



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire
Social ou Médico-Social**

Promotion : **2013 – 2014**

Geneviève LAROQUE

Date du Jury : **Décembre 2014**

**L'organisation du travail en EHPAD :
Un outil managérial pour le Directeur
L'exemple de la Résidence
Léonce Bajart de Caudry**

Arnaud DAVID

Remerciements

Mes plus vifs remerciements vont à

Mon Maître de stage de professionnalisation, Monsieur Guy DUSAUTOIR, pour m'avoir distillé ses précieux conseils tout au long du stage et m'avoir fait partager ses points de vue sur l'organisation du travail,

Monsieur Marc KUGELSTADT, Directeur adjoint à la Résidence Léonce Bajart, pour m'avoir facilité la mise en œuvre du projet,

Madame Audrey DOLLEZ et Madame Christine DELSARTE, cadres de santé à la Résidence Léonce Bajart pour leur accueil et leur collaboration tout au long du travail,

Les infirmières, aides-soignantes et agents de services hospitaliers qui ont répondu présents pour intégrer le groupe projet « organisation du travail » et qui ont apporté leur vision constructive,

Enfin, mes lecteurs Brigitte et Christophe pour leurs critiques judicieuses.

Sommaire

Introduction	1
1 L'organisation du travail en EHPAD : une définition simple mais dont la mise en place est complexe de par ses enjeux multiples :	7
1.1 Une définition simple :	7
1.2 Les enjeux de l'organisation du travail :	8
1.3 La difficile mesure de la charge de travail :	9
1.3.1 Des indicateurs d'activité :	9
1.3.2 Des indicateurs de charge en soins :	10
1.4 Le séquençage du travail en unités d'œuvre au regard des compétences des soignants:	13
1.4.1 Analyse des compétences des agents :	13
1.4.2 Le respect des projets de vie des résidents et les facteurs externes:	16
2 L'analyse pragmatique du terrain sur une organisation du travail existante :	19
2.1 Préambule :	19
2.1.1 L'EHPAD Léonce BAJART de Caudry :	19
2.1.2 La problématique de terrain :	21
2.1.3 Présentation de l'étude menée et des premiers travaux d'analyse:	21
2.2 Explorations de terrain :	25
2.2.1 Analyse des effectifs :	25
2.2.2 Analyse des heures supplémentaires des agents :	25
2.2.3 GIR :	25
2.2.4 Qualité de prise en charge :	26
2.3 Fonctionnement et contribution du groupe de travail :	28
2.3.1 Constitution du groupe de travail :	28
2.3.2 Règles de fonctionnement :	28
2.3.3 Autres points abordés lors de la réunion de cadrage :	29
2.3.4 Les enseignements du groupe :	30
2.4 Résultats des travaux du groupe :	32
2.4.1 Analyse de la charge de travail par étage :	32
2.4.2 La charge de travail de nuit :	34
2.4.3 Les actions mises en œuvre :	34

3	L'organisation du travail : un outil managérial pour le Directeur :	37
3.1	Les conditions de travail de groupe selon Roger MUCCHIELLI :	37
3.1.1	Existence et fonctionnement effectif d'un réseau de communications adapté à la nature de la tâche.	37
3.1.2	Utilisation de ce réseau selon ses pleines possibilités par les personnes concernées :	38
3.1.3	Existence d'une division du travail :	38
3.1.4	Cette division du travail est acceptée par les intéressés :	39
3.1.5	Cette division du travail est faite de telle sorte que la charge de travail est distribuée selon des critères acceptés, et que les facteurs de l'efficacité du groupe ont été analysés au même titre que les facteurs de satisfaction de chacun dans son poste :	39
3.1.6	Existence d'une organisation-structuration du groupe.....	39
3.1.7	Acceptation d'une autorité d'animation, de coordination et de contrôle.	40
3.1.8	Existence de normes de fonctionnement. »	40
3.2	Le Directeur et l'analyse stratégique et systémique :	40
3.2.1	Combattre le flou organisationnel :	40
3.2.2	Promouvoir la qualité de vie au travail :	41
3.2.3	Adhérer à une éthique professionnelle partagée :	41
3.2.4	Se préoccuper de la gestion des risques :	42
3.3	Le Directeur et le cadre de santé :	42
3.3.1	Le cadre de santé :	42
3.3.2	La fonction de management :	43
3.4	Des fonctions conjointes cadre / directeur qui dynamisent l'organisation du travail:	44
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et des services Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agences Régionales de Santé
AS	Aide-Soignant (e)
ASH	Agent de Service Hospitalier
CH	Centre Hospitalier
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EDF	Electricité de France
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMT	Evaluation en Milieu de Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GALAAD	Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
IDE	Infirmier (ère) Diplômé (e) d'Etat
PMP	Pathos Moyen Pondéré
PRN	Projet de Recherche en Nursing
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée
SMIC	Salaires Minimum Interprofessionnel de Croissance

Introduction

Le travail des soignants en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est réputé être difficile physiquement et psychologiquement.¹ Les personnes âgées désirent rester à domicile le plus longtemps possible et retarder l'institutionnalisation. Ainsi, depuis plusieurs années déjà, nous assistons à la promotion d'une politique de maintien à domicile. Dorénavant, les résidents entrent en EHPAD quand leur degré de dépendance est devenu tel que les aides à domicile se révèlent insuffisantes pour garantir leur sécurité et la qualité de leur prise en charge. Ainsi, par rapport à la précédente étude menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2003, les personnes âgées entrent en EHPAD à un âge plus avancé pour une durée de séjour plus réduite. Ainsi l'âge moyen d'entrée en EHPAD était, en 2007, de 83 ans et 10 mois pour une durée moyenne d'institutionnalisation de 2 ans et 6 mois.² Les soignants qui travaillent en EHPAD depuis plus de 10 années ont bien remarqué ces évolutions, tant sur le plan de l'augmentation en âge que sur l'accroissement de la dépendance dès l'entrée. Il s'en ressent une augmentation de la charge de travail dans ces structures d'hébergement et de soins.

En outre, pour faire suite aux Lois Aubry d'aménagement et de réduction du temps de travail, la Fonction Publique Hospitalière (FPH) a appliqué dès début 2002 le décret³ relatif à l'aménagement du temps de travail. Les modalités d'organisation ont fait l'objet, à cette période, de négociations collectives dans chaque établissement, entre direction, d'une part, et représentants du personnel d'autre part. Les durées journalières de temps de travail ont été le plus souvent réduites afin de ne pas trop imputer le nombre de journées travaillées annuellement. Pour autant, du fait de la charge de travail en augmentation pour une durée de présence des soignants en réduction, cette diminution de la durée légale du travail n'a pas été sans incidence sur la pénibilité du travail des soignants.

De plus, après le secteur sanitaire, le secteur médico-social, a été marqué par la nécessité d'établir des processus qualité pour la prise en charge des usagers. Si on ne

¹ ARACT ILE DE FRANCE, étude sur les conditions de travail et la prévention des troubles musculo-squelettiques en maisons de retraite, septembre 2008.

² Etude DREES n°699, Les résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes en 2007, aout 2009.

³ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation de travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1983 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

peut que s'en féliciter sur le plan de la qualité des soins et de l'accompagnement des usagers des EHPAD, ces protocoles ont été et sont toujours lourds à supporter par les soignants. Les conditions matérielles et humaines pour les suivre à la lettre ne sont, parfois, pas toujours réunies. La bientraitance a été normalisée, protocolisée. Pour Yves CLERQ, psychologue et formateur de l'Institut Meslay, le personnel des EHPAD s'est transformé en « technicien de la vieillesse soumis à des standards, mais devant individualiser et adapter l'accompagnement⁴ ». Les professionnels sont soumis à des contraintes paradoxales : réaliser des prises en charge suivant les normes imposées par les recommandations des bonnes pratiques⁵ et reprises dans les établissements sous forme de procédures d'actes, et, en même temps, individualiser la prise en charge au regard du projet de vie du résident.

Enfin, afin de garantir l'effectivité de ces bonnes pratiques, les établissements sont soumis à des procédures d'évaluation. Evaluation interne dans un premier temps, puis, évaluation externe par un organisme habilité par l'Agence Nationale d'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) dans un deuxième temps.

Au regard de ces évolutions visant la promotion de la qualité de prise en charge des usagers, mais aussi, de la qualité de vie au travail par l'aménagement et la réduction du temps de travail, des politiques publiques ont été menées. Ainsi, depuis une dizaine d'années, des plans gouvernementaux se sont succédés afin de promouvoir des prises en charge de qualité pour les plus âgés de notre pays.

En 2003, un épisode caniculaire a marqué les esprits. Dès 2004, le gouvernement a pris des mesures en faveur des personnes âgées et a lancé le plan « vieillissement et solidarité » pour trois années. Le 27 juin 2006, Philippe BLAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a présenté le plan « solidarité grand âge » afin de prendre le relais du précédent plan arrivant à échéance en 2007. Un des axes de ce plan était d' « inventer la maison de retraite de demain. ». « Il faut inventer la maison de retraite de demain, ouverte sur la cité, offrant toute une palette de services de jour pour favoriser le maintien à domicile et faire en sorte que l'entrée en hébergement soit mieux préparée.⁶ » Le point attendu

⁴ MORET A., 6 décembre 2013, « Ressources humaines, le tout normatif et le manque d'effectif contribuent à malmener le personnel en EHPAD », Dépêches HOPIMEDIA

⁵ Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie, octobre 2007.

⁶ Plan solidarité grand âge, présenté par Philippe BLAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le 27 juin 2006.

était une augmentation significative des moyens alloués aux EHPAD afin de pouvoir augmenter le nombre de soignants mais aussi de mieux les former pour mener une véritable politique d'amélioration des prises en charge. L'objectif était de répondre au mieux aux besoins d'accompagnement et de soins des personnes âgées. Le plan solidarité grand âge comportait des objectifs chiffrés en matière de ratio de personnel dans les EHPAD afin d'augmenter significativement les effectifs au service des résidents. Le taux d'encadrement (moyen) en personnel soignant devait passer de 0,45 employé par personne âgée à 0,65 en 2012 (et à 1 pour les personnes très dépendantes). Un bilan établi au 31 décembre 2012, laisse apparaître que le taux d'encadrement moyen s'établissait, à cette date en moyenne, à 0,59 par lit occupé et à 0,64 pour un établissement accueillant des personnes âgées très dépendantes. Les objectifs du plan solidarité grand âge sur ce point n'ont donc pas été atteints.

Si nous pouvons nous féliciter des préoccupations des politiques visant à améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées en institutions, l'opérationnalité en EHPAD est complexe et incombe au directeur. La fonction de directeur d'établissement social et médico-social est dense et est décrite dans un référentiel métier. Il se rapporte à la Loi HPST⁷ (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) qui « renforce les attributions du directeur comme responsable de la stratégie et de la conduite générale de l'établissement, de l'organisation et de la réponse aux besoins de santé dans le respect de l'équilibre financier ».⁸ Le directeur « met en œuvre une politique stratégique et opérationnelle de gestion des moyens humains et financiers de l'établissement pour répondre aux besoins des personnes accueillies ou accompagnées. Il encadre des équipes pluridisciplinaires en favorisant le développement des compétences et savoir-faire des personnels dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Il développe une politique d'évaluation continue des bonnes pratiques professionnelles et s'assure de la qualité des prestations (médicales, soignantes, sociales et éducatives, administratives, techniques, logistiques et hôtelières).⁹ »

Le directeur a donc une fonction essentielle dans la gestion quotidienne des services rendus au sein de l'établissement dont il a la responsabilité, pour le dire autrement, il est responsable de l'organisation du travail.

⁷ Loi HPST de réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, 21 juillet 2009

⁸ Référentiel métier de directeur social et médico-social, http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_directeur_d_etablissement_social_et_medico-social.pdf

⁹ Ibid.

Mais qu'entend-on exactement par organisation du travail ? La définition reprise par l'encyclopédie Wikipédia est celle-ci : « L'organisation du travail recouvre un vaste ensemble d'éléments se trouvant en interaction, regroupés au sein d'une structure régulée, disposant d'un système de communication pour faciliter la circulation de l'information, dans le but présumé de répondre à des besoins et/ou d'atteindre des objectifs déterminés »¹⁰. Le dictionnaire Larousse propose une définition sociologique de l'organisation du travail : « c'est l'ensemble des activités qui ont pour objectif la répartition et la coordination des tâches et des responsabilités de chaque individu en vue de la production au sein d'un atelier, d'une entreprise, etc.¹¹ » Organiser c'est donc construire un tout harmonieux à partir d'éléments indépendants afin de mener à bien une action commune. L'action en EHPAD est la prise en charge des résidents suivant les standards énoncés dans les recommandations de l'ANESM et des bonnes pratiques de soins en gériatrie. L'organisation se réfère à un regroupement de personnes qui travaillent ensemble selon une répartition des tâches préétablies et ce, afin de tendre vers un objectif commun.¹² L'organisation du travail s'avère donc être un assemblage de tâches attribuées à des individus, assemblage qui doit être dépassé pour aboutir à un travail en commun appelé travail d'équipe.

Pour autant, l'organisation du travail en EHPAD ne doit pas faire oublier que l'objectif premier du travail est la prise en charge d'usagers, êtres humains, le plus souvent vulnérables. L'accompagnement permanent des personnes âgées afin de privilégier l'autonomie résiduelle mais aussi l'urgence et les impondérables, doivent être pris en compte. L'organisation du travail ne doit pas tomber dans le productivisme à tous crins mais doit tendre vers l'efficacité. Le directeur ne doit jamais perdre de vue l'objectif médico-social de son établissement.

Tout l'enjeu de l'organisation du travail est de résoudre une équation complexe à trois variables : quelle est la charge de travail ? De quels actes est composée cette charge de travail ? Qui peut réaliser ce travail avec compétence et efficacité ? Le tout dans un contexte de contraintes économiques.

A la résidence Léonce Bajart de Caudry, EHPAD de 147 places, une organisation de travail est opérationnelle depuis 2008. Cette organisation co-élaborée par une

¹⁰ Wikipédia, l'encyclopédie libre, [visité le 4 juin 2014], disponible sur internet : http://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_du_travail

¹¹ Dictionnaire Larousse en ligne, [visité le 4 juin 2014], disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421/locution?q=organisation+du+travail#157812>

¹² D'après SCHERMERHORN J.R. et CHAPPEL D. S., 2002, Principes de management, Montréal : Editions Village Mondial.

qualificative avait pour objectif de décrire tous les actes à réaliser et de les attribuer à des agents bien ciblés et ce selon une programmation horaire. Pour autant, en octobre 2013, les agents ont fait remonter au Directeur lors d'un Comité Technique d'Etablissement (CTE), que les conditions de travail se dégradent et que, selon eux, il n'y avait pas assez de personnel pour assurer pleinement et avec qualité la charge de travail quotidienne.

Une mise à plat du dispositif s'imposait donc. Cette mission assurée pendant le stage de professionnalisation laisse poindre une interrogation principale : pourquoi l'organisation de travail en place n'amène plus dorénavant un sentiment de mieux être au travail mais au contraire un sentiment de dégradation des conditions de travail ?

Nous soulevons trois hypothèses pour tenter de répondre à cette question. Première hypothèse : l'organisation du travail élaborée ne serait pas suivie car pas ou peu connue des soignants. Deuxième hypothèse : l'organisation du travail en vigueur serait trop rigide, trop statique et ne favoriserait que trop peu les prises d'initiatives des soignants. Enfin, troisième hypothèse : il manquerait de pilotage dans le dispositif en place permettant une meilleure adéquation des moyens aux besoins et ce avec réactivité.

Dans un premier temps cette étude abordera les différents concepts liés à l'organisation du travail en EHPAD. Pour mener à bien cette recherche, seront abordés successivement les principaux outils d'évaluation de la charge de travail, la notion de compétences des soignants puis les contraintes inhérentes au respect des projets de vie des résidents.

Dans un deuxième temps, plus pragmatique, l'organisation du travail sur le lieu du stage sera décrite. La problématique centrale de sa sous-utilisation et des dérives constatées sera abordée. La méthodologie utilisée pour la revisiter sera abordée. D'un point de vue méthodologique, des entretiens individuels de type semi-directifs ont été menés auprès des différentes catégories socioprofessionnelles soignantes. De ces entretiens ont été dégagés des axes de progrès. Il a ensuite été décidé de mener un travail afin de se positionner après réflexion collégiale sur ces axes déterminés. Ce travail a été mené au sein d'un groupe constitué de professionnels.

Enfin, dans une troisième partie, nous aborderons les actions que doit mettre en place le directeur afin que l'organisation construite soit pérenne et évolutive suivant les besoins et les ressources. Un travail complémentaire entre directeur et équipe d'encadrement doit être mené afin que chacun, dans son rôle, soit complémentaire.

Par ailleurs, il est précisé dès cette introduction que le travail mené ne concerne que les actes de soins et de prises en charge sous l'encadrement des cadres de santé. Seront donc inclus dans cette étude d'organisation du travail : les soins paramédicaux et les tâches d'hôtellerie proches des résidents : ménage et prises des repas. A contrario en seront exclus les actes de production culinaire, les tâches réalisées en buanderie et les actes de réparation et d'entretien assurés par le personnel du service technique. Pour autant, des interactions entre ces services pourront impacter l'organisation du travail étudiée.

1 L'organisation du travail en EHPAD : une définition simple mais dont la mise en place est complexe de par ses enjeux multiples :

Le slogan de 1979 de la société Electricité de France (EDF) « des hommes au service des hommes » pourrait être celui des établissements médico-sociaux, et des EHPAD en particulier. En effet, qui n'a de relations plus proches avec les Hommes que le personnel soignant. Prendre en charge l'humain, et encore plus en gériatrie, est un travail lourd physiquement et prégnant psychologiquement pour les soignants. Il renvoie à l'image de la vieillesse, de la souffrance et de la fin de vie. Il doit être organisé afin que les différentes tâches qui le composent soient réparties de façon équitable entre tous les acteurs et ce, par compétences. Le directeur, de par ses fonctions, a une lourde responsabilité dans la qualité de prise en charge des personnes hébergées. La qualité de prise en charge est l'un des enjeux de l'organisation du travail, mais ce n'est pas le seul. En effet, une bonne organisation du travail doit procurer une sensation de « bien être » au travail pour l'ensemble des agents. En outre, l'enjeu économique alliant performance au moindre coût : l'efficacité, est également un élément non négligeable qui doit être pris en compte dans l'organisation du travail.

1.1 Une définition simple :

L'organisation du travail peut être définie comme étant la manière selon laquelle vont être agencés, dans le temps de la journée, les différents actes de travail à réaliser. Elle passe par différentes étapes. Il convient tout d'abord de définir les actes à réaliser pour ensuite les attribuer aux personnes compétentes. La notion de temps et de chronologie dans leur réalisation sont aussi deux notions à prendre en compte. En EHPAD, l'estimation de la charge de travail par différents indicateurs donne au directeur des éléments pour construire l'organisation du travail lourde d'enjeux. Pour autant construire une organisation de travail nécessite de définir en équipe la valeur que l'on donne à son travail. Roger Mucchielli cite M. V. Sea-Goe : « pour que le travail en groupe soit efficace, chacun de ses membres doit être conscient des motivations sous-jacentes des autres (...).Le groupe doit travailler ensemble à des solutions mutuellement définies plutôt que prédéterminées.¹³

¹³ MUCCHIELLI R., 2014, *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*, ESF Editeur, p 33

1.2 Les enjeux de l'organisation du travail :

Les EHPAD accueillent des personnes âgées de plus en plus dépendantes. Les actes de prises en charge et de soins sont donc de plus en plus lourds et nombreux. Contrairement à l'industrie où la robotisation et l'automatisation de certaines tâches ont pu induire un allègement de la charge de travail et de sa pénibilité, il n'en est rien en EHPAD, bien au contraire. Les actes de soins sont réalisés par les soignants de plus en plus confrontés à un alourdissement de la charge de travail et de la pénibilité. Les EHPAD sont des établissements à « haute densité de pathologie institutionnelle¹⁴ ». En effet, de nombreux résidents y sont en souffrance et confrontés aux angoisses de la fin de leur vie.

L'organisation demandée par les autorités de tutelle : ARS (Agence Régionale de Santé) et Conseil Général, est une systématisation des fiches de postes horaires par catégorie socio-professionnelle intervenant dans les institutions. Cette approche rationnelle du travail se rapproche des principes du taylorisme développé dans l'industrie dès le début du XXème siècle. Taylor a tout d'abord observé des ouvriers payés à la journée. Il a constaté que ceux-ci se fixaient un seuil de productivité qu'ils trouvaient juste. Il décrit le concept de « flânerie systématique » : les ouvriers n'accélèrent pas la cadence car une plus grande productivité ne leur apportera pas d'avantage supplémentaire. De ces observations, Taylor développera sa conception de la rationalisation du travail.

Cette approche rationnelle est fondée sur six principes¹⁵ :

- l'optimisation de la manière de travailler en partant du postulat qu'il peut y avoir une optimisation de toute activité au travail,
- l'analyse scientifique du travail : une étude analytique permet de dégager les meilleurs choix organisationnels,
- la décomposition des tâches : en mettant en place un séquençage des tâches à accomplir,
- la division verticale du travail : en attribuant ces tâches préalablement définies à des agents bien identifiés,
- la sélection scientifique : en tenant compte des compétences requises pour réaliser les tâches, soit dès le recrutement soit par le biais de formation,
- la conception économique de la motivation au travail : par l'octroi de primes par exemple.

¹⁴ MARRO A., janvier – février 2014, « Prévenir les risques psychosociaux en EHPAD », *Revue Hospitalière de France*, n°556, p. 73

¹⁵ FOUURIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, 350 p.

Si ces principes historiques du taylorisme ne sont plus guère utilisés que par certains secteurs économiques, par les entreprises en restauration rapide par exemple, ce raisonnement rationnel est encore utilisé, au moins en partie, pour organiser le travail. Avant toute précipitation dans la construction d'un outil d'organisation du travail, il faut tout d'abord définir les tâches à accomplir quotidiennement. La mesure de cette charge de travail est un des premiers éléments à prendre en compte.

1.3 La difficile mesure de la charge de travail :

Afin de mesurer la charge de travail dans un EHPAD, nous disposons de deux grandes catégories d'indicateurs de mesure : des indicateurs d'activité d'une part et des indicateurs de charge en soins d'autre part.

1.3.1 Des indicateurs d'activité :

Deux indicateurs semblent particulièrement suivis en EHPAD : le taux d'occupation et le taux de rotation des places.

Le taux d'occupation est un taux typique afin de mesurer le degré d'occupation. Il est utilisé dans le secteur sanitaire mais également dans le milieu commercial sous le terme de taux de remplissage. Il se définit par un ratio. Le taux d'occupation est le nombre de places occupées divisé par la capacité de l'établissement. Il peut être mesuré en temps réel. Il s'agit d'un indicateur économique mais aussi d'un indicateur d'activité. Plus il tend vers 100% plus le nombre de résidents est proche de la capacité totale de l'établissement. Il est aussi appelé taux d'occupation d'hébergement.

Il peut être affiné en soustrayant au numérateur les résidents absents momentanément de la structure : les résidents hospitalisés et les résidents absents pour motif personnel par exemple.

Il sera alors dénommé dans ce cas-là, taux d'occupation réel.

La charge de travail est dépendante de ce taux d'occupation réel. Plus il est élevé, plus le nombre de résidents est élevé et plus la charge de travail tend à son maximum. Pour plus de finesse dans les décisions de répartition des moyens au regard des besoins, le taux peut être calculé pour les différents services ou unités dans les grands établissements.

Quant au **taux de rotation ou de turn-over**, il reflète le nombre d'entrées et de sorties par an dans l'établissement. Il se calcule en divisant le nombre d'entrées par an par le nombre de places totales de l'EHPAD. Plus il est important, plus le nombre de nouveaux

résidents est élevé. Or, à l'entrée d'un résident, la charge de travail est lourde pour les équipes : accompagnement psychologique, définition du projet de vie...

1.3.2 Des indicateurs de charge en soins :

De nombreuses modélisations ont été recherchées afin de mettre au point des outils de mesure de charge de travail. Nous en étudierons ici quatre. Les deux premiers : le GIR Moyen Pondéré (GMP) et le Pathos Moyen Pondéré (PMP) sont les deux outils de mesures obligatoirement utilisés en EHPAD. Les autorités de tutelles tiennent compte de ces indicateurs afin de fixer les budgets et lors des renégociations des conventions tripartites quinquennales. Une circulaire interministérielle du 6 décembre 2013 fixe les nouvelles modalités de la procédure AGGIR –PATHOS que les établissements doivent suivre.¹⁶

A) Le GMP :

Le GMP est la résultante de la mesure de Groupes Iso Ressources (GIR) de chaque résident de l'EHPAD à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources). Il donne un niveau global de charge en soins pour une population donnée.

La grille AGGIR est issue de l'outil AGGIR mis au point entre autres par Jean-Marie VETEL et Jean-Marc DUCOUDRAY. Cet outil est géré actuellement par un groupe technique et un comité scientifique sous tutelle de la Caisse Nationale de Solidarité et d'Autonomie (CNSA).

Le modèle AGGIR « permet d'évaluer l'expression de l'autonomie grâce à l'observation des activités effectuées seule par la personne âgée, dans son environnement habituel, et de définir, en fonction de la perte d'autonomie, le groupe iso-ressource auquel cette personne appartient. »¹⁷ Il a pour objectif principal de définir les moyens nécessaires pour pallier les pertes d'autonomie des personnes âgées concernant leurs soins de base, les soins de base étant les actes essentiels de la vie quotidienne qui peuvent être réalisés par un tiers (toilette, repas, aide aux déplacements...). Un groupe Iso-ressources regroupe toutes les personnes âgées dont le niveau de dépendance nécessite une mobilisation de ressources proche.

¹⁶ CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3/DSS/SD1/2013/418 du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles

¹⁷ EON Y., janvier 2013, Modèle AGGIR, concepts et utilisation, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, formation des DESSMS, diapositive 5.

La réalisation de la cotation du GIR pour une personne âgée doit être réalisée par une personne formée à l'utilisation de l'outil. Dix-sept variables sont cotées. Dix d'entre elles déterminent le GIR, elles sont dites discriminantes. Elles se réfèrent aux actes relatifs à l'autonomie corporelle et mentale. Sept d'entre elles sont illustratives et sont relatives à la vie sociale et domestique. Pour chaque variable, quatre adverbess doivent être interrogés :

- spontanément (acte réalisé sans stimulation),
- totalement (acte réalisé du début à la fin),
- correctement (acte bien réalisé sans que l'on ait l'obligation d'intervenir afin de corriger),
- habituellement (acte réalisé de façon régulière).

Après renseignement de la grille et saisie de celle-ci dans un logiciel, un algorithme détermine le GIR de la personne âgée.

Six GIR ont été définis :

- GIR 1 qui regroupe les personnes âgées ayant une perte totale de l'autonomie (mentale, corporelle et locomotrice)
- GIR 2 composé de deux catégories de personnes âgées, d'une part les personnes démentes déambulant (qui présentent une détérioration mentale grave mais en conservant une autonomie motrice) d'autre part les personnes grabataires lucides.
- GIR 3 qui regroupe les personnes âgées présentant une altération partielle des capacités motrices tout en conservant une autonomie sur le plan mental.
- GIR 4 qui regroupe les personnes âgées nécessitant une aide pour les transferts et celles nécessitant des aides pour les activités corporelles.
- GIR 5 regroupant les personnes ne nécessitant que des aides partielles et ponctuelles.
- GIR 6 regroupant les personnes autonomes pour les activités élémentaires de la vie quotidienne.

Chaque GIR est pondéré d'un nombre de points : (1000 points pour le GIR 1, 840 pour le GIR 2, 660 pour le GIR 3, 420 pour le GIR 4, 250 pour le GIR 5 et 70 pour le GIR 6). Il est ainsi calculé une moyenne pour la population étudiée : le GIR Moyen Pondéré (GMP). Tous les calculs se font de manière automatisée par un logiciel spécifique développé par le service médical de l'Assurance Maladie et téléchargeable sur le site de la CNSA: l'outil GALAAD V4.0 (Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision).¹⁸

¹⁸ AGGIR, PATHOS, GALAAD, les outils, http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=836

Si le GMP donne une estimation de la charge en soins au sens des actes de la vie courante, dont les soins de nursing, il n'évalue pas les pathologies dont sont atteintes les personnes âgées et donc pas la charge en soins au sens de soins médicaux. C'est un autre indicateur qui le permet : le PMP.

B) Le PMP :

Il permet d'évaluer la charge en soins médicaux et médico-techniques. L'outil PATHOS a été créé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et par le Syndicat National de Gériatrie Clinique. Un comité de suivi présidé par le Professeur NOVELLA a été créé depuis le 31 octobre 2011 pour une durée de 3 ans renouvelable. Un premier rapport a été édité en août 2012.

Il permet de décrire l'état poly-pathologique des personnes âgées et d'en dégager les soins médicotéchniques requis pour en assurer la prise en charge. Afin que l'évaluation soit de qualité, l'évaluateur doit recevoir une formation à l'outil. Les séquences de formation sont délivrées conjointement par un gériatre et par un médecin de l'ARS. Les programmes de formation sont élaborés par la CNSA et dispensés en régions par les ARS. Le jour de l'évaluation, toutes les pathologies dont est atteinte la personne âgée sont répertoriées à travers un thésaurus de cinquante pathologies. Pour chaque pathologie est déterminé un profil de soins parmi douze profils possibles. Le couple « état pathologique – profils » détermine le niveau de soins requis. L'outil se présente sous la forme de cases à cocher. Les renseignements sont ensuite saisis dans l'outil Galaad qui mesure les niveaux de soins requis dans huit postes de soins : médecine, psychiatrie, soins infirmiers, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie et pharmacie.

Comme pour le GMP, l'indicateur PMP est obtenu par moyenne et pondération des niveaux de soins de l'ensemble des résidents de l'EHPAD.

Le PMP est un indicateur global de la charge en soins médicaux et techniques pour une population. Il permet une approche micro-économique.

Pour être encore plus affiné et redéfinir plus précisément les soins requis et les coûts qui en découlent, le référentiel PATHOS devrait évoluer dans les prochaines années. Il « est en cours d'écriture par la CNSA. Chaque ordonnance est examinée à la loupe en vue de mettre à jour le système, d'y intégrer la prévention et de nouveaux postes tels que le dentiste, le diététicien ou l'éducateur sportif.¹⁹ »

Enfin, à noter qu'un indicateur hybride existe : le GMPS, utilisé dans le cadre des processus tarifaires.

¹⁹ VETEL JM., PRAGOUT M., mars – avril 2014, « Aggir – Pathos, vous en reprendrez bien une coupe ? », *Le journal du médecin coordonnateur*, n°56, p. 9.

C) PRN et SIIPS :

Ces deux indicateurs apparaissent plus anecdotiques en EHPAD.

Le PRN (Projet de Recherche en Nursing) est une méthode d'évaluation de la charge de travail d'origine canadienne. Elle nécessite une formation et est fastidieuse. Les actes de soins sont en effet décomposés en unités représentant une charge de travail équivalente à 5 minutes. L'ensemble des unités pour soigner un patient représente le temps de travail nécessaire à sa prise en charge. Pour autant, cette méthode est surtout utile pour les actes techniques et beaucoup moins pour les actes relationnels.

Les SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés Personnalisés à la Personne Soignée). Il s'agit également d'une méthode quantitative d'évaluation de la charge de travail. Cet outil permet d'obtenir une évaluation globale de la charge en soins à partir de la demande en soins des patients. Si la mesure de la charge en soins infirmiers est réelle, toute la charge de travail des soignants n'est pas appréhendée²⁰.

1.4 Le séquençage du travail en unités d'œuvre au regard des compétences des soignants:

Si GMP et PMP reflètent bien la charge en soins en EHPAD, pour organiser le travail il est nécessaire de décomposer la charge de travail en unités de soins, d'affecter ces actes de soins aux agents au regard des décrets de compétences qui régissent leur profession mais aussi de considérer le rythme et les habitudes de vie des résidents.

Dans cette étude trois catégories socio-professionnelles sont étudiées : les Infirmiers²¹ Diplômés d'Etat (IDE), les Aides-Soignants²² (AS) et les Agents de Service Hospitalier (ASH).

1.4.1 Analyse des compétences des agents :

A) Définition de la compétence :

Le lexique du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière accessible en ligne indique que la compétence « est un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structuré, mobilisé et utilisable en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux

²⁰ GASTE M.-C., 2004, L'indicateur d'activités en soins infirmiers : outil de management stratégique pour un Directeur des soins. Mythe ou réalité ?, Mémoire : ENSP, Filière DS, 79p.

²¹ Nous lirons partout infirmiers ou infirmières

²² Nous lirons partout aides-soignants ou aides-soignantes

activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à ces savoir-faire et des savoir - être²³ ». La compétence est donc tributaire de la situation à laquelle elle doit répondre pour permettre à l'individu d'être compétent. La mobilisation des compétences se fera différemment d'une activité à l'autre, le résultat dépend de la combinaison des ressources et des moyens pour atteindre l'objectif escompté.

« La compétence est inséparable de l'action et elle ne peut être véritablement appréhendée qu'au travers de l'activité par laquelle elle s'exprime et dont elle permet la réalisation²⁴».

Une nouvelle notion se développe dans les équipes de travail. Il s'agit des compétences collectives. Elles sont définies comme étant « détenues par un groupe dont le périmètre et le poids dépassent la somme des compétences individuelles du groupe et qui constituent un actif spécifique et un avantage comparatif par rapport aux concurrents de l'organisation.²⁵ »

B) Les décrets de compétence des professionnels :

• Les infirmiers diplômés d'état :

La profession d'infirmier est bien règlementée²⁶. Pour l'exercer, les agents doivent être titulaires d'un diplôme d'état d'infirmier. Ils sont chargés d'assurer les soins infirmiers sur prescription médicale : prélèvements de bilan en vue d'analyse biologique, préparation des piluliers nominatifs et dispensation des thérapeutiques, injections, pansements, soins relationnels...ainsi que les soins du rôle propre infirmier : soins d'hygiène, surveillance de l'élimination, alimentation, ...soins qui peuvent être délégués aux aides-soignants.

²³ *Lexique des notions clés utilisées dans le répertoire des métiers*, consultable sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Lexique-des-notions-clés-utilisees.html>

²⁴ *Lexique des notions clés utilisées dans le répertoire des métiers*, consultable sur : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Lexique-des-notions-clés-utilisees.html>

²⁵ Document de l'ANAP, appui santé et médico-social, améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, 2011, p. 83

²⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE. 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. Livre III. Auxiliaires Médicaux Titre I. Profession d'infirmier ou d'infirmière, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000078733>

- **Les aides-soignants :**

La profession est bien règlementée²⁷, la fonction d'aide-soignant ne peut être exercée en EHPAD que par des aides-soignants diplômés ou par des aides-médico-psychologiques (AMP). Ils assurent tous les soins du rôle propre des infirmiers sous la responsabilité de ces derniers. A noter, qu'après débat, la dispensation des thérapeutiques à la personne hébergée en EHPAD est autorisée par les aides-soignants si le traitement délivré est le traitement habituel du résident et si ce traitement a été au préalable, préparé par un infirmier. Ce long débat a été clos après le rapport d'un groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, groupe de travail mené par l'IGAS en 2005²⁸. La conclusion en a été tirée du code de la santé publique qui confie la responsabilité de l'aide à la prise des médicaments aux infirmiers dans le cadre de leur rôle propre (article R.4311-5.4°). L'administration des médicaments relève des actes qu'ils sont habilités à pratiquer (article R.4311-7.6°).

Mais, en particulier dans un établissement médico-social, l'article R.4311-4 du même code leur permet, sous leur responsabilité, d'assurer ces tâches « avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture et d'aides médico-psychologiques qu'ils encadrent.

- **Les agents de service hospitalier :**

La profession n'est pas règlementée. Les missions assurées sont généralement des missions d'hôtellerie : ménage des locaux, distribution des repas, tri du linge par exemple. Pour autant, les effectifs AS attribués par les autorités de tutelle dans les conventions tripartites ne suffisent pas en général pour assurer la prise en charge de tous les soins de nursing des résidents. Dans de très nombreux EHPAD, des ASH assurent la fonction d'AS du moins en binôme avec un AS diplômé. Ce dépassement de compétence est connu et tend à diminuer par la politique de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) qui se développe dans les établissements. Ces ASH, « faisant fonction d'AS » peuvent bénéficier, dans le cadre de la formation professionnelle continue, de formations qualifiantes d'aides-soignants. Pour autant, si la compétence de ces agents progresse, la problématique budgétaire demeure pour les directeurs d'EHPAD. En effet, le budget des EHPAD est composé de trois sections tarifaires :

²⁷ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n° 2007 – 1188 du 3 aout 2007 relatif au statut particulier du corps des aides-soignants et des agents de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, n° 181 du 7 aout 2007. [visité le 6 juin 2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000276303>

²⁸ Rapport IGAS n° 2005 – 022 relatif au groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, mars 2005.

- Section hébergement, à la charge des résidents ou du Conseil Général si le résident bénéficie de l'aide sociale à l'hébergement
- Section dépendance, à la charge du Conseil Général
- Section soins, financée par l'assurance maladie via l'ARS.

Or le salaire des ASH doit être imputé pour 70% sur la section hébergement et pour 30% sur la section dépendance tandis que celui des AS est imputé pour 30% sur la section dépendance et pour 70% sur la section soins. Ce glissement d'imputation budgétaire par transformation des ASH en AS n'est pas sans incidence et peut poser problème au directeur dans le cadre de la gestion budgétaire de l'établissement.

1.4.2 Le respect des projets de vie des résidents et les facteurs externes:

Les EHPAD sont avant tout des lieux de vie. A ce titre, la journée doit être marquée par des moments bien précis (lever, petit déjeuner, toilette, déjeuner, goûter, diner, coucher...). Pour autant, nous devons être loin d'une standardisation chronométrée des actes de prise en charge des résidents. Il est nécessaire de tenir compte des projets de vie personnalisés et des habitudes de vie des résidents. La tâche d'organisation est rendue encore plus ardue par la nécessaire prise en compte des facteurs logistiques (cuisine, buanderie, intervenants extérieurs).

Lors des universités d'été de l'ANAP²⁹ à Lille le 29 août 2014, l'ARS Franche-Comté a tiré un bilan positif d'une expérimentation d'appui à des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur le temps de travail des soignants. Jérôme MALFROY, directeur de la performance de l'ARS Franche – Comté explique « que le programme régional d'inspection sur la prévention de la maltraitance lancé en 2010 avait mis en lumière des problèmes de glissements de tâches entre professionnels et de taylorisation de l'organisation (évoquant un travail à la chaîne). »

L'objectif de l'expérimentation était de revoir les organisations de soins afin de redéployer du temps de travail des soignants au plus proche des résidents pris en charge.

L'expérimentation citée de l'EHPAD du Centre Hospitalier (CH) de Morteau a attiré notre attention. En effet, Monique DECLERC, directrice à l'époque de l'étude du CH de Morteau, explique : « Nous sommes partis du déroulement d'une journée idéale d'un résident, en tenant compte de son rythme. Chaque poste de travail a été réorganisé de façon à personnaliser l'accompagnement et redonner du sens au travail. »

²⁹ Dépêche APM International du vendredi 29 août 2014 : Expérimentation concluante d'un appui aux EHPAD sur le temps de travail des soignants (ARS Franche-Comté), <http://www.apmnew.com/story.php?numero=251066>

Cette expérimentation du séquençage des actes de prise en charge suivant le rythme de vie des résidents est, bien évidemment, à prendre en compte pour mener un travail sur l'organisation du travail en EHPAD.

2 L'analyse pragmatique du terrain sur une organisation du travail existante :

Dans cette partie, après une courte présentation du lieu de l'étude, sera abordé le point de départ de la commande émanant du directeur général : une question relative au manque de personnel dans la résidence, question soulevée par une représentante du personnel au Comité Technique d'Établissement (CTE) d'octobre 2013.

Puis seront abordés l'étude menée au sein de l'institution et les points de fragilité du dispositif d'organisation du travail en place qui rendent le système peu utilisé et assujéti à des variations interpersonnelles.

2.1 Préambule :

2.1.1 L'EHPAD Léonce BAJART de Caudry :

Le lieu de l'étude sur l'organisation du travail est le lieu du stage de professionnalisation mené de novembre 2013 à juin 2014 dans le cadre de la formation de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Ce lieu de stage est l'EHPAD Léonce Bajart situé à Caudry (Nord). Depuis 2003, cet EHPAD est rattaché au Centre Hospitalier du Quesnoy qui lui est distant de 20 km. Il comporte 147 places d'hébergement réparties sur deux niveaux, eux-mêmes séparés en deux secteurs. Il intègre également un accueil de jour de 12 places et un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places.

En ce qui concerne les services logistiques, l'EHPAD comporte une blanchisserie, une cuisine collective et un service technique.

Il convient de préciser que la structure a bénéficié de plusieurs phases de modernisation et d'agrandissement. La première extension du bâtiment a eu lieu en 2000, sa capacité est alors passée de 80 à 99 places ; puis, en 2007, 48 nouvelles places sont créées portant la capacité totale à 147 lits d'hébergement.

Les effectifs se sont accrus au fur et à mesure du développement de l'établissement et lors des négociations menées par le directeur avec les autorités de tutelle : ARS et Conseil Général du Nord. Environ 120 agents travaillent dans cet établissement

Le projet d'établissement est articulé autour de trois projets³⁰ : le projet de vie, le projet de soins et le projet d'animation.

³⁰ Extrait du livret d'accueil de la Résidence Léonce Bajart

Le projet de vie :

La résidence est un "lieu de vie" pour les pensionnaires. Le projet de vie laisse une place fondamentale aux principes suivants :

- Respecter les désirs de la personne âgée
- Favoriser l'autonomie de la personne
- Garantir la sécurité de sa vie quotidienne
- Maintenir et développer les capacités individuelles
- Intégrer de façon permanente le résident dans la vie sociale de l'établissement

Le projet de soins :

Il prévoit les modalités d'organisation et de coordination des soins au sein de la résidence, en fonction de l'état de santé des résidents et des besoins relatifs à leur état de dépendance. Il est articulé autour de quatre grands principes : la qualité des soins, l'individualisation de la prise en charge, le respect des droits et libertés et la formation du personnel.

Le projet d'animation :

Au travers du projet d'animation, l'établissement cherche avant tout à promouvoir le développement des relations intergénérationnelles, l'ouverture sur son environnement extérieur, le maintien des liens sociaux et la préservation de l'autonomie.

La promotion de la bientraitance au sein de la résidence :

Pour favoriser la bientraitance au quotidien, les priorités de la résidence sont notamment les suivantes :

- Respecter le rythme de chacun (lever, coucher, sieste).
- Promouvoir l'autonomie dans la réalisation des gestes de la vie quotidienne et notamment la toilette avec adaptation aux souhaits des résidents (douche, bain, lavabo, toilette le matin ou l'après-midi si refus).
- Respecter la pudeur, l'intimité, la sexualité.
- Laisser un temps suffisant pour les repas, favoriser le choix du voisin de table, s'assurer que les goûts sont respectés.
- Limiter à douze heures maximum le délai entre le repas du soir et le petit déjeuner.
- Respecter les heures de dispensation des traitements et des soins.
- Respecter le choix du résident de participer ou non aux animations.
- Permettre d'éventuelles sorties en ville.
- Respecter les familles, les visites, les accompagner, leur proposer de participer aux animations et évaluer régulièrement leur degré de satisfaction.

- Laisser les résidents déambuler dans la résidence, même la nuit, s'il n'y a pas de risque de chute et de mise en danger d'autrui.
- Aider le résident à personnaliser sa chambre et favoriser un environnement agréable.
- Développer la formation continue des personnels sur le thème de la bientraitance.

Enfin, Il est à noter que le poste de directeur adjoint en charge de l'EHPAD a été vacant d'avril 2013 à février 2014 suite au départ par voie de mutation de la directrice adjointe précédente, présente dans l'établissement depuis cinq années.

2.1.2 La problématique de terrain :

Dès le début du stage, une étude relative à l'organisation du travail est demandée par le directeur général du CH du Quesnoy. Cette demande fait suite à la remontée d'informations de la part du personnel concernant un sentiment de manque de personnel par rapport à la charge de travail. Il faut selon lui recadrer la problématique car il ne manque pas d'effectif, du moins au regard des moyens alloués par l'ARS et le Conseil Général.

2.1.3 Présentation de l'étude menée et des premiers travaux d'analyse:

En amont du travail de fond, nous avons mené différents entretiens avec le directeur général d'une part et les agents d'autre part.

A) Le point de vue du directeur général du CH sur la problématique :

Un entretien est réalisé en début de stage avec le chef d'établissement. L'entretien est aisé et très ouvert. Il est mené sur la problématique soulevée.

Le chef d'établissement s'est vu confié la direction de la résidence il y a déjà de nombreuses années. Il maîtrise les rouages organisationnels mis en place. Il est très attaché à la qualité de prise en charge des résidents et à la propreté des locaux. Il connaît très bien les agents titulaires pour les avoir le plus souvent recrutés. Il lui a été remonté par les cadres de santé et par les représentants du personnel lors d'un CTE qu'un malaise s'instaurait dans l'établissement. Les agents se plaignaient d'une surcharge de travail et de dégradation des conditions de travail. Le nombre d'agents par poste de travail sur les plannings aurait tendance à diminuer.

Selon lui, les effectifs sont en cohérence avec la convention tripartite en cours. Les effectifs sont fixés règlementairement. La convention tripartite en vigueur dans l'établissement a été signée le 1^{er} janvier 2008. Son renouvellement par les autorités de tutelle, ARS du Nord – Pas-de-Calais et par le Conseil Général du Nord a été reporté

d'environ 2 années comme celui de nombreuses conventions tripartites des EHPAD de la région.

Dans l'attente de renégociations, les effectifs restent donc figés et sont présentés dans le tableau ci-après.

Le tableau d'effectif selon la convention tripartite

Qualification	Nombre en ETP
Directeur adjoint	1
Cadres de santé	2
Infirmiers	10
Aides-soignants	41.6
Agents de service hospitalier	35.05
Agents de cuisine – services généraux	17.75
Agents administratifs	3.4
Animatrices	1.5
Psychologue	0.8
Médecin coordonnateur	0.5
Total	113.6

Le ratio du personnel proche du résident : cadres, IDE, AS, ASH, animatrices, psychologue est proche de 0,62, ce taux est supérieur à ce qui est retrouvé en moyenne.

En matière de recrutement, la politique du directeur est de favoriser l'insertion professionnelle des jeunes peu qualifiés, qui sont motivés par la profession de soignants. Ils sont recrutés pour la majorité d'entre eux en qualité d'agents de service hospitalier, puis bénéficient de la possibilité de suivre une formation d'aides-soignants (sous réserve de l'obtention du concours) et ainsi d'accroître leurs compétences professionnelles.

Le recours aux emplois aidés est utilisé et permet pour un coût faible d'augmenter le nombre d'agents dans l'institution. Tous les contrats aidés sont actés à temps plein et garantissent ainsi à chaque recruté d'avoir un salaire au moins équivalent au SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance). Début 2014, l'effectif comportait 7 agents en « Contrats Uniques d'Insertion », et 5 agents en « Contrats d'avenir ».

Régulièrement des conventions sont signées avec le pôle emploi afin de permettre à des demandeurs d'emploi de réaliser une Evaluation en Milieu de Travail (EMT) afin de découvrir les métiers d'aide à la personne âgée.

Enfin, un projet social a été élaboré en 2011 (2011 - 2015) avec le titre suivant :
« **acquérir un épanouissement professionnel au service de l'utilisateur** ». ³¹

Il se décline en quatre axes :

- Poursuivre la mise en place de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et promouvoir la promotion professionnelle
- Adapter le plan de formation au projet médical et au projet de soins
- Poursuivre l'adaptation des conditions de travail
- Poursuivre le dialogue social et l'amélioration de la communication interne

On note que les temps partiels représentent 4.7% de l'effectif de la résidence.

Des enquêtes auprès du personnel sont menées régulièrement (2010 et 2013). Des axes de progrès sont dégagés à partir des résultats. Quatre thèmes sont abordés : le cadre de vie, le cadre professionnel, la qualité de vie et la qualité de la communication. Les résultats sont mis en ligne sur le site intranet de l'établissement.

Le climat social est assez serein. Les contrats de remplacement sont nombreux. Les cadres de santé font remonter en temps réel au directeur et au service des ressources humaines, les difficultés inhérentes à l'absentéisme. Les arrêts supérieurs à 7 jours d'emblée sont remplacés pour la grande majorité d'entre eux. Enfin, le directeur est à l'écoute des agents et les aide à bâtir si besoin un projet professionnel (formation au concours, validation des acquis de l'expérience...).

Il mène depuis des années une politique de recrutement tournée vers l'intégration professionnelle et la professionnalisation des agents par le biais de la promotion professionnelle.

B) Le point de vue des agents :

En début de stage, des rencontres individuelles ont été menées. Les objectifs de ces rencontres étaient pluriels. Outre de faire connaissance, l'objectif premier était de gagner la confiance du personnel afin que les actions menées par la suite soient aisées et en toute transparence. Les entretiens ont été menés sur les deux premiers mois du stage.

³¹ Projet social du Centre Hospitalier du Quesnoy : 2011 – 2015

Les rendez-vous ont été fixés par les agents eux-mêmes sur une grille de plages disponibles.

Chaque entretien de type semi-directif a duré environ une vingtaine de minutes.

Au décours de ces entretiens, les agents déclarent ressentir un manque de personnel pour accomplir correctement leur travail. Ce ressenti est valable pour différentes catégories socioprofessionnelles : infirmiers, aide soignants et agents de services hospitaliers. Selon certains, ce ressenti existe depuis 3 à 4 ans. Ils déclarent qu'il manque souvent 1 agent le matin, dans chaque unité, soit 4 agents en tout et que la charge de travail leur semble en augmentation. Pour autant, ils ont du mal à objectiver le phénomène.

Enfin, les infirmiers se plaignent aussi des horaires coupés, avec parfois des amplitudes larges avec 4 heures de coupure. Le recours aux horaires coupés pour les IDE serait dû à la sectorisation de leur activité. En effet, l'équipe est désormais scindée en deux, une moitié par étage, afin d'améliorer la prise en charge des résidents par une meilleure connaissance de leurs problèmes de santé.

C) Méthodologie employée pour le déroulement de l'étude :

Après ces entretiens de « débroussaillage » qui ont permis d'avoir des pistes de travail, il est pertinent de poursuivre la recherche sur le terrain afin d'avoir des éléments objectifs en terme de charge de travail.

Une analyse de l'organisation actuelle est menée afin de vérifier si la répartition des tâches de chacun par poste de travail est effective. L'organisation actuelle est décrite dans un outil appelé « Panoramiques ». Il y a déjà près d'une dizaine d'années que le Centre hospitalier du Quesnoy a mis en place, en interne, sans appel à un prestataire extérieur, cet outil. Il est élaboré à partir d'un diagnostic des tâches à réaliser puis celles-ci sont assemblées par compétence et donc par catégories de personnel.

Afin d'avoir une adhésion au projet de restructuration de l'organisation de travail, il est important de constituer un groupe de travail avec un management participatif. Le groupe de travail devra être constitué des cadres de santé et d'agents volontaires des différentes catégories socioprofessionnelles. La collaboration étroite du médecin coordonnateur est également essentielle. Le mode de management de ce groupe de travail doit être bien sûr situationnel mais en laissant une large place au management participatif. Les agents semblent avoir besoin de communication. Lors des entretiens exploratoires l'item d'un manque de communication est ressorti à plusieurs reprises. Ce groupe de travail devra avoir comme objectif de faire exprimer les participants sur le thème, sur les problèmes

qu'ils rencontrent et de définir ensemble les moments clés de la journée où la charge de travail est la plus importante et donc le moment de la journée où les effectifs doivent être les plus nombreux.

2.2 Explorations de terrain :

En amont de la première réunion, nous réalisons des recherches dans l'établissement afin de cadrer le travail du groupe.

2.2.1 Analyse des effectifs :

La convention tripartite a expiré depuis 1 an mais sans proposition de révision pour le moment (retard dans les renouvellements d'environ 2 ans à l'ARS Nord Pas de Calais). Il s'agit d'une convention de deuxième génération (2008 / 2013) après une première contractualisation : 2002 / 2007.

Le tableau des effectifs est donc fixé. Les effectifs réels dépassent l'effectif alloué de par le « jeu » des contrats emplois aidés recrutés dans l'établissement sur des postes d'ASH et d'AS.

On note en effet qu'au premier trimestre 2014, 120.20 ETP (Equivalent Temps Plein) sont rémunérés à la résidence pour un effectif alloué de 113.60 ETP soit un différentiel de 6.60 ETP.

2.2.2 Analyse des heures supplémentaires des agents :

Les compteurs d'heures supplémentaires apparaissent élevés surtout pour les agents à temps partiel. Certains agents ont un nombre d'heures à récupérer correspondant à plus de 4 semaines de temps de travail. Les journées de repos compensateurs de temps partiels ne sont parfois pas données afin de suppléer aux absences ce qui entraîne une inflation des compteurs.

A noter qu'un nouveau logiciel de gestion du temps de travail a été mis en place en juillet 2013. Les agents badgent les temps de présence au travail. Les cadres de santé valident les temps badgés ou pas suivant la nécessité des heures supplémentaires badgées.

2.2.3 GIR :

Le GMP de 2014 est de : 763.

Les chiffrements GMP retrouvés sont à 729 en 2000 et à 700 en 2007.

Afin de compléter ces chiffres, il est possible grâce au logiciel de planification et de traçabilité des soins (logiciel Net Soins) de rechercher des indicateurs de charge de

travail. Il y avait, selon le logiciel, 80 toilettes complètes et 60 aides à la toilette quotidiennement.

2.2.4 Qualité de prise en charge :

La qualité des prestations servies à l'usager est bonne. C'est ce qui ressort des enquêtes de satisfaction réalisées régulièrement. Les auditeurs de l'évaluation externe venus sur le terrain en mai 2013 ont confirmé une bonne prise en charge de manière globale, suivant les critères de l'ANESM³².

Afin de resensibiliser les soignants à la bientraitance, en plus des formations réalisées depuis deux années sur ce thème par le médecin coordonnateur de l'EHPAD et par la psychologue clinicienne, un groupe s'est constitué en 2013 afin d'écrire une charte institutionnelle de bientraitance.

Depuis 2013, des formations sur l'Humanitude (selon l'école Gineste- Marescotti) sont organisées. La première session s'est déroulée du 30 septembre au 4 octobre 2013. Dix agents ont pu en bénéficier : 1 cadre de santé, 1 IDE faisant fonction de cadre de santé, 2 IDE, 1 psychologue et 5 AS dont une de l'accueil de jour. En outre, le médecin coordonnateur a assisté à la formation en fonction de ses disponibilités (activité libérale) et s'est rendu disponible tous les jours.

Les équipes semblent très réceptives à cette formation et un groupe ressource sur ce concept a émergé.

Deux grandes thématiques ont été travaillées : le respect de l'autonomie résiduelle des résidents pour leur toilette et le respect du sommeil la nuit en supprimant les changes systématiques. Nous verrons par la suite que ces deux orientations dans le travail changent considérablement l'organisation du travail surtout des agents assurant les nuits.

Respect de l'autonomie résiduelle des résidents pour leur toilette : »

Cette réflexion a été menée pour chaque résident lors des réunions de service.

Afin de conserver et promouvoir l'indépendance des résidents, les toilettes s'effectuent préférentiellement au lavabo ou en toilette mixte (lit-fauteuil ou lit-lavabo).

Les toilettes au lit doivent être minoritaires et justifiées par la pathologie et/ou l'état de santé du résident. L'indicateur du nombre de toilettes au lit a été mis en place.

³² OGIP Qualité, Rapport de l'Evaluation externe, Résidence Léonce BAJART, Document interne, 2013

**Etude comparative du nombre de toilettes au lit
avant et après la formation Humanitude :**

	Nombre de toilettes au lit avant la formation Humanitude	Nombre de toilettes au lit après la formation Humanitude	Ecart exprimé en %
1 ^{er} étage ailes A et B	25	12	- 52 %
1 ^{er} étage ailes C et D	14	6	-57 %
2 ^{ème} étage ailes A et B	23	7	-69.5 %
2 ^{ème} étage ailes C et D	17	2	-88 %

Les projets personnalisés de prise en charge des résidents ont été mis à jour par les infirmiers et chaque aide-soignant a revu le plan de soins des résidents pour lesquels il est référent.

Respect du sommeil et organisation des changes la nuit

Afin de favoriser le bien-être et le sommeil des résidents, le groupe ressource a mené une réflexion sur l'organisation des changes la nuit.

Il a été décidé de supprimer les changes systématiques la nuit comme cela était effectué auparavant. En effet, ces tours de change réveillent les résidents alors que le plus souvent la protection n'est pas saturée. De plus le ré-endormissement est souvent difficile d'où des phases fréquentes d'agitation voire de déambulation.

Les changes doivent être réalisés si nécessaire et si le résident est éveillé ou s'il le demande.

Dès sa mise en place au premier étage, cette nouvelle organisation a permis de voir chuter le nombre de changes.

Le nombre de changes systématiques en aile A et B est passé de 25 à un chiffre compris entre 5 et 10 (en fonction des nuits).

Le nombre de changes pour les ailes C et D est lui passé de 16 à un nombre également compris entre 5 et 10 (en fonction des nuits).

En janvier 2014, un nouveau bilan a été réalisé. Il montre une diminution de l'ordre de 70% du nombre de changes réalisés la nuit.

Les équipes ont noté depuis la mise en place de cette nouvelle organisation :

- Une diminution de la déambulation nocturne
- Une diminution de l'agitation nocturne et matinale grâce au temps de sommeil plus long et de meilleure qualité
- Une non augmentation du nombre de lits souillés
- Une diminution de consommation de dispositifs de protection contre l'incontinence.

Pour faire suite à cette étude de débroussaillage et pour tenter de répondre aux hypothèses de travail, il est décidé, en accord avec le chef d'établissement de mener une réflexion de fond sur le problème de l'organisation du travail au sein d'un groupe pluri professionnel représentatif des différentes catégories socioprofessionnelles de l'établissement.

2.3 Fonctionnement et contribution du groupe de travail :

2.3.1 Constitution du groupe de travail :

Un appel à candidature est lancé en février 2014. Le groupe est rapidement constitué sur la base du volontariat. Il est composé de : deux infirmières, trois aides-soignantes, trois agents de services hospitaliers. Les deux cadres sont invités de façon permanente ainsi que le nouveau directeur adjoint en charge de l'EHPAD. Le groupe complet est donc composé de douze personnes. Le médecin coordonnateur est associé à la démarche de façon moins formelle mais par des échanges réguliers sur la thématique et par envois des comptes-rendus des réunions. Il en est de même pour le chef d'établissement.

2.3.2 Règles de fonctionnement :

Des règles ont été posées dès la première réunion. En préambule il est précisé à tous les membres que chacun a un droit de parole. La parole dans le groupe doit être libre, critique, constructive et respectueuse. Ce n'est pas un lieu de délation mais de réflexion et de construction. Le temps de réunion est considéré comme du temps de travail. Chacun recevra à son nom un compte-rendu de chaque réunion avec la date de la réunion suivante. Il pourra en référer à ses collègues de travail et faire remonter lors de la

réunion suivante les commentaires des collègues. Chacun accepte ces règles de base lors de cette première réunion

2.3.3 Autres points abordés lors de la réunion de cadrage :

La première réunion a eu lieu le 25 mars 2014. Outre les règles de fonctionnement du groupe et le rappel sur l'objectif, différents points ont été soulevés et détaillés afin que chacun reparte avec des réponses précises à son questionnement.

Tout d'abord un point sur les effectifs a été abordé. En effet, lors des premiers échanges, le personnel mettait en avant un manque d'effectif dans la résidence :

Il est expliqué que les effectifs sont déterminés par la convention tripartite (entre l'établissement, le Conseil Général du Nord et l'Agence Régionale de Santé représentant l'assurance maladie). La convention en vigueur a débuté le 1^{er} janvier 2008. La direction est dans l'attente de son renouvellement.

Il est précisé les données retrouvées auprès du service des ressources humaines : les effectifs alloués, tous corps et grades confondus sont de 113.60 équivalents temps plein (ETP). Actuellement 120.20 ETP sont rémunérés à la résidence.

Les effectifs alloués sont donc bien attribués à la résidence.

L'enveloppe budgétaire étant fermée, il ne peut pas y avoir d'effectif supplémentaire pour le moment. Cette explication a bien recadré le débat dès le départ.

Le deuxième point soulevé lors de cette première réunion est le sujet relatif à la charge de travail :

Il est précisé à tous que la mesure de la charge de travail est toujours complexe et qu'en EHPAD elle est essentiellement basée sur la mesure du GIR, indicateur de la dépendance de la personne âgée et donc des soins de nursing et d'accompagnement requis.

On en note une augmentation sur les dernières années:

Des indicateurs de charge de travail par actes de prise en charge existent dans le logiciel Net Soins. Ainsi, il y aurait 80 toilettes complètes et 60 aides à la toilette quotidiennement. Afin de valider ces données et de documenter la charge de travail, il est décidé de faire une étude rapide sur 3 items :

- La toilette
- L'élimination
- L'alimentation

Cette étude sera menée à l'aide d'une grille par les AS³³. Elle permet de faire participer activement les membres du groupe et ainsi les motiver en montrant de l'intérêt et de la confiance.

Puis sont abordés les leviers d'actions qu'il est possible de mettre en œuvre afin de diminuer la pénibilité du travail.

Les aides techniques peuvent venir soulager le personnel pour des tâches lourdes. L'essai d'un chariot de douche en début d'année 2014 est positif. Il sera commandé rapidement dans le cadre du plan d'équipement 2014.

Pour autant, la conclusion provisoire est que le levier d'action principal repose sur une étude complète de l'organisation et de la répartition des tâches.

2.3.4 Les enseignements du groupe :

Ils sont de trois ordres. Tout d'abord en abordant l'organisation du travail effective dans l'établissement depuis 2006 et dénommée « Panoramiques », il apparaît qu'elle est très mal connue des agents et en tout cas n'est plus présentée aux nouveaux agents. En outre, en analysant les pratiques actuelles, nous notons des dérives par rapport à cette organisation de base.

Enfin, l'organisation apparaît parfois personne dépendante et questionne parfois l'esprit d'équipe.

A) Une organisation écrite peu connue des agents :

Au sujet de l'outil « Panoramiques » : si cet outil existe, il semble bien que ses grilles ne semblent plus, ni connues, ni utilisées par la plupart des agents.

Un des agents déclare ; « j'en ai entendu parler, il a été affiché un moment en salle de soins, mais maintenant on ne sait même pas où trouver le document ». Ce document n'est donc plus utilisé même s'il reste en vigueur selon le directeur.

B) Des dérives au fil du temps :

De plus, au cours de la réunion, on se rend compte que la répartition des tâches reste floue. Ainsi les nettoyages des barrières de lit, des fauteuils roulants ne semblent pas attribués de façon certaine à une catégorie d'agents. Le nettoyage de ces matériels reste aléatoire et selon la bonne volonté de certains.

³³ Annexe n°2

Nous rappelons à l'ensemble des protagonistes que le ménage de l'environnement proche du résident est à la charge de l'AS. Au sujet du nettoyage des barrières de lit, une AS précise que « oui, en effet, c'est à nous de le faire, mais on ne le fait plus, sauf si c'est très souillé ».

L'ASH en charge du bio-nettoyage de la chambre ne nettoie pas non plus cet accessoire du lit.

Tout le monde convient qu'il faut absolument revoir les tâches à réaliser et les attribuer au personnel.

Il est décidé à la fin de la réunion qu'il faut, dans un premier temps, lister et décrire les différentes tâches, puis identifier les compétences nécessaires pour les réaliser afin de les confier aux agents concernés et les organiser dans le temps et suivant les plannings de travail.

Enfin, une réflexion sur le travail de nuit doit être menée. En effet, depuis la mise en application des principes d'Humanitude, la nuit, les changes sont moins fréquents, les résidents moins déambulant et moins agités. Certains aides-soignants font remonter qu'il y a du temps pour assurer d'autres tâches la nuit. L'organisation des postes de nuit est faite de telle façon que tous les aides-soignants font des nuits selon un planning préétabli. Il n'y a plus aucun agent fixe de nuit comme cela existe encore dans certains établissements. Concernant les tâches qui pourraient être dévolues aux agents travaillant la nuit, des pistes de réflexion émergent du groupe.

- La distribution par les AS de nuit des traitements de nuit (préparés par les IDE) et de la tisane (tilleul), tâches réalisées par les IDE en fin de poste.
- La réalisation de petites tâches de ménage : mains courantes, salles de soins, salle de kiné, WC du personnel, tâches réalisées par les ASH de jour.

Il est décidé en fin de réunion qu'afin d'estimer au mieux la charge de travail de nuit, les cadres travailleront chacune une nuit courant avril.

Une aide-soignante ajoute, à juste titre, que le silence doit être respecté la nuit et que les tâches qui seraient éventuellement confiées au personnel de nuit ne doivent pas être bruyantes afin de ne pas troubler le sommeil des résidents.

Sont aussi abordées d'autres actions telle la descente d'une benne de linge sale la nuit. Elle apparaît peu utile car très peu chargée (souvent un seul sac). Renseignements pris par le cadre de santé auprès du service de buanderie de l'établissement, il s'avère qu'il n'est pas nécessaire de descendre cette benne la nuit. Le linge sale doit être descendu en milieu d'après-midi comme cela est déjà le cas.

En parallèle, des tâches sont à réétudier pour le personnel de jour: rangement des tenues du personnel, livraison des denrées alimentaires.

C) Une organisation au quotidien personnes dépendantes :

Nous notons au cours de la réunion qu'il existe des différences en terme d'organisation entre les deux étages pourtant similaires en terme de charge de travail et en nombre de lits.

De plus, au sein d'une même unité, l'esprit d'équipe peut être différent, certains AS collaborant plus avec les IDE et inversement. Le travail de collaboration entre AS et IDE doit donc être à priori examiné afin d'être plus fréquent au bénéfice des résidents

Enfin, l'esprit de collaboration est à retravailler au sein des équipes d'une même catégorie socio-professionnelle. En effet, une ASH se plaint d'être seule le dimanche dans une des deux salles à manger de la résidence, alors qu'une ASH de l'autre salle pourrait venir l'aider en début de repas.

2.4 Résultats des travaux du groupe :

2.4.1 Analyse de la charge de travail par étage :

Une étude rapide de charge de travail a été réalisée par les agents. Elle a été menée sur les trois items préalablement définis : la toilette, l'élimination et l'alimentation.

Les résultats sont repris dans les tableaux les suivants.

Etude charge de travail en nombre de toilettes

Toilette	1 ^{er} étage	2 ^{ème} étage
Toilette complète	41	42
Aide	17	21
Autonome*	15	9

*sauf pour le bain, la douche ou une aide ponctuelle

**Etude charge de travail en nombre de résidents souffrant
d'incontinence**

Elimination	1 ^{er} étage	2 ^{ème} étage
Incontinence urinaire	40	46
Incontinence fécale	35	41
Protection la nuit	6	4

**Etude charge de travail en nombre de résidents nécessitant
une aide pour l'alimentation**

Alimentation	1 ^{er} étage	2 ^{ème} étage
Aide totale	15	10
Aide partielle	16	16
Autonome	42	46

Il est à noter que des statistiques existent dans NetSoins suivant les plans de soins affectés aux résidents. Ces statistiques corroborent les résultats de notre étude rapide: la charge en soins AS est au moment de l'étude légèrement supérieure au 2^{ème} étage.

Net Soins objective cette étude : 54% du temps de soins AS de la résidence concerne le 2^{ème} étage.

Pour les IDE, l'équilibre est total : 50%.

En conclusion de cette étude, il apparait important de mettre à jour les plans de soins dans le logiciel afin que les données statistiques qui en ressortent puissent être utilisées par les cadres de santé et par la direction afin de répartir les effectifs en fonction des besoins. L'idée forte est toujours de délivrer la meilleure prise en charge possible et de réduire la pénibilité au travail.

De même les mouvements (hospitalisations) doivent être pris en compte.

2.4.2 La charge de travail de nuit :

Les deux cadres de santé ont réalisé deux nuits, la nuit du 15 au 16 avril et celle du 17 au 18 avril.

Le bilan est retrouvé en annexe³⁴.

Une rapide analyse fait ressortir qu'il y a environ 3 heures de travail en début de nuit et 2 heures en fin de nuit. Le reste du temps, les aides-soignants répondent aux appels, ou font des rondes de surveillance. Deux autres remarques émergent de cette étude. Les lieux sont mal sécurisés la nuit car les agents ne vérifient pas les issues vers l'extérieur de la cuisine et de la buanderie. En outre, le matin, les agents rentrent le pain livré par le boulanger mais ne le montent pas dans les étages, laissant cette tâche aux ASH du matin.

2.4.3 Les actions mises en œuvre :

Les nouveaux panoramiques ont été réécrits en tenant compte des réflexions menées et des décisions prises de façon collégiale par le groupe lors des cinq réunions. Ces panoramiques ont été validés par les cadres de santé et par les agents du groupe. Une présentation des documents et de la nouvelle organisation sera menée par le directeur du site lors d'une réunion plénière. Ces documents intègrent les changements suivants.

A) Travail des aides-soignants de nuit :

Il est demandé aux agents de nuit de nettoyer chaque nuit : les salles de soins, les offices, les salles à manger d'étage, la salle d'animation de l'étage et de préparer les doses de Surfanios le matin. Elles répartiront les pains dans les unités, le matin dès la livraison.

Enfin il leur sera demandé de donner en début de nuit les traitements préparés par les IDE ainsi que de proposer l'infusion à base de tilleul.

Ces modifications permettront aux ASH d'être libérés de ces tâches au bénéfice du nettoyage des chambres et les IDE termineront leur poste plus tôt. Enfin, pour les résidents, le délai entre prises des thérapeutiques du soir et prises des thérapeutiques de nuit sera allongé comme il se doit.

B) Travail des aides-soignants de jour :

Il est décidé d'harmoniser les modes de fonctionnement entre les deux étages. En ce qui concerne les petits déjeuners à donner aux résidents, il est décidé qu'ils seront tous

³⁴ Annexe n° 4

préparés par les ASH, qui veilleront à les couvrir afin de les garder à bonne température. Le rôle de l'AS sera d'alimenter les résidents.

En complément, une étude de refroidissement a été menée, les 10 et 11 avril 2014. Les températures des premiers bols étaient entre 46.8° et 49.5°, celles des derniers entre : 42.2° et 44.7°. Ce mode d'organisation peut donc être mise en place malgré la remarque d'une personne.

Il est décidé qu'en dehors des jours de réception de linge pour les résidents (mardi, mercredi et vendredi), les chariots de nursing seront nettoyés le lundi et les chariots de linge sale le jeudi. La période laissée libre sur ce temps les samedis et dimanches est réservée aux échanges avec les familles et avec les résidents.

C) Pour les infirmiers :

La suppression du tour de médicaments au coucher, leur permet de finir leur poste plus tôt et ainsi d'améliorer leurs conditions de travail.

Une réflexion doit être menée en ce qui concerne le regroupement le matin des 4 IDE afin de prévoir les consultations du jour. Un nouvel outil est sans doute à réfléchir afin d'être plus efficace et d'éviter la perte de temps infirmier pour de la programmation.

Il est souligné l'importance du travail en collaboration entre IDE et AS, aussi bien le matin pour planifier au mieux les toilettes et les gros pansements avant les levers, que le soir au moment de la distribution des thérapeutiques et des repas.

D) Pour les ASH :

Les tâches réalisées par l'équipe de nuit permettent aux ASH de se consacrer le matin dès la prise de poste à la préparation et à la distribution des petits déjeuners aux résidents. Puis les ASH continuent leur journée de travail, essentiellement, par le ménage des chambres. Leur travail sera mieux respecté, car le nettoyage des salles de soins, et des offices le matin était rapidement souillé par le passage des soignants sur des sols encore humides. L'étude permet que 40 chambres puissent être nettoyées en moyenne par jour et par étage.

Pour conclure cette partie pragmatique réalisée dans un EHPAD, rappelons que la question de départ de ce travail était : « Pourquoi l'organisation de travail en place n'amène plus dorénavant un sentiment de mieux être au travail mais au contraire un sentiment de dégradation des conditions de travail ? »

Trois hypothèses avaient été soulevées pour tenter de répondre à cette question.

Première hypothèse : l'organisation du travail élaborée ne serait pas suivie car pas ou peu connue des soignants.

Cette hypothèse se confirme bien. En effet, au vu des entretiens menés et des dires des participants au groupe de travail, l'outil mis en place en 2006 n'est plus connu des soignants. Ceux-ci ne savent même plus où le trouver.

Deuxième hypothèse : l'organisation du travail en vigueur serait trop rigide, trop statique et ne favoriserait que trop peu des prises d'initiatives des soignants.

Cette hypothèse ne peut être ni validée ni invalidée. Elle n'a pas pu être analysée de par la non connaissance stricte du système mis en place. Pour autant, au regard des informations collectées, les soignants prennent des initiatives dans leur travail et l'ambiance est plutôt sereine.

Enfin, troisième hypothèse : il manquerait de pilotage dans le dispositif en place afin qu'il y ait une meilleure adéquation des moyens aux besoins et ce, avec réactivité.

Cette hypothèse se vérifie pleinement. En effet, l'organisation en place depuis 2006 n'avait pas été revue depuis. Les formations réalisées en 2013 prônent le respect du rythme de vie et du sommeil du résident. Les changements organisationnels qui en ont découlé n'avaient pas été intégrés dans l'organisation écrite appelée « Panoramiques ». Les plages laissées moins chargées la nuit n'avaient pas fait l'objet d'une étude afin d'y replacer des tâches de travail de la journée.

Il apparaît ainsi que l'organisation du travail doit être dynamique. Le directeur doit s'en saisir et l'utiliser comme un véritable outil managérial avec l'appui de terrain de l'équipe d'encadrement de proximité : cadre de santé ou infirmier/ière coordinateur/trice. C'est ce que nous allons aborder dans la troisième partie de ce travail.

3 L'organisation du travail : un outil managérial pour le directeur :

L'équipe de travail en EHPAD constitue un groupe de personnes, les soignants dans notre étude, avec comme lignes de conduite du travail, celles fixées par le directeur. Ce dernier doit savoir manager ce groupe de personnes afin que le travail soit performant, mais aussi afin que les membres du groupe ressentent un sentiment de bien-être au travail.

3.1 Les conditions de travail de groupe selon Roger MUCCHIELLI :

Roger MUCCHIELLI, psycho-sociologue, dans son ouvrage intitulé : « *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective* » nous explique les conditions de travail pour qu'un groupe fonctionne correctement. Nous nous permettons de les reprendre une par une afin de les analyser et d'en déduire l'organisation pragmatique que le directeur d'établissement doit mettre en œuvre afin que l'organisation de travail fonctionne dans son équipe.

« Les 8 conditions de travail en groupe :

3.1.1 Existence et fonctionnement effectif d'un réseau de communications adapté à la nature de la tâche.

La communication est un élément clé de toute organisation. Les messages doivent passer aussi bien de manière horizontale : entre soignants, que de manière verticale, ascendante ou descendante.

A la résidence Léonce Bajart un tel réseau existe par le biais de transmissions réalisées par les équipes soignantes sur l'outil informatique appelé Netsoins mais aussi lors des périodes de transmissions orales aux prises de postes. L'oralité a toujours été un point faible relevé dans les équipes de soignants que ce soit dans le secteur sanitaire, à l'hôpital, que dans le secteur médico-social. Un effort est entrepris depuis maintenant une vingtaine d'années pour parfaire les transmissions écrites. Pour autant, de nombreux faits, de nombreux actes de soins ne sont parfois pas encore écrits. A la résidence Léonce Bajart, le dossier de soins est informatisé. Les soignants savent l'utiliser. Malgré cela, il a été relevé que les équipes avaient du mal à réaliser toutes les transmissions écrites en temps réel par manque de postes informatiques disponibles. Le chef d'établissement a le projet de faire installer des bornes wifi dans la structure afin que des

postes informatiques puissent être installés sur les chariots de soins au plus près des soignants. Ainsi, la transmission d'information sera la plus exhaustive possible.

Quant à la communication verticale, le directeur doit rester très accessible pour les agents et très réactifs aux demandes. Enfin, des réunions d'équipes doivent être organisées régulièrement en présence du directeur. Le nouveau directeur adjoint, en charge de la résidence, a repris le rythme d'une réunion tous les trois mois environ.

3.1.2 Utilisation de ce réseau selon ses pleines possibilités par les personnes concernées :

Cela « suppose que les communications interpersonnelles s'effectuent sans obstacle ni inhibition à propos du travail, selon les voies prévues par le réseau » nous indique l'auteur.

Cela induit une formation des soignants à l'outil mais aussi comme vu au point précédent une accessibilité à l'outil qui doit être développée. Pour autant, il convient d'être très vigilant à ne pas sombrer dans un phénomène bureaucratique, phénomène décrit par Béatrice Hibou, politologue et directrice de recherche au CNRS³⁵. D'après son étude, une infirmière passerait un tiers de son temps à contrôler ce qu'elle fait et en rendre compte. Le travail est de plus en plus régi par des protocoles de soins, des référentiels de bonnes pratiques..., qui ne sont que des modèles issus d'un processus d'abstraction. Ces documents ne pourront jamais aborder de façon aussi précise que le soignant la relation avec le résident, le feeling entre deux êtres humains. Il est primordial de ne pas désincarner cette relation soignant – soigné. Béatrice Hibou ajoute : « Tout ne peut pas entrer dans la mise en forme. La vie en société est ce jeu constant entre informalités et formalités. »

3.1.3 Existence d'une division du travail :

Roger MUCCHIELLI ajoute que les postes de travail doivent être bien définis. Les responsabilités, les prérogatives, les territoires d'intervention et les modes de travail doivent être parfaitement connus des agents qui doivent réaliser ces tâches.

Les panoramiques réalisés répondent parfaitement à cette règle. Les postes de travail sont définis par fonction et par horaires de travail. Les tâches à accomplir sont listées de façon chronologique et des fiches de procédures existent pour décrire les tâches à réaliser.

³⁵SPINHIRNY F., avril 2014, « Les sources du phénomène bureaucratique », *Gestions hospitalières*, n° 535, pp. 217 – 222

3.1.4 Cette division du travail est acceptée par les intéressés :

« C'est-à-dire qu'ils adoptent les comportements de rôles permettant la prévision des actions et la complémentarité des fonctions. »

L'outil d'organisation doit être présenté à l'équipe qui doit se l'approprier et l'accepter comme étant partie intégrante de la fiche de poste. Cette présentation doit être réalisée par le directeur et relayée par l'équipe d'encadrement. Il faut prévoir dans la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux agents recrutés une présentation de cette organisation du travail.

3.1.5 Cette division du travail est faite de telle sorte que la charge de travail est distribuée selon des critères acceptés, et que les facteurs de l'efficacité du groupe ont été analysés au même titre que les facteurs de satisfaction de chacun dans son poste :

Cet outil est en adéquation avec les décrets de compétences des professionnels et de ce fait, les agents ne peuvent qu'approuver ces critères.

Enfin, régulièrement des enquêtes de satisfaction au travail du personnel sont réalisées, chacun est libre de s'exprimer sur un sentiment de mal être ou de frustration. Il serait intéressant de proposer des consultations avec une psychologue du travail comme cela se développe dans beaucoup d'établissements. En effet, le soutien psychologique du personnel en EHPAD est nécessaire de par la lourde charge émotionnelle portée par les soignants. Des groupes de parole peuvent être mis en place même si, « autant les personnes âgées sont en général demandeuses d'écoute et de soutien, autant, s'agissant du personnel, il y a lieu de le faire adhérer à cette démarche nouvelle³⁶ ». L'étape choisie à la Résidence Léonce Bajart pour arriver au rôle de soutien de la psychologue auprès du personnel est son intervention lors des réunions de services et lors de formations internes.

3.1.6 Existence d'une organisation-structuration du groupe.

Le groupe est ici l'équipe. Elle est organisée par étages et par secteurs. L'organisation est à la charge du cadre de santé de l'étage. Chacun sait dans quelle équipe il travaille, quant aux plannings, ils sont affichés comme le prévoit la réglementation 2 semaines avant leur effectivité.

³⁶ LOUIS P., 2002, *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*, Edition Seli Arslan, p. 258

3.1.7 Acceptation d'une autorité d'animation, de coordination et de contrôle.

Les fonctions d'animation, de coordination et de contrôle doivent être assurées par le cadre de santé, autorité hiérarchique de première ligne des soignants. Il est nécessaire, dans ces structures médico-sociales, que les cadres de santé, fassent parties de l'équipe de direction, afin de partager la même ligne directrice et ainsi de tenir un discours cohérent et unique.

3.1.8 Existence de normes de fonctionnement. »³⁷

Les normes sont en rapport avec la qualité de prise en charge des résidents, évaluée par le résident lui-même, mais aussi par ses proches. Une des normes est également représentée par le respect des règles éthiques et des grandes valeurs de bienveillance et d'humanité prônées par l'institution.

3.2 Le directeur et l'analyse stratégique et systémique ³⁸:

3.2.1 Combattre le flou organisationnel :

En France, Michel Crozier et Erhard Friedberg dès la fin des années 1960 ont développé la théorie sur l'analyse stratégique et systémique. Cette théorie repose sur un double fonctionnement : le fonctionnement de l'acteur (analyse stratégique) et le fonctionnement de l'organisation (analyse systémique). Pour Michel Crozier, dans une organisation déterminée, les membres ne sont pas totalement contraints aux règles en vigueur. Ils ont une marge de manœuvre qui leur laisse la possibilité de prendre des initiatives et en interprétant parfois les règles auxquelles ils sont soumis.

Afin de structurer au mieux l'organisation du travail, celle-ci doit être la plus rationnelle possible en diminuant le flou organisationnel qui est appelé par Michel Crozier « les zones d'incertitude ».

Pour autant aussi précise que sera la description du travail, subsisteront toujours ces zones d'incertitude. En effet, de nombreux événements impondérables surviennent tous les jours ou presque dans les EHPAD (problème de santé d'un résident, chute, absentéisme du personnel...).

Ces zones d'incertitude doivent être régulées par l'encadrement des équipes représenté en EHPAD par un cadre de santé ou par un(e) infirmier/ière coordinateur/trice. Les

³⁷ MUCCHIELLI R., 2014, *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*, ESF Editeur, p. 76

³⁸ FOUURIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, p. 73

organisations de travail doivent pouvoir être réaménagées très rapidement afin de s'adapter aux nouvelles situations qui sortent du cadre préétabli. Les cadres de santé ou l'infirmière coordinatrice doivent être proches des équipes afin de prendre connaissance le plus rapidement possible de tout évènement survenant et qui doit faire l'objet d'un traitement en terme d'organisation.

3.2.2 Promouvoir la qualité de vie au travail :

En outre, le directeur doit, dans le cadre de la gestion des ressources humaines de son établissement, se préoccuper de la qualité de vie au travail des agents. La qualité de vie au travail est un pan important de l'analyse de l'organisation. La notion de qualité de vie au travail fait référence à des éléments multiples aussi bien individuels, pour chaque membre de l'équipe, que collectif structurant l'institution.

La notion de qualité de vie au travail « peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail, perçu individuellement et collectivement, qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation, l'équité, la reconnaissance et la valorisation du travail³⁹. »

La reconnaissance de la valeur travail et le respect de chacun pour ce qu'il est, pour ce qu'il fait, sont des signes qui doivent être forts envers les professionnels de terrain. Le directeur et l'équipe d'encadrement doivent en être parfaitement conscients et en être les principaux pourvoyeurs. Pour ce faire, des évaluations régulières doivent avoir lieu par les cadres de santé en temps réel et non pas forcément au moment de l'évaluation annuelle pour la procédure de notation administrative. Les agents doivent se savoir évaluer sur la qualité des soins qu'ils dispensent, soins relationnels, soins techniques, mais aussi sur leur comportement professionnel et personnel au sein de la structure.

3.2.3 Adhérer à une éthique professionnelle partagée :

Le directeur doit véhiculer des valeurs fortes, empreintes d'éthique professionnelle. A la résidence Léonce Bajart, la psychologue est d'une aide précieuse pour ces actions. Une charte de bientraitance a été rédigée en groupe de travail et est affichée à tous les étages de la résidence.

Cette charte définit la bientraitance comme étant une attitude soucieuse de l'autre, du résident, tout en étant réactive à ses demandes afin de répondre à ses besoins. La bientraitance consiste aussi à respecter les choix du résident, accepter ses refus en

³⁹ PERSONENI E., CALMES G., janvier 2014, « Qualité de vie au travail et performance économique », *Gestions hospitalières*, n° 532, pp. 12 -14.

particulier. La bientraitance exclut toute forme de violence en cherchant continuellement à s'adapter à la personne prise en charge avec pour objectif de lui permettre de mener une vie paisible, en harmonie avec ses désirs.

Huit items sont développés :

- Le cadre de vie
- Le respect
- La communication
- L'autonomie
- La douleur physique
- La douleur psychologique
- L'accompagnement et la fin de vie
- Le développement d'une culture de bientraitance dans l'établissement.

3.2.4 Se préoccuper de la gestion des risques :

Tout évènement indésirable touchant le soin, doit être analysé en premier lieu par le directeur, la psychologue et les cadres de santé. Doit s'en suivre une communication ayant pour objectif de rappeler les valeurs prônées par l'institution. La recherche de la responsabilité personnelle ne doit pas être une fin en soi, sauf si une faute professionnelle, de type maltraitance par exemple, a été commise par un agent. Ce n'est qu'à cette condition que tous les évènements pourront être déclarés par les agents et que, sur ces bases déclaratives, un travail de fond pourra être mené pour prévenir la survenue des incidents.

3.3 Le Directeur et le cadre de santé :

3.3.1 Le cadre de santé :

Depuis plusieurs années, ce métier est au centre d'évolutions, de modifications de son environnement qui laissent préfigurer d'un tournant dans le développement de cette profession.

Ce n'est qu'en 1943⁴⁰ qu'a été créée, par décret, la fonction de surveillant, ancêtre du cadre de santé d'aujourd'hui. Il aborde des obligations d'organisation et de contrôle du surveillant hospitalier, soignant et responsable administratif, sans actes précisément définis. Ce n'est à compter de 1958 qu'est proposée une formation de surveillante,

⁴⁰ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21/12/1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

ouverte à cette période aux meilleures infirmières. Plus près de nous, le décret et l'arrêté du 18 août 1995⁴¹ créent le diplôme actuel de cadre de santé.

En 2009 le rapport DE SINGLY remis à Madame BACHELOT, alors Ministre de la santé et des sports, s'attache tout d'abord à fournir une définition du cadre hospitalier. « Parmi les différentes définitions possibles, la mission retient une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre missions principales se dégagent⁴² :

- une mission de management d'équipes et d'organisation ;
- une mission transversale ou de responsabilité de projet ;
- une mission d'expert ;
- une mission de formation

Au sein de son service, le cadre de santé, en plus des missions essentielles d'encadrement des équipes, de management de projets, de garant de la qualité des soins dispensés, a aussi un rôle important dans le collecte des données diverses afin d'alimenter des tableaux de bord d'indicateurs. Des indicateurs de qualité bien sûr, mais aussi des indicateurs d'activité médico-économiques afin de mesurer au mieux l'efficience du service. Pour autant, le cadre de santé doit rester proche du personnel qu'il encadre. Il doit évaluer les compétences pour mettre en place un plan de formation adapté afin de faire s'accroître les compétences de ses collaborateurs. Il doit faire preuve de leadership afin de motiver les membres de l'équipe.

Enfin, en EHPAD il sert d'interface entre le directeur, le médecin coordonnateur et les équipes soignantes.

3.3.2 La fonction de management :

La fonction de management est exercé par tous les acteurs de l'équipe d'encadrement : directeur, cadres de santé et infirmiers/ières coordinatrices/teurs. Elle peut être décrite en trois actions : prévoir, décider et motiver.

- « Fonction prévoir : prévoir les procédures de travail, prévoir l'évolution des compétences requises, en lien avec les projets institutionnels et de pôle.
- Fonction décider : expliquer le sens de la décision.

⁴¹ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé et l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

⁴² DE SINGLY C, Septembre 2009, *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*. Rapport présenté à Madame R. BACHELOT NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports.

- Fonction motivation : fédérer l'équipe autour de valeurs partagées, créer les conditions de responsabilisation de chaque acteur en fonction de ses compétences, permettre l'expression des difficultés et la recherche de sens en équipe ». ⁴³

Manager, c'est d'abord faire passer des messages tout en reconnaissant l'autre comme un acteur dans l'organisation. Le manager doit avoir des objectifs précis à faire partager aux membres de l'équipe. Les modes de management que le directeur doit utiliser, ainsi que le cadre, sont différents suivant le message qu'ils veulent faire passer, mais aussi, selon les personnes auxquelles ils le font passer.

C'est ce que décrit très bien Dominique TISSIER dans son livre « Le management situationnel, vers l'autonomie et la responsabilisation ⁴⁴. »

Il décrit quatre types de management, selon le type de message à faire passer et la personne à qui on doit le faire passer.

- Management directif : pour structurer, pour organiser ; les agents ont très peu d'autonomie.
- Management persuasif ; pour mobiliser les acteurs ; l'autonomie laissée aux acteurs est faible.
- Management participatif : pour associer les membres de l'équipe à la décision ; l'autonomie laissée est modérée.
- Management délégatif pour responsabiliser les acteurs ; une part importante d'autonomie leur est laissée.

3.4 Des fonctions conjointes cadre / directeur qui dynamisent l'organisation du travail:

Cadre et directeur d'un EHPAD doivent collaborer très étroitement afin de mener une stratégie commune en terme d'organisation du travail.

Nous avons vu que l'organisation devait être élaborée en commun, avec des membres de l'équipe, relais efficaces avec tous les agents. L'outil mis en œuvre, appelé « Panoramiques » dans le cas présent, doit être présenté à l'ensemble de l'équipe et à tout nouvel arrivant.

⁴³ MONCET M-C., 2013, *Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant*, Editions Lamarre, p 2 (référentiel des cadres de santé 2006/2007 élaboré par le CEFIEC (Comité d'Entente des Fonctions Infirmières et Cadres de santé)).

⁴⁴ TISSIER D., 2001, *Management situationnel – vers l'autonomie et la responsabilisation*, INSEP Consulting Editions,

Pour autant, cet outil ne doit pas demeurer statique mais doit être revu en temps réel par le cadre de santé, cadre de proximité, dès la survenue de tout évènement chamboulant l'organisation idéale telle que définie. Le cadre de santé doit également réévaluer, avec l'équipe de soins, et le médecin coordonnateur, les prestations de soins à délivrer à chaque résident en terme de prise en charge selon la politique définie dans l'établissement (bienveillance, autonomisation, lutte contre la douleur...).

En outre, des tableaux de bord d'indicateurs existent dans la structure et doivent être utilisés afin de mettre les moyens au regard des besoins. Ces tableaux de bord sont de plusieurs types :

- Tableau de bord des chambres occupées par secteurs
- Tableau de bord en termes de charge en soins par secteurs
- Tableau de bord des effectifs présents : planning de travail des agents

Tous les jours, les cadres doivent consulter ces indicateurs, et au regard des problématiques en termes de charge de travail, affecter l'effectif là où il est le plus nécessaire. Ce n'est qu'à cette condition de la juste répartition des moyens, que le sentiment de mieux être au travail sera ressenti par les membres de l'équipe.

Conclusion

Au travers de ce mémoire, nous avons étudié l'organisation du travail en EHPAD. Nous avons défini qu'organiser le travail, c'était assembler les actes de soins entre eux, les octroyer à des agents compétents pour les réaliser.

Cette tâche est ardue car elle touche la qualité et les projets de prise en charge des résidents, les rythmes de travail et l'esprit d'équipe. Mettre ces différents facteurs en harmonie n'est pas chose facile et nécessite, outre une rigueur méthodologique, de grandes qualités de management.

En effet, si organiser le travail consiste à mettre sur papier la liste des actes de soins nécessaires à la prise en charge des résidents et les répartir suivant des compétences inhérentes aux qualifications des professionnels, ce travail, bien que fastidieux, est simple. Mais l'application de cette organisation du travail passe par de multiples étapes. La participation à sa construction apparaît déjà comme indispensable afin que la majorité des agents y adhèrent. La communication autour de l'organisation du travail est une étape à ne pas négliger sous peine d'échec.

Mais cette organisation ne doit pas être figée, elle doit être dynamique et utilisée par le directeur comme outil de management. En effet, les impondérables liés aux ressources humaines et à la prise en charge de la personne âgée dépendante font qu'il faut perpétuellement adapter l'organisation. La responsabilité de cette tâche revient au directeur qui doit s'entourer d'une équipe d'encadrement, pilote au sein de l'unité. Cette équipe d'encadrement qu'elle soit constituée de cadres de santé, ou comme c'est souvent le cas actuellement d'infirmiers/ières coordinateurs/trices, doit être bien identifiée et doit jouer le rôle de régulateur. Des outils de type tableaux de bord doivent être mis en place et utilisés afin de tendre vers une fine adéquation entre besoins et ressources. Ce n'est qu'à cette condition que les prises en charge seront de qualité, que le personnel aura un sentiment de bien-être au travail et que l'organisation sera efficiente.

Bibliographie

Ouvrages :

COCQUEBERT L., 2012, *Le secteur social et médico-social depuis la Loi HPST*, Editions ASH, 136 p.

FOUDRIAT M., 2013, *Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, 350 p.

LIVIAN Y-F., 2005, *Organisation théories et pratiques*, Dunod, 320 p.

LOUIS P., 2002, *Guide de la réforme des établissements pour personnes âgées*, Edition Seli Arslan, 319 p.

MIRAMON J-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, 150 p.

MIRAMON J-M., MORDOHAY F-O., 2013, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Dunod, 152 p.

MONCET M-C., 2013, *Conduire le changement à l'hôpital : de la communication à l'hôpital apprenant*, Editions Lamarre, 169 p.

MUCCHIELLI R., 2014, *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective*, ESF Editeur, 203 p.

SCHERMERHORN J.R. et CHAPPEL D. S., 2002, *Principes de management*, Montréal : Editions Village Mondial.

TISSIER D., 2001, *Management situationnel – vers l'autonomie et la responsabilisation*, INSEP Consulting Editions, 151 p.

VERCAUTEREN R., 2009, *Directeur d'établissements pour personnes âgées, Rôles et exercice*, DOC Editions, 142 p.

Articles :

MARRO A., janvier – février 2014, « Prévenir les risques psychosociaux en EHPAD », *Revue Hospitalière de France*, n°556, pp. 72 – 75.

MORET A., 6 décembre 2013, « Ressources humaines, le tout normatif et le manque d'effectif contribuent à malmenager le personnel en EHPAD », *Dépêches HOPIMEDIA*

PEREZ P., mai 2014, « Quel ratio pour une bonne prise en charge des résidents ? », *Géroscope pour les décideurs en gérontologie*, n° 44 – 45, p. 53.

PERSONENI E., CALMES G., janvier 2014, « Qualité de vie au travail et performance économique », *Gestions hospitalières*, n° 532, pp. 12 -14.

SPINHIRNY F., avril 2014, « Les sources du phénomène bureaucratique », *Gestions hospitalières*, n° 535, pp. 217 – 222.

VETEL JM., PRAGOUT M., mars – avril 2014, « Aggir – Pathos, vous en reprendrez bien une coupe ? », *Le journal du médecin coordonnateur*, n°56, p. 9.

Plan solidarité grand âge, présenté par Philippe BLAS, Ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, le 27 juin 2006.

Sites internet :

Dépêche APM, 29 août 2014, *Expérimentation concluante d'un appui aux EHPAD sur le temps de travail des soignants (ARS Franche-Comté)*, [visité le 08.09.2014], consultable sur internet : <http://www.apmnews.com/story.php?numero=251066>

CNSA, *AGGIR, PATHOS, GALAAD, 2010, les outils*. [visité le 12.08.2014], disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=836

Référentiel métier de directeur social et médico-social, [visité le 16.08.2014], consultable sur internet :

http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_directeur_d_etablissement_social_et_medico-social.pdf

Textes législatifs et réglementaires :

Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, Version consolidée au 27 mai 2003, [en ligne], [visité le 18 juin 2014], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1453FB87365EC9A23BFA62D4655342D9.tpdjo13v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072701&dateTexte=20081023#LEGISCTA000006125807

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Décret n° 95-923 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé [en ligne]. Journal officiel, n° 193 du 20 août 1995. [visité le 9 juin 2014], disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=2C70530F91B5DA27671C24A842867F18.tpdjo11v_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&categorieLien=id

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation de travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1983 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel n° du 5 janvier 2002. [visité le 28 mai 2014], disponible sur internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000398298>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 2002-/ du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

[en ligne]. Journal officiel n° du 5 janvier 2002. [visité le 28 mai 2014] , disponible sur internet :

http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=31A0524B307855C5419A402C59D8C544.tpdjo01v_2?cidTexte=JORFTEXT000000398297&categorieLien=id

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. 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. Livre III. Auxiliaires MédicauxTitre I. Profession d'infirmier ou d'infirmière

[en ligne]. Journal officiel n° 183 du 8 août 2004 [visité le 28 mai 2014] , disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339>
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Décret n° 2007 – 1188 du 3 aout 2007 relatif au statut particulier du corps des aides-soignants et des agents de services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel, n° 181 du 7 aout 2007. [visité le 6 juin 2014], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000276303>

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009. [visité le 4 juin 2014], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret N° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux [en ligne]. Journal officiel, n° 1 du 1^{er} janvier 2012. [visité le 6 juin 2014], disponible sur internet :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062401&dateTexte=&categorieLien=id>

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3/DSS/SD1/2013/418 du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles

Rapports – Etudes :

ANAP, appui santé et médico-social, améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, 2011, 86 p.

ARACT ILE DE FRANCE, étude sur les conditions de travail et la prévention des troubles musculo-squelettiques en maisons de retraite, septembre 2008, 12 p.

DE SINGLY C, *Rapport de la mission Cadres Hospitaliers*. Rapport présenté à Madame R. BACHELOT NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports, Septembre 2009, 125 p.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, DIRECTION GENERALE DE L'ACTION SOCIALE, SOCIETE FRANÇAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE, *Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, , octobre 2007, 115 p.

DREES n°699, *Les résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes en 2007*, aout 2009, 8 p.

EON Y, *Modèle AGGIR, concepts et utilisation*, intervention à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, formation des DESSMS, janvier 2013, diapositive 5

GASTE M.-C., *L'indicateur d'activités en soins infirmiers : outil de management stratégique pour un Directeur des soins. Mythe ou réalité ?*, Mémoire : ENSP, Filière DS, 2004, 79 p.

IGAS, *rapport n° 2005 – 022 relatif au groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées*, mars 2005, 153 p..

Documents internes à l'établissement :

Livret d'accueil de la résidence Léonce Bajart

Projet social du Centre Hospitalier du Quesnoy : 2011 - 2015

OGIP Qualité, Rapport de l'Evaluation externe, Résidence Léonce BAJART, Document interne, 2013

Liste des annexes

Annexe n°1 : organigramme du Centre Hospitalier du Quesnoy

Annexe n°2 : grille d'enquête relative à la charge de travail

Annexe n°3 : récapitulatif de l'étude relative à la charge de travail

Annexe n°4 : organisation des nuits décrite par les cadres de santé

Annexe n°5 : exemple de panoramiques

Annexe n°2 : grille d'enquête relative à la charge de travail

ETUDE CHARGE DE TRAVAIL

1^{er} étage A

		101	102	103	104	105	106	107	108P	108F	109P	109F	110	111	112	113	114P	114F	115P	115F	116	
toilette	Complète					X	X		X				X		X		X				X	X
	Aide	X	X	X	X			X						X		X		X	X			
	Autonome										X	X										
incontinence	Urinaire					X	X	X					X		X		X	X			X	X
	Fécale					X	X	X					X		X		X	X			X	X
	Nuit seulement	X	X						X					X								
alimentation	Aide totale					X	X						X				X			X		X
	Aide	X	X						X					X	X			X				
	Autonome			X	X			X			X	X				X						

Cocher les cases concernées (3 cases cochées par résident)

Annexe n°3 : récapitulatif de l'étude relative à la charge de travail

ETUDE CHARGE DE TRAVAIL AVRIL 2014

		1A		1B		1C		1EXT		2A		2B		2C		2EXT									
TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A								
8	10	2	14	2	1	6	2	5	13	3	7	12	3	4	14	1	5	3	6	0	13	11	0	145	
TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A								
TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A	TC	AT	A								

TC	83	1er	TC	41	2ème	TC	42
AT	38		AT	17		AT	21
A	24		A	15		A	9
	145			73			72

		1A		1B		1C		1EXT		2A		2B		2C		2EXT									
IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN								
10	9	4	13	12	2	6	6	0	11	8	0	12	10	0	14	11	0	5	5	1	15	15	3	172	
IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN								
IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN	IU	IF	IN								

IU	86	1er	IU	40	2ème	IU	46
IF	76		IF	35		IF	41
IN	10		IN	6		IN	4
	172			81			91

		1A		1B		1C		1EXT		2A		2B		2C		2EXT									
ATO	AP	A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th></th> </th></th></th></th></th>	ATO	AP	A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th></th> </th></th></th></th>	ATO	AP	A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th></th> </th></th></th>	ATO	AP	A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th></th> </th></th>	ATO	AP	A <th>ATO</th> <th>AP</th> <th>A <th></th> </th>	ATO	AP	A <th></th>								
6	6	8	5	8	4	2	1	10	2	1	20	3	2	14	1	4	15	0	4	5	6	6	12	145	
ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A								
ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A	ATO	AP	A								

ATO	25	1er	ATO	15	2ème	ATO	10
AP	32		AP	16		AP	16
A	88		A	42		A	46
	145			73			72

Annexe n°4 : organisation des nuits décrite par les cadres de santé

Horaires	Description de l'activité
21h15 – 21h30	Transmissions avec l'AS de l'après-midi
21h30 – 22h	1 ^{er} tour de surveillance d'environ 30 minutes, les AS passent dans toutes les chambres
22h – 22h15	Vérification des fermetures des portes du rez de chaussée (1 AS de chaque étage)
22h15 - 23h	Préparation : <ul style="list-style-type: none">• Des chariots de petits déjeuners• Des chariots de nursing• Des eaux gélifiées• + commande de protections le mardi (20 min)• + commande des denrées le mercredi (20 min)• + impression des plans de soins le WE
23h - 23h45	Second tour (réinstallation des résidents, changes si besoin)
1h30 - 2h15	Troisième tour (changes si besoin)
4h15 - 4h30	Quatrième tour rapide
5h30	Préparation du café
6h – 6h30	Denier tour, certains résidents sont réveillés mais restent dans leur chambre
6h30	Ouverture des portes et réception du pain

Annexe n°5 : exemple de panoramiques

	PANORAMIQUE EQUIPE AS : SITUATION NORMALE PAR ETAGE			
	4 / étage (2+2)	5 / étage (2+3)	2 / étage (1+1)	2 par étage (1+1)
	AS1 7h-13h	AS2 7h-14h	AS3 13h-21h	AS4 13h-21h30
7h00 - 7h15	Transmissions inter-équipes			
7h15 - 7h30				
7h30 - 7h45	Ouvrir volets + Installation des résidents			
7h45 - 8h00	donner les petits déjeuners servis par le service hôtelier			
8h00 - 8h15	8 à 9 agents pour 10 à 15 personnes à nourrir			
8h15 - 8h30	soins de nursing			
8h30 - 8h45	Installation wc ou proposition bassin			
8h45 - 9h00	Déshabillage			
9h00 - 9h15	Toilette au lit ou lavabo			
9h15 - 9h30	habillage			
9h30 - 9h45	Nettoyage Prothèses (dentaires, auditives, lunettes)			
9h45 - 10h00	Coiffure, rasage pour les hommes			
10h00 - 10h15	installation au fauteuil			
10h15 - 10h30				
10h30 - 10h45	réfection de lits (7 à 8 lits complets par jour)			
10h45 - 11h00	désinfection de l'environnement proche:			
11h00 - 11h15	barrières de lit, adaptable, bassine, lavabo			
11h15 - 11h30				
11h30 - 11h45	bain ou douche 1/semaine par résident au minimum			
11h45 - 12h00				
12h00 - 12h15	collation vers 11h			
12h15 - 12h30	Transmissions écrites Net Soins			
12h30 - 12h45	salle à manger d'étage	Coupure		
12h45 - 13h00	préparation chariots d'étage			
13h00 - 13h15		repas SAM	repas SAM	
13h15 - 13h30		repas en chambre si nécessaire	repas en chambre si nécessaire	
13h30 - 13h45		désservir	désservir remonter résidents	
13h45 - 14h00		Transmissions inter-équipes	Transmissions inter-équipes	
14h00 - 14h15			préparation du café	commande repas HESTIA (pain,...)
14h15 - 14h30			distribution du café, hydratation des résidents, compléments alimentaires	
14h30 - 14h45			recoucher les résidents qui souhaitent une sieste	
14h45 - 15h00			changes si besoin	
15h00 - 15h15				
15h15 - 15h30			Descente des armoires à linge plat vides et remontée des chariots à casiers	
15h30 - 15h45			avec linge des résidents + armoires à linge plats pleines	
15h45 - 16h00			vérification et rangement linge résidents les M Me et V	
16h00 - 16h15			nettoyage chariots nursing les Lundis, des chariots de linge sale les jeudis	
16h15 - 16h30			descente chariot à casiers	
16h30 - 16h45			couchers	
16h45 - 17h00				
17h00 - 17h15			changes	
17h15 - 17h30				
17h30 - 17h45				
17h45 - 18h00			Coupure	aide IDE pour médicaments
18h00 - 18h15				
18h15 - 18h30				
18h30 - 18h45			installation en salle à manger	Coupure
18h45 - 19h00			soupe	
19h00 - 19h15				
19h15 - 19h30			repas SAM, chambres	
19h30 - 19h45				
19h45 - 20h00			débarasser plateaux avec ASH	
20h00 - 20h15			coucher	
20h15 - 20h30			changes	
20h30 - 20h45			fermer les volets	
20h45 - 21h00				
21h00 - 21h15				Transmissions écrites Netsoins
21h15 - 21h30				Transmissions inter-équipes

REPRENDRE AUX DIVERS APPELS : SONNETTES, TELEPHONE

N.B. la traçabilité des soins est à réaliser au fur et à mesure de la réalisation des soins

Les assistantes de soins en gérontologies affectées au PASA effectuent chacune 1 toilette d'un de leurs résidents

DAVID

Arnaud

Décembre 2014

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

**L'ORGANISATION DU TRAVAIL EN EHPAD :
UN OUTIL MANAGERIAL POUR LE DIRECTEUR**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Master 2 « Analyse et Management des Etablissements de Santé », Université Paris 7, Denis Diderot

Résumé :

L'organisation du travail est un point clé pour le fonctionnement optimal d'un EHPAD. Elle renvoie à des notions de qualité de prise en charge des résidents et de bien-être des équipes au travail. Sa conception peut être rapide pour autant, sa mise en place est souvent délicate.

Cette étude aborde l'organisation du travail effective à la Résidence Léonce BAJART de Caudry. Une organisation sous forme de « Panoramiques » existe depuis 2006. Pourtant, les soignants se plaignent d'un manque cruel de personnel pour accomplir les tâches quotidiennes. Tous les postes budgétés étant pourvus, il faut rapidement orienter le sens de ce travail en termes d'organisation du travail des soignants. Cette étude reprend la globalité du processus d'une organisation de travail en détaillant les différentes étapes nécessaires à sa co-construction avec les équipes.

L'organisation du travail s'avère être un véritable outil de management pour le directeur, de sa conception, à son évolution dynamique, en collaboration étroite avec le cadre de santé ou l'infirmier/ière coordinateur/trice.

Mots clés :

Organisation du travail – Etablissement pour personnes âgées dépendantes – Directeur – Cadre de santé – Encadrement - Charge de travail – Travail d'équipe – Management -

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.