activités** quant à lui, est un moyen utilisé par les établissements médico-sociaux pour précisément établir un relai entre les différentes catégories socio-professionnelles et diversifier les activités du travail. Il constitue un outil opérationnel de répartition des agents dans le temps et dans l'espace en fonction de leurs compétences. Il rejoint en ce sens la polyvalence puisqu'il induit une forme de flexibilité. S'il est bien pensé, il peut induire une répartition plus équilibrée de la charge de travail.

Pour la résidence *Anatole France*, une refonte des fiches de tâches des agents seraient à mener. Dans ce cas, deux tâches habituellement attribuées aux AS seraient transférées pour certaines d'entre elles :

- aux IDE, s'agissant des toilettes : l'IDE pourrait réaliser une à deux toilettes par jour ;
- aux ASH, s'agissant de l'aide au repas : l'ASH pourrait aider les résidents pour lesquels il n'existe pas de risque de fausse route.

Selon cette démarche, il serait également judicieux d'impliquer l'AS à des activités d'animation notamment l'après-midi lorsque les nursings sont réputés moins lourds.

3.2.2 Entretien la motivation des équipes aux métiers en gérontologie

Un projet de changement organisationnel, quand bien même il s'appuierait sur une base solide à l'instar d'une obligation de personnaliser l'accompagnement de l'utilisateur, il n'en

demeure pas moins que son aboutissement peut être fortement compromis sans une implication dynamique des professionnels, dépendante à son tour de l'implication effective de l'encadrement à les motiver. Or, en amont de la motivation des équipes au changement organisationnel, il paraît essentiel d'entretenir leur motivation à l'exercice des métiers en gérontologie afin de les y fidéliser. Les difficultés liées au recrutement de personnels qualifiés dans ce secteur en raison de plusieurs facteurs ne sont pas inconnus, dont les plus classiques sont d'une part, l'image négative de la vieillesse encore très prégnante dans les sociétés occidentales, d'autre part, le manque d'attractivité de certaines régions françaises faisant obstacle à un recrutement fructueux⁷². La motivation des agents dépend également pour une large part, de l'actualisation régulière de leurs connaissances en gérontologie pour pallier les évolutions, de la recherche en la matière, des technologies, et par voie de conséquence, des métiers, et cela peut contribuer à conforter l'agent à l'accomplissement de son travail en même temps que de déclencher le changement de comportement.

En raison de ces éléments, la situation de la résidence *Anatole France* éclaire sur plusieurs choix stratégiques potentiels.

Tout d'abord, **diversifier les équipes d'aides-soignants et d'animateurs en y introduisant des compétences spécifiques**, peut être facteur d'émulation pour les autres professionnels en stimulant leur souhait de progresser ou en permettant simplement de faire évoluer leurs pratiques. Par exemple, l'effectif pourrait être complété par le recrutement d'au moins 1 ETP d'Aide médico-psychologique (AMP) dont le rôle est, de réaliser aux côtés des personnes âgées, les gestes de la vie quotidienne (coucher, lever, toilette, habillage, repas, déplacements...) mais aussi, de contribuer à l'éveil, l'encouragement et le soutien à la communication et à l'expression, en organisant des activités adaptées à leur état de dépendance. Sa présence encouragerait moins de toilettes au lit et plus de repas en fauteuil. Actuellement, au sein de la résidence, ni les AS, ni les animateurs, n'ont vocation à remplir cette fonction pourtant reconnue essentielle dans le maintien de l'autonomie. Si l'intérêt du résident est valorisé, l'intégration de l'AMP à l'organisation permettrait également de renforcer la connaissance de la personne âgée et de soutenir le psychologue dans sa démarche de cohésion d'équipe. Dans le même ordre d'idée, le recrutement des futurs ASH pourrait se faire sur la base de la détention d'un Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) dont le déroulement de la formation est essentiellement basé sur l'accompagnement et l'aide des personnes vulnérables à leur domicile, et qui attribue à leurs détenteurs des compétences en matière d'hygiène et de relation à la personne.

⁷² LEBEE E., *Comment sécuriser les recrutements et fidéliser les personnels en EHPAD*, Revue hospitalière de France, mai – juin 2011, n°540, pp 32 – 35.

Ensuite, les bénéfices de la polyvalence invoqués précédemment, peuvent par ailleurs favoriser l'attractivité des métiers. De la même manière, **la valorisation du travail**, par une communication, individuelle ou collective, des effets de sa contribution au bon fonctionnement de l'établissement, est **un moyen concret de reconnaissance des professionnels**. Il apparaît également que **la généralisation du temps de travail à temps plein** permettrait de répondre aux souhaits de plusieurs agents à temps partiel.

En outre, deux autres moyens, qui pourraient engendrer une meilleure implication des agents, consistent d'une part, à les **responsabiliser**, d'autre part, à **favoriser l'enrichissement de leur formation initiale**. Si le premier requiert la détention de qualités de pédagogue, le second relève de la politique de l'établissement en matière de gestion des ressources humaines et caractérise en cela un point important du projet d'établissement.

Responsabiliser, dépasse la simple stratégie de confier des responsabilités à une personne pour sa participation aux décisions. Dans l'état d'esprit développé précédemment, cette action vise plutôt **la faculté à lui faire prendre conscience de ses responsabilités**, ce qui induit une démarche active de la part des deux parties : le directeur et le professionnel. En ce cas, ce dernier est amené à se fixer lui-même des objectifs et à travailler de façon indépendante pour les atteindre. Notamment, la responsabilisation passerait essentiellement par celle de l'infirmier, dont le rôle de manager d'équipe soignante doit être résolument actualisé. En effet, il serait alors en capacité d'assister le cadre de santé dans la conduite du changement en « tirant vers le haut » l'équipe. Par la même occasion, l'infirmier devenant le relai du cadre de santé, un autre objectif serait engagé, celui d'améliorer la coordination des projets, avec de nombreux bénéfices à la clé, sources de bien-être : éviter la redondance et la perte d'informations, instaurer un climat de confiance... Ainsi, un travail de réflexion reste à réaliser entre la direction, l'encadrement de proximité, les infirmiers, et la formalisation du PAP est un bon support pour proposer des éléments concrets de réalisation, ne serait-ce qu'en désignant l'infirmier comme principal « animateur » de la réunion de l'équipe pluridisciplinaire.

S'agissant du recours à la formation, l'idée est de **donner davantage de sens au plan de formation**. Dans cette logique, celui-ci doit être construit en fonction des projets que l'établissement compte développer, c'est-à-dire centré sur les besoins et les compétences qu'il recherche, et cela peut amener le directeur à rendre obligatoires certaines formations à des catégories particulières d'agents. Dans le cadre de la formalisation du PAP, il s'agirait par exemple, d'inscrire une formation sur le thème de la relation à la personne vulnérable, complémentaire des méthodes de soin non médicamenteuse type *Humanitude* ou *Montessori*, et pour laquelle le médecin coordonnateur et le cadre de santé seraient notablement impliqués, ou bien une formation obligatoire pour les ASH relative à la mise en pratique de la personnalisation de l'accompagnement

En résumé, responsabiliser et former, revient à favoriser **la professionnalisation des agents**⁷³, levier instigateur à la fois, du souhait de l'agent à vouloir évoluer dans sa carrière, du choix d'un postulant à venir travailler dans l'établissement, mais aussi du changement de l'organisation du travail. Cela relance la problématique relative à la reconnaissance des compétences des ASH qui détiennent une mine d'informations concernant les résidents, dont celle en matière relationnelle est incontestable et représente un des maillons forts du PAP. Un moyen concret de les professionnaliser serait d'inclure systématiquement leurs tâches dans le cadre du maintien et de la promotion de l'autonomie du résident. C'est la raison pour laquelle, une réflexion destinée à reformuler entièrement leurs fiches de poste et d'activités est inévitable.

Pour achever le plan d'actions, celui-ci ne saurait être exhaustif sans anticiper l'avenir du changement organisationnel.

3.3 Pérenniser le changement

La conduite du changement organisationnel représente un travail de longue haleine pour le directeur qu'il doit construire sur une période minimale d'une année et qui ne pourra aboutir durablement sans une implication constante des professionnels et l'instigation d'une dimension proprement culturelle au changement.

3.3.1 S'appuyer sur l'équipe opérationnelle et le cadre de santé

Le projet personnalisé du résident, comme fil conducteur du projet de changement organisationnel, nécessite une implication forte de l'équipe qui va occuper un rôle central. Or, la constitution de cette équipe en EHPAD va dépendre pour une large part de la taille de celui-ci. Pour les établissements de petite capacité d'accueil, le directeur disposera de moins de relais de délégation, souvent un seul infirmier coordinateur et deux ou trois agents administratifs, qu'un établissement de capacité supérieure d'au moins 100 lits, où la constitution d'une équipe opérationnelle est indispensable. *Les Maisons de retraite publiques de Frontignan – La Peyrade* offrent un exemple du besoin d'une telle équipe sous la forme premièrement, d'un comité de pilotage du projet, deuxièmement, d'une équipe opérationnelle proprement dite. A l'instar de ce qui a été envisagé pour la formalisation du PAP, l'association de l'équipe opérationnelle au projet de changement doit être pensée par le directeur en amont de celui-ci, à tous les niveaux, et dès la pré - admission du résident, puis tout au long de son parcours au sein de l'établissement. De plus, cette équipe devra

⁷³ CRISTOL D., *Qu'est-ce que la professionnalisation ?*, Les Echos, 8 juin 2009
http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2009/06/08/cercle_30215.htm

être entendue si le principe de base de réactualisation permanente du projet est instauré, nécessitant pour cela une évaluation concertée par tous les agents. En conséquence, le directeur, qui s'inscrit dans une stratégie globale par projets, naturellement absent des activités à mettre en œuvre pour le changement, détient en revanche, le rôle fondamental *de dynamiseur, d'initiateur et de régulateur de l'équipe*⁷⁴. A ce titre, il doit pouvoir compter sur le cadre de santé ou l'agent faisant fonction. En effet, défini comme interface entre la direction, le médecin coordonnateur et l'équipe opérationnelle, le cadre de santé doit être en mesure de relayer sur le terrain les objectifs posés par le PAP, c'est-à-dire de prévoir les procédures de travail et l'évolution des compétences utiles, d'inscrire le travail réalisé par les agents dans le projet et de motiver son équipe au moyen d'outils précédemment déclinés. De surcroît, il détient une responsabilité essentielle de gestion d'éventuelles crises naissantes au cours de la réalisation du projet, en raison des changements qu'il induira. De la qualité relationnelle du couple directeur / cadre de santé, dépendra le type de management employé par le premier, au nombre de quatre : directif, persuasif, participatif, délégatif, se distinguant par une marge d'autonomie croissante laissée au cadre de santé et à l'équipe opérationnelle. Dans le meilleur des cas, le cadre de santé sera considéré comme « chef de file », coordinateur opérationnel du changement organisationnel, responsable de la collecte de plusieurs données alimentant les tableaux de bord.

3.3.2 Moduler la décision au moyen du suivi des tableaux de bord

Puisque la principale contrainte initialement posée a été de construire le changement organisationnel sans toucher à la masse salariale et au budget, la mise en place de tableaux de bord s'avérera indispensable pour suivre l'avancée du changement au moyen d'indicateurs dignes d'intérêt et fonction des objectifs à atteindre. Ces tableaux donneront une tendance, c'est-à-dire l'écart observé entre l'objectif planifié et le résultat réalisé et une appréciation sur le potentiel des agents à changer d'organisation du travail. En lien avec ce qui précède, trois types de tableaux de bord sont à élaborer pour lesquels il est possible d'énoncer des indicateurs pertinents à renseigner au trimestre :

- Tableau de bord des PAP : nombre de réunions du comité de pilotage, de résidents par référent désigné, de réunions en équipe pluridisciplinaire, de réunions de projet suivies de contractualisation, taux de personnel occupant une fonction de manager d'équipe, nombre de PAP avortés, de retours satisfaisants des résidents, évolution du taux d'occupation...
- Tableau de bord de la répartition du temps de travail : nombre de postes ayant basculé sur des périodes réputées déficitaires en agents, de postes polyvalents et

⁷⁴ *Op.cit.*, p. 42

de postes à temps plein créés à partir de postes existants, d'heures travaillées le week-end supprimées...

- Tableau de bord en termes de motivation des agents : mesure du *turn over*, taux d'absentéisme par fonction, nombre de formations suivies, temps passé par le cadre de santé à la gestion de l'absentéisme et des recrutements, nombre de contrats signés pour pallier à l'absentéisme...

Tous les six mois, le croisement des analyses de ces tableaux indiquera des leviers d'action potentiels en réponse à la recherche de la bonne équation entre activité et ressources. En effet, les ressources humaines constituent une variable d'ajustement budgétaire et certaines modifications auront un impact direct sur l'équilibre financier. Par exemple, le travail du dimanche et des jours fériés a un coût pour l'établissement puisqu'au salaire de base, s'ajoute le montant des jours fériés travaillés. Celui-ci se calcule en nombre d'heures travaillées et la base horaire appliquée est la même pour tous les agents. En conséquence, supprimer des heures de travail les week-end et jours fériés, sans compromettre la qualité de l'accompagnement du résident, sera source d'économie et de renfort en semaine. En revanche, il sera nécessaire d'étudier les répercussions du déplacement de la charge de travail du week-end en semaine. Par ailleurs, la gestion des ASH FFAS sera à étudier de près dans la mesure où elle présente un glissement d'imputation budgétaire, c'est-à-dire une imputation au réel en fonction du poste occupé par l'agent, ce qui signifie que l'ASH FFAS est rémunéré comme un ASH, mais son traitement est imputé selon une répartition identique à celle des AS, soit 70 % sur la section soin et 30 % sur la section dépendance. Dès lors, conclure le transfert d'un ASH FFAS sur un poste d'ASH, dont le traitement est imputé à 70 % sur la section hébergement et à 30 % sur la section dépendance aura un impact sur le prix de journée du résident.

Autrement dit, le changement organisationnel devra avoir un impact positif sur la qualité de l'accompagnement de l'utilisateur sans avoir non plus pour résultat la pratique d'un prix exorbitant qu'il ne pourrait honorer.

3.3.3 Dépasser les résistances par une communication efficace

La leçon essentielle invoquée par Philippe BERNOUX⁷⁵ est que le changement dans une organisation est un processus permanent et qu'il est illusoire de le considérer comme un résultat. Il démontre que le changement combine l'environnement extérieur, l'institution, les acteurs, trois éléments instables et contingents, et que pour cette raison son origine s'ancre obligatoirement dans l'historique de l'organisation, à la différence près qu'ici les acteurs sont à la fois les professionnels et les résidents, et l'évolution des besoins et des attentes de ces derniers est une partie intégrante de l'activité à déployer au sein de l'établissement.

⁷⁵ BERNOUX P., 2010, *Sociologie du changement*, 2^{ème} édition, Editions du Seuil, 368 p.

A présent, toute la difficulté pour le directeur sera de déterminer les capacités d'acceptation du changement des organisations. En d'autres termes, il est nécessaire de repérer les blocages éventuels et de les faire exprimer par les acteurs eux-mêmes. Ainsi, il deviendrait plus judicieux qu'ils soient les propres auteurs du diagnostic de l'organisation du travail de manière à ce qu'ils puissent ensuite s'approprier le changement. Or, le directeur n'a reçu aucune formation pour agir selon cette culture stratégique, au demeurant très aléatoire, puisqu'elle exigerait un management de proximité dont l'expérience en la matière serait reconnue. C'est dire différemment que le changement organisationnel exige de la part de l'encadrement et de la direction, une forte dose de crédibilité et de connivence. Aussi, il importe de penser le changement dans la durée, dès la conception du projet, car la modification des règles du jeu entre acteurs, c'est-à-dire des relations établies au sein de l'organisation est un processus complexe, et il est rare qu'il ne soit pas entravé par plusieurs résistances, représentant tout compte fait les stratégies propres des acteurs. Selon Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁷⁶, il revient au concepteur du changement de découvrir ces stratégies pouvant être de plusieurs ordres à l'exemple du précédent terrain d'étude : une moyenne d'âge élevée de certains agents expliquant un refus de changer, un effet de groupe interdisant au nouveau recruté de vouloir tenter l'expérimentation de nouvelles pratiques, ou bien encore un taux de féminisation élevé supposant le souhait prioritaire de concilier temps de travail et vie de famille. De surcroît, si le changement fait peur, il traduit le sentiment d'une société en recherche perpétuelle de repères, de stabilité et de sécurité. Et à juste titre, Philippe BERNOUX rappelle qu'*on ne fait pas travailler les hommes comme on commande des machines*.

Dans la mesure où le concours d'agents moteurs au changement et l'emploi d'un management participatif ne seront plus à la hauteur des objectifs visés, le directeur devra donc redoubler d'énergie dans cette entreprise et prendre appui sur un autre outil incontournable, un système et un mode de communication uniques, et à sa seule initiative, car les dérives du bouche à oreille peuvent être pénalisantes par l'installation définitive de résistances à toute forme de changement. Une information devra être apportée aux différentes étapes clés du projet, lors et en dehors des instances institutionnelles, au moyen de toute forme écrite possible : panneaux d'affichage dédiés ainsi que journal et messagerie internes, dont la résidence *Anatole France* dispose.

⁷⁶ *Op.cit*, p. 17

Conclusion

Au moyen de ce mémoire professionnel, connexe aux deux missions principales du stage, le souhait a été une mise à l'épreuve au contact des professionnels. Cette expérience enrichissante s'est avérée également délicate en raison tout d'abord, d'une organisation du travail historiquement statique, ensuite, d'une méfiance de certains agents. En cela, la méthodologie choisie peut contenir un biais s'expliquant par le positionnement d'élève directeur intégré à l'équipe de direction. Néanmoins, partant de ce que pourrait être l'accompagnement idéal de l'utilisateur, il a été possible de mesurer toute la difficulté relative au déploiement de ce que devrait être une organisation du travail permettant d'y répondre, car construire et conduire le changement, avec les meilleures intentions du monde, est un *art difficile aux résultats incertains*⁷⁷, dans la mesure où il touche à l'identité des professionnels. C'est la raison pour laquelle, l'accompagnement de ce changement devra constituer la phase ultime, condition *sine qua non* de sa réussite. Ainsi dans ce contexte, il a été nécessaire d'essayer de toujours concilier au cours de la réflexion, intérêts individuels et intérêt collectif, tentative qui peut être vaine sans la ténacité et des qualités de négociation du directeur.

Ce sujet en soulève un autre, qui n'a pas été approfondi au cours de son traitement mais soutenant l'organisation du travail, et qui s'imposera inéluctablement dans un avenir à moyen terme. En effet, la résidence *Anatole France*, à la différence des deux autres EHPAD composant l'établissement, présente une architecture relativement inadaptée pour un accompagnement de qualité de résidents très dépendants ou désorientés. Par conséquent, ceci pose la question concernant les capacités d'accueil de cette résidence à l'avenir, si un projet architectural d'envergure n'était pas entrepris.

Au demeurant, cette problématique incite à s'interroger sur l'avenir de nombreux EHPAD, confrontés aux mêmes difficultés et pour lesquels des projets architecturaux coûteux sont à engager afin de pouvoir accueillir une population de plus en plus âgée et dépendante. En conséquence, l'avenir de l'EHPAD de façon générale serait-il compromis, à l'heure où les projections démographiques de l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) continuent d'enregistrer une forte augmentation de la population des plus de 80 ans, qui passerait à plus de 104 % entre 2007 et 2035, et 179 % entre 2007 et 2060, à l'heure également de l'adoption du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, dont plusieurs mesures visent à favoriser le maintien à domicile ?

⁷⁷ ANACT – Travail & Changement, *Conduire et réussir le changement d'organisation*, mai – juin 2006, n° 308, 16p. ; <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/30581.PDF>

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DES REFORMES ADMINISTRATIVES, loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, dite loi Le Pors, parue au Journal Officiel du 14 juillet 1983, p 2174.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, parue au Journal Officiel du 11 janvier 1986, p 535.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel du 3 janvier 2002, p. 124.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Journal Officiel n° 0167 du 22 juillet 2009 p 12184.

MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique, Journal Officiel n° 0180 du 6 août 2009 p 13116.

MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA REFORME DE L'ETAT, décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA COHESION SOCIALE, MINISTERE DE LA JUSTICE, MINISTERE DE LA SANTE, MINISTERE DE LA FAMILLE ET DE L'ENFANCE, décret n°2004-1724 du 26 novembre 2004 *relatif au contrat de séjour et au document individuel de prise en charge*

Arrêté du 8 septembre 2003 *relatif à la Charte des droits et libertés de la personne accueillie*

Circulaire DGAS/SD5 n° 2004-138 du 24 mars 2004 *relative à la mise en place du livret d'accueil*

Rapports - Etudes

ANAP, *Un outil en cours d'élaboration : le tableau de bord partagé des établissements et services médico-sociaux*, 2010, 47 p.

ANESM, RBPP, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, 2008, 47 p.

ANESM, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 2008, 46 p.

ANESM, *Analyse documentaire : Accueil et projet personnalisé en EHPAD*, 2011, 58 p.

ANESM, Synthèse RBPP, *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, janvier 2012, 8 p.

ANESM, Synthèse RBPP : *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*, janvier 2012, 8 p.

CREDOC, *La fragilité des personnes âgées : perceptions et mesures*, cahier de recherche n° 256, 2008, 83 p.

KPMG, *Observatoire des EHPAD*, 2014, 80 p.

MeaH, *Gestion du temps de travail des soignants - Guide de bonnes pratiques organisationnels*, 2009, 166 p.

Ouvrages

BENCHEMAN F., GALINDO G., 2013, *Gestion des ressources humaines*, 4^{ème} édition, Gualino éditeur, Lextenso éditions, 197 p.

BERNOUX P., 2010, *Sociologie du changement*, 2^{ème} édition, Editions du Seuil, 368 p.

CARADEC V., 2012, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 3^{ème} édition, Editions Armand Colin, 128 p.

CHRISTEN-GUEISSAZ E. (responsable de publication), BESSON S., FREUDIGER S, ROULET SCHWAB D., SCHNEGG O., SINGY E., ZELLNER KELLER B, 2008, *Le bien-être de la personne âgée en institution : un défi au quotidien*, Editions Seli Arslan, 218 p.

COCQUEBERT L. 2012, *Le secteur social et médico-social depuis la loi HPST : gouvernance, contrôle, création et financement des établissements et services*, Editions ASH, 136 p.

CONNANGLE S., VERCAUTEREN R., 2010, *Missions et management des équipes en établissements pour personnes âgées, De la relation humaine aux motivations*, 2^{ème} édition, Editions érès, 150 p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1^{ère} édition, Editions du Seuil, 500 p.

FOUDRIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 351 p.

FRIEDBERG E., 1997, *Le pouvoir et la règle*, 2^{ème} édition, Editions du Seuil, 423 p.

MARRO A., 2013, *L'art de manager en EHPAD*, 1^{ère} édition mai 2013, Les Etudes Hospitalières, 222 p.

MINTZBERG H., 1989, *Le management : Voyage au centre des organisations*, 2^{ème} édition revue et corrigée, Eyrolles Editions d'Organisation, 703 p.

PLATON, 380 av. J.-C., *La République*, GF Flammarion, 2^{ème} édition corrigée 2004, 799 p.

ROUSSEAU J.-J., 1762, *Du contrat social*, GF Flammarion, édition revue et mise à jour en 2012, 255 p.

VERCAUTEREN R., HERVY B., SCHAFF JL., 2012, *Le projet de vie personnalisé des personnes âgées : enjeux et méthodes*, 2^{ème} édition, Editions érès, 175 p.

Articles de périodiques

ANACT – Travail & Changement, *Conduire et réussir le changement d'organisation*, mai – juin 2006, n° 308, 16p. ; <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/30581.PDF>

CRISTOL D., *Qu'est-ce que la professionnalisation ?*, Les Echos, 8 juin 2009
http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2009/06/08/cercle_30215.htm

DESILETS M., BRASSARD C., *La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitiviste*, Pédagogie collégiale, mai 1994, vol 7 n°4, pp 7 – 10.

DONNIO I., *L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, Gérontologie et Société, mars 2005, n° 112, pp 73 – 92.

DORANGE M., *Entrée en institution et paroles de vieux*, Gérontologie et Société, mars 2005, n° 112, pp 123 – 139.

LACOUR C., *La personne âgée vulnérable : entre autonomie et protection*, Gérontologie et Société, 2009 / 4, n° 131, pp 187 – 201.

LEBEE E., *Comment sécuriser les recrutements et fidéliser les personnels en EHPAD*, Revue hospitalière de France, mai – juin 2011, n°540, pp 32 – 35.

LEDUC P., *Impliquer et responsabiliser les professionnels de la santé*, Les Echos, 14 février 2012 ; http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2012/02/14/cercle_43382.htm#

PLOTON L., *A propos du placement des personnes*, Gérontologie et Société, mars 2005, n° 112, pp 93 – 103.

TRIBAULT G., *Loi de Santé : La commission des affaires sociales du Sénat détricote le projet de loi et supprime 50 articles*, HOSPIMEDIA, publié le 23 juillet 2015.
<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20150723-loi-de-sante-la-commission-des-affaires-sociales>

Ressources de l'EHESP

- Mémoires

BADET E., 2008, *Le développement des projets de vie en EHPAD : un défi managérial pour le directeur*, mémoire de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, EHESP, 54 p.

DAVID A., 2014, *L'organisation du travail en EHPAD : un outil managérial pour le directeur – L'exemple de la résidence Léonce Bajart de Caudry*, mémoire de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social, EHESP, 53 p.

- Cours

ALLEMAND C., mai 2014, *Cadre juridique du temps de travail*, cours dispensé à l'EHESP

FOUCARD F., juin 2014, *La rémunération*, cours dispensé à l'EHESP

ROBIN SANCHEZ Nathalie, avril 2014, *Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*, cours dispensé à l'EHESP

Documents internes aux Maisons de retraite publiques de Frontignan – La Peyrade

Rapport d'évaluation interne, 2013, 39 p.

Projet d'établissement 2014 – 2017, 93 p.

Rapport d'activité et rapport financier 2014, 44 p.

aD ~ Venir, *Abrégé : rapport d'évaluation externe EHPAD Anatole France*, 2015, 25 p.

Sites internet

ANESM : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES :
<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES :
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

Liste des annexes

- Annexe n°1** Grille d'entretien des agents cibles (cadres de santé ou IDEC, psychologue, cadre des admissions, coordonnateur de l'animation, diététicien)
- Annexe n°2** Questionnaire de l'enquête réalisée auprès des professionnels
- Annexe n°3** Questionnaire destiné aux résidents de la résidence Anatole France
- Annexe n°4** Description des postes des ASH, AS, IDE
- Annexe n°5** Panorama des postes inscrits aux différents plannings - La planification des agents sur 24 heures / Répartition actuelle et proposée des temps de travail disponibles
- Annexe n°6** Résultat de l'enquête conduite auprès des professionnels
- Annexe n°6bis** Extrait du résultat de l'enquête conduite auprès des professionnels de la résidence Anatole France

Annexe n°1 : Grille d'entretien des agents cibles (cadres de santé ou IDE coordonnateurs, psychologue, cadre des admissions, coordonnateur de l'animation, diététicien)

Thèmes abordés dans la collecte des données	Sous-thèmes
Organisation du travail au sein de la résidence	Historique, évolution, impact des 35 heures ?
Organisation de votre travail au sein de la structure	Evolution depuis votre recrutement ? Articulation avec le travail des autres professionnels ?
Autonomie des résidents	Evolution générale ? Impact sur l'organisation du travail ?
Cohésion des équipes	Votre avis sur sa réalité ? Quelle est la nature du dialogue entre les agents ? Impact sur votre organisation du travail ? Quelles améliorations ?
Management	Rôle de l'IDE ? Rôle de l'IDE coordonnateur ou du cadre de santé ? Quel type ? Quelle préparation pour la conduite d'une réorganisation du travail ?
Information Communication	Votre point de vue sur le système actuel ? Place de l'informatique ? Place des temps de communication formels au sein de l'organisation (staff, transmissions, commissions) Place de la communication informelle au sein de l'organisation du travail ? Qu'en est-il du retour des résidents ? Quelle prise en compte ?
Personnalisation de l'accompagnement du résident	Qu'en est-il du respect du besoin et des attentes du résident ? Votre représentation du lien avec l'organisation du travail ? Rôle à attribuer au référent du résident ? Quelles améliorations ? Quelles perspectives ?

Admission du résident	<p>Protocole adapté ? Efficacité de la commission d'admission ? Votre rôle, le moment de votre intervention ? Déroulement de la première journée du résident ? Des améliorations pour favoriser la continuité ?</p>
Temps de travail	<p>Quelle gestion de l'absentéisme ? Quel impact de l'absentéisme sur l'organisation du travail ? Avantages et inconvénients des temps continus / discontinus, du travail en 12 heures ? Spécificités du travail le week-end ? Votre point de vue sur la répartition actuelle des activités, des tâches ?</p>
Réorganisation du travail	<p>Représentation quantitative / qualitative ? Une organisation du travail idéale ? Quelle méthode : mobilité des agents, sectorisation, polyvalence, mutualisation, transversalité, articulation de l'animation avec le soin... ? Impact sur les familles ? Motivation des agents ? Contexte « psychologique » ? Formations suivies ? Recrutement : adaptation des nouveaux arrivants ?</p>

Annexe n°2

Enquête auprès des professionnels
de la Résidence Anatole France des
*Maisons de retraite publiques de Frontignan-La
Peyrade*

Elève directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes, je réalise actuellement mon stage professionnel au sein des *Maisons de retraite publiques de Frontignan-La Peyrade*.

A ce titre, j'ai fait le choix d'écrire mon mémoire de fin de formation sur l'organisation du travail en EHPAD. Il est désormais indispensable de recueillir votre avis et votre réflexion de professionnels de la résidence *Anatole France* par le biais du questionnaire individuel suivant.

Je vous remercie de bien vouloir prendre quelques minutes pour le compléter et le déposer dans l'urne située dans les vestiaires à proximité des services administratifs.

Toutes les réponses seront traitées de façon strictement anonyme.

L'objectif recherché est de mieux cerner les différents éléments à considérer lors de la construction du changement d'une organisation du travail.

Retour souhaité avant le 1^{er} mai 2015.

L'élève directeur,
Nadège FRANCOZ

1. Vous avez déjà participé à l'élaboration du projet personnalisé du résident

- Oui tout à fait
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

2. Vous avez reçu une formation relative au projet personnalisé du résident

- Oui tout à fait
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

3. Vous êtes favorable à la formalisation du projet personnalisé pour (plusieurs réponses possibles) :

- Améliorer la qualité de l'accompagnement du résident
 Etre davantage satisfait(e) de mon travail
 Cela n'aura aucun impact
 Autre, précisez :

 Ne se prononce pas

4. Vous pensez que l'accompagnement actuel des résidents est satisfaisant

- Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non
Non pas du tout Ne se prononce pas

5. Vous pensez que les locaux sont adaptés à l'accompagnement des résidents

- Oui tout à fait
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

6. Vous pensez que vos horaires de travail sont adaptés aux besoins des résidents

- Oui tout à fait
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

7. L'organisation actuelle de vos horaires de travail vous permet de conserver un équilibre entre votre vie privée et votre vie professionnelle

- Oui tout à fait
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

8. Votre travail vous apporte satisfaction

- Oui tout à fait
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

9. Vous êtes motivé(e) pour aller travailler

- Oui tout à fait
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

10. Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail

- Oui tout à fait
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

11. Vous communiquez facilement avec les autres agents

- Oui tout à fait
 Plutôt oui
 Plutôt non
 Non pas du tout
 Ne se prononce pas

12. Vous qualifiez l'ambiance générale de votre travail :

- Bonne Très bonne Moyenne
 Mauvaise Très mauvaise

13. Vous communiquez facilement avec votre responsable hiérarchique

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

14. Dans votre établissement, la charge de travail est bien répartie entre les agents

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

15. Votre travail est routinier

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

16. Votre travail vous permet de prendre des initiatives

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

17. Vos tâches sont clairement définies

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

18. Vous avez suffisamment de temps pour réaliser votre travail

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

19. Vous trouvez que le travail au sein de l'établissement est bien organisé

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

20. Vous pensez qu'une réorganisation des temps de travail serait nécessaire

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

21. Vous pensez que les facteurs favorisant le changement de l'organisation du travail sont (plusieurs réponses possibles) :

- La communication
- La négociation
- La consultation
- La coercition
- La formation
- Autre, précisez :

- Ne se prononce pas

22. Vous connaissez les moyens de vous informer sur le fonctionnement et la vie de la résidence

- Oui tout à fait
- Lesquels ?

- Non pas du tout
- Ne se prononce pas

Votre situation

23. Vous êtes :

- IDE
- AS
- ASH
- animatrice

24. Vous êtes :

- Titulaire / stagiaire
- Contractuel(le)

25. Vous travaillez à :

- Temps plein
- Temps partiel

26. Vous travaillez à la résidence Anatole France depuis :

- Moins d'1 an
- 1-5 ans
- 5-10 ans
- 10-15 ans
- > 15 ans

27. Vous travaillez au sein des Maisons de retraite de Frontignan depuis :

- Moins d'1 an
- 1-5 ans
- 5-10 ans
- 10-15 ans
- > 15 ans

Vos principales attentes en matière d'organisation du travail ?

Vos remarques et suggestions

Merci pour votre précieuse collaboration

Annexe n°3 : Interview des résidents de la résidence *Anatole France*

Thème 1 : Réveil

- Vous vous réveillez seul(e)
- Vous êtes réveillé(e) par le personnel soignant pour le petit déjeuner
- Vous êtes réveillé(e) par le personnel soignant pour la distribution des médicaments
- Vous souhaiteriez vous réveiller à l'heure qu'il vous convient
- Vous aimeriez rester plus longtemps au lit le matin
- Ne se prononce pas

Thème 2 : Coucher

- Vous vous couchez seul(e)
- Vous vous couchez à l'heure qu'il vous convient
- Vous regardez la télévision jusqu'à l'heure qu'il vous convient
- Vous aimeriez avoir des activités le soir avant de vous coucher
- Ne se prononce pas

Thème 3 : Toilette

- Vous faites votre toilette seul(e)
- Vous avez besoin d'aide pour réaliser votre toilette
- Votre toilette est réalisée au moment de la journée qui vous convient
- Vous n'appréciez pas ce moment
- Ne se prononce pas

Thème 4 : Ménage

- Vous participez à votre ménage
- Le personnel fait le ménage de votre chambre
- L'heure de ménage vous convient
- Vous avez été consulté pour l'heure de réalisation de votre ménage
- Ne se prononce pas

Thème 5 : Animations

- Vous participez aux animations organisées par la maison de retraite
- L'organisation de vos soins vous permet de participer aux animations comme il vous convient (celles que vous avez choisies)
- Vous aimeriez participer à davantage d'animations organisées par la maison de retraite
- Vous ne participez jamais aux animations organisées par la maison de retraite
- Vous aimeriez que d'autres animations soient organisées par la maison de retraite
- Ne se prononce pas

Thème 6 : Restauration

- Vous prenez tous vos repas en salle à manger
- Vous prenez tous vos repas dans votre chambre
- Vous prenez votre souper dans votre chambre
- En salle à manger, vous avez choisi votre place à table
- Votre place à table vous convient
- Ne se prononce pas

Thème 7 : Après-midi

- Vous faites la sieste l'après-midi
- Après votre sieste vous restez dans votre chambre
- Après votre sieste vous sortez de votre chambre
- Vous ne faites jamais la sieste l'après-midi alors que vous souhaiteriez la faire
- Vous ne faites jamais la sieste l'après-midi car ce n'est pas votre habitude
- Vous faites votre sieste quand vous le souhaitez
- Ne se prononce pas

Thème 8 : Relations avec les soignants

- Vos relations avec les soignants sont satisfaisantes
- Vos attentes auprès des soignants sont respectées
- Vous aimeriez communiquer davantage avec le personnel soignant
- Ne se prononce pas

Thème 9 : Relations avec les résidents

- Vos relations avec les autres résidents sont satisfaisantes
- Vous avez noué des liens d'amitié avec les autres résidents
- Vous évitez la présence de certains résidents et vous vous privez de certaines activités
- Vous trouvez que nouer des liens avec d'autres résidents, c'est difficile
- La vie en collectivité ne vous convient pas
- Ne se prononce pas

Appréciation globale

Si vous deviez qualifier l'organisation du rythme de vie au sein de la résidence vous diriez qu'elle est :

- Satisfaisante
- Très satisfaisante
- Mauvaise
- Très mauvaise
- Ne se prononce pas

Quel est le principal changement que vous aimeriez voir en termes d'organisation au sein de la résidence ?

Annexe n°4 : Description des postes des ASH, AS, IDE

Description des postes des ASH

Intitulé du poste	Secteur	Horaires	Nombre / jour Semaine	Nombre / jour Week-end
U1	1 ^{er} étage	7h30 – 14h30	2	2
U2	2 ^{ème} étage	7h30 – 14h30	2	2
U3	3 ^{ème} étage	7h30 – 14h30	1	1
V2	Etages	8h45 – 13h45	1 si 0 V6	1 si 0 V6
V6	Etages	8h45 – 13h45	1 si 0 V2	1 si 0 V2
V4	Rez-de-chaussée	7h30 – 11h30	1	0
MB	Lingerie	6h30 – 13h30	1	2
ML	Lingerie	9h00 – 16h00	1	0
T9	Salle à manger Etages	11h30 – 17h00	1	1
S9	Salle à manger Etages	15h30 – 21h00	1	1
V5	Salle à manger	16h00 – 21h00	1	1
V7	Salle à manger	12h00- 14h30 16h00- 21h00	1	1
P4*	Cuisines	7h30 – 14h30	2	2
TOTAL		90,5 heures	15	15

* postes non pris en compte pour la l'étude réalisée

Description des postes des AS

Intitulé du poste	Secteur	Horaires	Nombre / jour Semaine	Nombre / jour Week-end
T1	Secteurs de soins du matin	7h00 – 14h15	1	1
T2		7h00 – 14h15	1	1
T3		7h00 – 14h15	1	1
T4		7h00 – 14h15	1	1
T0		8h00 – 13h30	1	1
T5		7h30 – 12h30	1	1
T6		7h30 – 12h30	1	1
T7		9h00 – 12h30	1	1
T8		7h00 – 12h30	1	1
S1	Secteurs de soins du soir	13h45 – 21h00	1	1
S2		13h45 – 21h00	1	1
S4		13h45 – 21h00	1	1
S6		13h45 – 21h00	1	1
S7		17h30 – 21h00	1	1
NN (AS)	Secteur de nuit	21h00 – 6h45	1	1
NN (ASH FF)		21h00 – 6h45	1	1
TOTAL		107,5 heures	16	16

Description des postes des IDE

Intitulé du poste	Secteur	Horaires	Nombre / jour Semaine	Nombre / jour Week-end
MC	Soin	6h45 – 14h15	1	1
MI	Soin	6h45 – 14h15	1	1
SC	Soin	13h45 – 21h15	1	1
SN	Soin	13h45 – 21h15	1	1
IDEco	Bureau médical	8h30 – 12h00 14h00 – 17h30	1	
IDE pharmacie	Piluliers	15h00 – 18h30	1	
TOTAL		40,5 heures	6	4

Annexe 5 : Panorama des postes inscrits aux différents plannings - La planification des agents sur 24 heures

Répartition actuelle des temps de travail disponibles

Agents	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
A S H																								
A S																								
I D E																								

Répartition proposée des temps de travail disponibles

Agents	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
A S H																									
A S																									
I D E																									

Annexe n°6 : Résultat de l'enquête conduite auprès des professionnels

Fonction	IDE	AS	ASH	Animateurs	NSPP ⁷⁸	TOTAL
Total agents enquêtés	8	25	24	3		60
Nombre de retours	4	17	8	2	3	34
Taux de retours	50 %	68 %	33,3 %	66,7 %		56,7 %

Question n°1 : Vous avez déjà participé à l'élaboration du projet personnalisé du résident

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	2	2	
17 AS	3	14	
8 ASH	1	7	
2 animateurs	2		
3 sans fonction précisée		3	
34 agents	8	26	

Question n°2 : Vous avez reçu une formation relative au projet personnalisé du résident

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	3	1	
17 AS	4	13	
8 ASH	1	7	
2 animateurs		2	
3 sans fonction précisée		3	
34 agents	8	26	

Question n°3 : Vous êtes favorable à la formalisation du projet personnalisé pour (plusieurs réponses)

TOTAL agents répondant	Améliorer la qualité de l'accompagnement du résident (1)	Etre davantage satisfait(e) de mon travail (2)	(1) et (2)	Cela n'aura aucun impact	NSPP
4 IDE	4	3	3		
17 AS	16	13	13		1
8 ASH	8	4	4		
2 animateurs	2	2	2		
Sans fonction précisée	2	1	1	1	
34 agents	32	23	23	1	1

Question n°4 : Vous pensez que l'accompagnement actuel des résidents est satisfaisant

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE		1	2	1	
17 AS		6	11		
8 ASH		6	2		
2 animateurs		1	1		
3 sans fonction précisée		1	2		
34 agents		15	18	1	

Question n°5 : Vous pensez que les locaux sont adaptés à l'accompagnement des résidents

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE		1	3		
17 AS		8	7	2	
8 ASH		6	2		
2 animateurs			2		
3 sans fonction précisée		2			1
34 agents		17	14	2	1

Question n°6 : Vous pensez que vos horaires de travail sont adaptés aux besoins des résidents

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	1	1	2		
17 AS	3	5	6	1	2
8 ASH	3	4			1
2 animateurs			2		
3 sans fonction précisée	1	1			1
34 agents	8	11	10	1	4

Question n°7 : L'organisation actuelle de vos horaires de travail vous permet de conserver un équilibre entre votre vie privée et votre vie professionnelle

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	1	2	1		
17 AS	5	6	4	2	
8 ASH	3	3	1	1	
2 animateurs	1	1			
3 sans fonction précisée	1	1		1	
34 agents	11	13	6	4	

Question n°8 : Votre travail vous apporte satisfaction

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE		3	1		
17 AS	2	7	7		1
8 ASH	4	2		2	
2 animateurs	1	1			
3 sans fonction précisée		2	1		
34 agents	7	15	9	2	1

Question n°9 : Vous êtes motivé(e) pour aller travailler

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	1	1	2		
17 AS	4	9	1	1	2
8 ASH	4	2	1	1	
2 animateurs	2				
3 sans fonction précisée	1	2			
34 agents	12	14	4	2	2

Question n°10 : Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	2	2			
17 AS	7	8	1		1
8 ASH	6		1	1	
2 animateurs			2		
3 sans fonction précisée	1	2			
34 agents	16	12	4	1	1

Question n°11 : Vous communiquez facilement avec les autres agents

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	2	1	1		
17 AS	10	6			1
8 ASH	5	3			
2 animateurs		2			
3 sans fonction précisée		3			
34 agents	17	15	1		1

⁷⁸ NSPP : ne se prononce pas

Question n°12 : Vous qualifiez l'ambiance générale de votre travail

TOTAL agents répondant	Bonne	Très bonne	Moyenne	Mauvaise	Très mauvaise
4 IDE	1		2	1	
17 AS	7		9		1
8 ASH	5		1	2	
2 animateurs	1		1		
3 sans fonction précisée	1		2		
34 agents	15		15	3	1

Question n°13 : Vous communiquez facilement avec votre responsable hiérarchique

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	2	2			
17 AS	6	8	2	1	
8 ASH	5	2	1		
2 animateurs	1	1			
3 sans fonction précisée	1	1	1		
34 agents	15	14	4	1	

Question n°14 : Dans votre établissement la charge de travail est bien répartie entre les agents

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE		2	2		
17 AS		5	8	4	
8 ASH	2	4	2		
2 animateurs		2			
3 sans fonction précisée		1	1		1
34 agents	2	14	13	4	1

Question n°15 : Votre travail est routinier

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	1	1	1	1	
17 AS	4	11	1	1	
8 ASH	1	2	1	4	
2 animateurs				2	
3 sans fonction précisée		1	1		1
34 agents	6	15	4	8	1

Question n°16 : Votre travail vous permet de prendre des initiatives

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	1		3		
17 AS	4	9	4		
8 ASH	2	3	2	1	
2 animateurs	2				
3 sans fonction précisée			2		1
34 agents	9	12	11	1	1

Question n°17 : Vos tâches sont clairement définies

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	1		3		
17 AS	5	8	2	2	
8 ASH	4	3		1	
2 animateurs	2				
3 sans fonction précisée	1	2			
34 agents	13	13	5	3	

Question n°18 : Vous avez suffisamment de temps pour réaliser votre travail

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE		1	3		
17 AS	2	2	5	8	
8 ASH	2	4	1	1	
2 animateurs	1	1			
3 sans fonction précisée		2	1		
34 agents	5	10	10	9	

Question n°19 : Vous trouvez que le travail au sein de l'établissement est bien organisé

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE		1	2	1	
17 AS		2	10	3	2
8 ASH	1	5	1	1	
2 animateurs		1	1		
3 sans fonction précisée		2			1
34 agents	1	11	14	5	3

Question n°20 : Vous pensez qu'une réorganisation des temps de travail serait nécessaire

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	NSPP
4 IDE	1	2	1		
17 AS	10	4	1	1	1
8 ASH	1		5	2	
2 animateurs	2				
3 sans fonction précisée		1	2		
34 agents	14	7	9	3	1

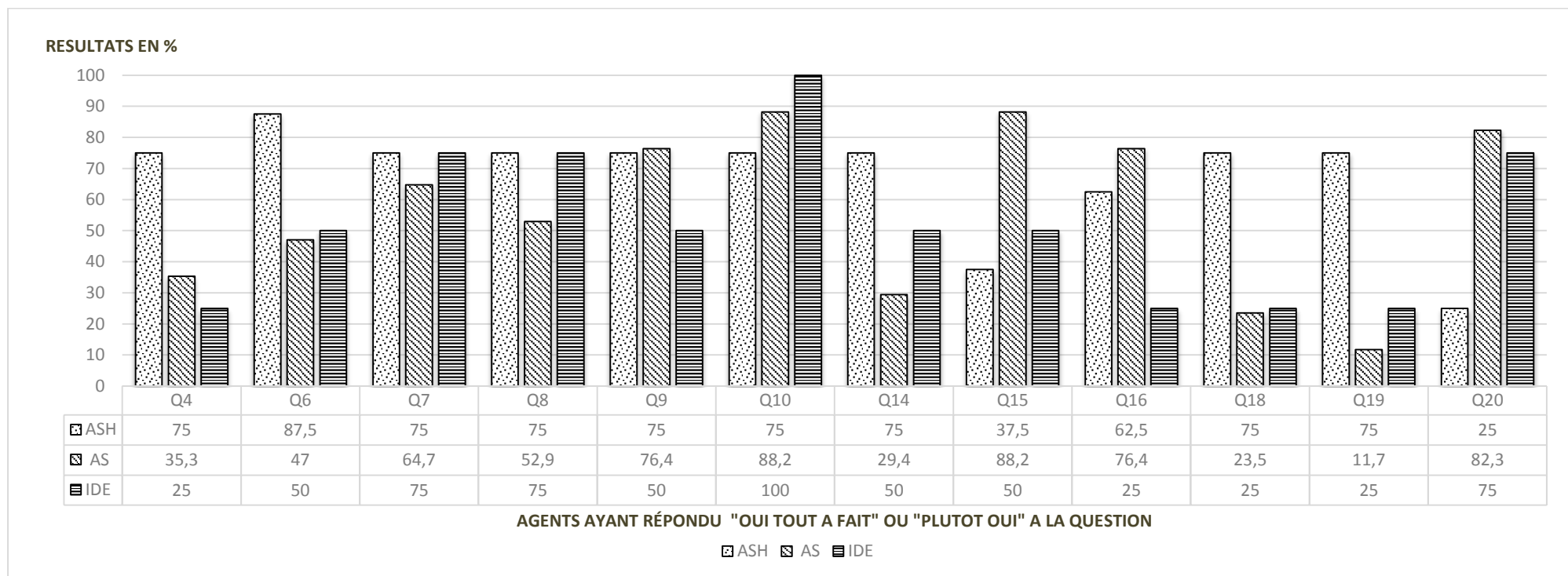
Question n°21 : Vous pensez que les facteurs favorisant le changement des organisations de travail sont (plusieurs réponses possibles)

TOTAL agents répondant	Communication	Négociation	Consultation	Coercition	Formation
4 IDE	4	1	3		
17 AS	16	9	12	2	6
8 ASH	5	1	1		1
2 animateurs	2				
3 sans fonction précisée	3	1	2		
34 agents	30	12	18	2	7

Question n°22 : Vous connaissez les moyens de vous informer sur le fonctionnement et la vie de la résidence

TOTAL agents répondant	Oui tout à fait	Non pas du tout	NSPP	TOTAL agents répondant	Oui tout à fait
4 IDE	3		1	4 IDE	3
17 AS	14	1	2	17 AS	14
8 ASH	7	1		8 ASH	7
2 animateurs	2			2 animateurs	2
3 sans fonction précisée			3	3 sans fonction précisée	
34 agents	26	2	6	34 agents	26

Annexe n°6bis : Extrait du résultat de l'enquête conduite auprès des professionnels de la résidence Anatole France



Q4 : Vous pensez que l'accompagnement actuel des résidents est satisfaisant

Q6 : Vous pensez que vos horaires de travail sont adaptés aux besoins des résidents

Q7 : L'organisation actuelle de vos horaires de travail vous permet de conserver un équilibre entre votre vie privée et votre vie professionnelle

Q8 : Votre travail vous apporte satisfaction

Q9 : Vous êtes motivé(e) pour aller travailler

Q10 : Vous vous sentez bien au sein de votre équipe de travail

Q14 : Dans votre établissement, la charge de travail est bien répartie entre les agents

Q15 : Votre travail est routinier

Q16 : Votre travail vous permet de prendre des initiatives

Q18 : Vous avez suffisamment de temps pour réaliser votre travail

Q19 : Vous trouvez que le travail au sein de l'établissement est bien organisé

Q20 : Vous pensez qu'une réorganisation des temps de travail serait nécessaire

FRANCOZ

Nadège

Décembre 2015

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2014 - 2015

**Manager le changement de l'organisation du travail en
EHPAD : enjeux, diagnostic, choix stratégiques
L'exemple de la résidence *Anatole France* des
*Maisons de retraite publiques de Frontignan – La Peyrade***

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : < Université VILLE >

Résumé :

Le présent mémoire concerne le projet de changement organisationnel au sein d'un des trois EHPAD d'un établissement public autonome. Suite à la rédaction du nouveau projet d'établissement 2014 - 2017 et aux préconisations émises à l'issue de l'évaluation externe conduite en décembre 2014, la direction a souhaité que soit formalisé le projet personnalisé du résident conjointement à une réflexion sur une nouvelle répartition du temps de travail des personnels participant au soin et à l'accompagnement (infirmiers, aides-soignants, agents de service hospitalier). Après une analyse détaillée de l'organisation du travail de ces professionnels pour en extraire un diagnostic, le projet a été conduit selon un management participatif. Les travaux du groupe de travail constitué ont permis l'expérimentation de la nouvelle procédure rédigée relative à la formalisation du projet d'accompagnement personnalisé du résident et de commencer à réfléchir à l'adéquation entre la concrétisation de celui-ci et la répartition actuelle du temps de travail disponible. Pour que le changement organisationnel puisse aboutir, plusieurs autres propositions ont été faites dans divers domaines et de manière à optimiser la gestion des ressources humaines : polyvalence, mutualisation, motivation, formation, recrutement de nouvelles compétences... Le projet a pointé une certaine résistance, voire un effet de groupe concourant à ne rien changer, et par conséquent l'obligation de recourir impérativement à un mode de communication étudié en amont. Pour l'avenir, la réalisation de ce changement ne pourra avoir lieu qu'à la seule condition d'être suffisamment encadrée et accompagnée par une équipe projet unie selon une stratégie commune.

Mots clés :

Changement, directeur, management, organisation du travail, personnes âgées, projet d'accompagnement personnalisé, temps de travail

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.