



**CONDUIRE L'AMÉLIORATION DES SERVICES RENDUS AUX  
USAGERS PAR LA PREVENTION DES RISQUES  
PSYCHOSOCIAUX EN EHPAD.**

*Hélène REVILLON*

**2014**

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Mes remerciements vont tout d'abord, à mon directeur de mémoire, Monsieur Lionel Julienne que je remercie pour son investissement et ses précieux conseils donnés tout au long de la réalisation de mon mémoire.

Je remercie également, le directeur et l'ensemble du personnel des « Jardins d'Iris » pour l'accueil chaleureux qu'ils m'ont réservé, leur investissement et leurs contributions par leurs expériences et témoignages à ce mémoire.

Je remercie également les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les infirmiers de l'EHPAD qui par leurs précieux témoignages ont enrichi ce mémoire.+

Enfin, je remercie ma famille, mon mari et ma fille qui contribuent à la réussite de mon projet professionnel, par leur patience et leur soutien pendant ces deux années d'étude.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Présentation du contexte .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Les politiques publiques qui régissent le secteur des EHPAD.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Le cadre légal du droit du travail : la responsabilité de l'employeur.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Le travail, ses risques et ses conséquences en France.....</b>	<b>6</b>
1.3.1 La notion de travail en France. ....	7
1.3.2 Le stress .....	7
1.3.3 Les risques psychosociaux (RPS). ....	8
1.3.4 Qualités de services rendus : L'éthique et la qualité .....	13
<b>1.4 Les spécificités des EHPAD. ....</b>	<b>14</b>
1.4.1 Un public particulier.....	15
1.4.2 Vieillir avec la dépendance et la démence.....	16
1.4.3 Des facteurs de risques professionnels connus.....	20
<b>2 Les « Jardins d'Iris » : ses constats et ses difficultés.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Présentation de la structure les « Jardins d'Iris ».....</b>	<b>23</b>
2.1.1 Présentation générale : .....	23
2.1.2 Présentation des personnels et de l'organisation.....	25
2.1.3 Le projet d'établissement.....	28
2.1.4 Les partenaires : Une inscription dans le réseau gérontologique, sanitaire et social.....	29
<b>2.2 Présentation de la spécificité du public des « Jardins d'Iris ».....</b>	<b>31</b>
2.2.1 Un niveau de dépendance important. ....	31
2.2.2 Une population atteinte de poly-pathologies. ....	33
2.2.3 Une population vulnérable.....	34
<b>2.3 Les problèmes identifiés.....</b>	<b>34</b>
2.3.1 Un absentéisme important.....	35
2.3.2 Un turnover mettant en difficulté la prise en charge.....	38
<b>2.4 Les enjeux pour l'établissement. ....</b>	<b>40</b>
2.4.1 Les enjeux pour la direction.....	40
2.4.2 Les enjeux pour les usagers.....	43
2.4.3 Les enjeux salariaux.....	44

<b>2.5</b>	<b>L'observation des conditions de travail au « Jardin d'Iris »</b> .....	<b>45</b>
2.5.1	Analyse psychosociale : .....	45
2.5.2	Analyse ergonomique : .....	46
<b>2.6</b>	<b>Problématisation : La nécessité d'une évaluation des RPS</b> .....	<b>48</b>
<b>3</b>	<b>Plan d'action : la mise en place d'une prévention de RPS</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1</b>	<b>Vérification des hypothèses : La réalisation d'enquêtes</b> .....	<b>51</b>
3.1.1	L'enquête réalisée auprès de la direction .....	51
3.1.2	Enquête réalisée auprès des salariés .....	53
3.1.3	Synthèse : vérification des hypothèses .....	64
<b>3.2</b>	<b>Définir le plan d'action</b> .....	<b>65</b>
3.2.1	Les parties prenantes au projet.....	65
3.2.2	Mise en place du comité de pilotage .....	65
<b>3.3</b>	<b>Mise en place des actions</b> .....	<b>66</b>
3.3.1	La réorganisation du temps des toilettes .....	67
3.3.2	Accompagnement des familles .....	68
3.3.3	Accueil et intégration des nouveaux salariés.....	69
3.3.4	Les salariés sur le plan individuel et collectif .....	70
<b>3.4</b>	<b>Les stratégies d'actions du directeur pour prévenir les RPS</b> .....	<b>72</b>
3.4.1	La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences : la question de la fidélisation. ....	72
3.4.2	Intégrer les équipes dans la conception du nouveau projet d'établissement. .	73
3.4.3	Actualiser, modifier le document unique (DU). ....	74
3.4.4	Un management valorisant. ....	74
3.4.5	La communication au sein de la structure. ....	75
3.4.6	L'accompagnement au changement. ....	76
<b>3.5</b>	<b>L'évaluation</b> .....	<b>77</b>
	<b>Conclusion</b> .....	<b>79</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources.

AMP : Aide Médico-Psychologique.

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

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance.

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux.

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie.

APL : Aide Personnalisée au Logement.

ARAGP : Association Rhône-Alpes de Gérontologie Psychanalytique.

ARS : Agence Régionale de Santé.

AS : Aide-Soignant.

ASH : Agent de Services d'Hébergement.

AT : Accident de Travail.

CDD : Contrat à Durée Déterminée.

CDI : Contrat à Durée Indéterminée.

CHSCT: Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

DIRECCTE: Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

DP : Délégué du Personnel.

DU : Document Unique.

DUER : Document Unique d'Evaluation des Risques.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

ETP : Equivalent Temps Plein.

EVS : European Values Study.

FEDOSAD : Fédération Dijonnaise des Œuvres Sociales de l'Agglomération Dijonnaise.

GIR : Groupe Iso Ressources.

GMP : Gir Moyen Pondéré.

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmier.

INRS: Institut National de Recherche et de Sécurité.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

PRAPAD : Plateforme de Répit pour les Aidants de Personnes âgées de l'Agglomération Dijonnaise.

RPS : Risques PsychoSociaux.

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques.

TPC : Troubles Psycho Comportementaux.

## Introduction

Dans un secteur en expansion en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie, les EHPAD sont confrontés à des bouleversements importants.

Selon une estimation de l'INSEE, en 2030 la France atteindra 15.6 millions de personnes âgées de plus de 65 ans, soit une augmentation de plus de 58.9% par rapport au chiffre de 2004. Le nombre de personnes âgées dépendantes devrait progresser de 50% entre 2000 et 2040.

L'augmentation de l'espérance de vie engendre souvent des pathologies lourdes (démences, maladies cardio-vasculaires, neurologiques...) chez les personnes âgées qui rendent souvent difficile voire impossible un maintien à domicile. On assiste ainsi à une augmentation des demandes de prise en charge de personnes âgées de plus en plus dépendantes, ce qui expose le personnel à des risques professionnels importants tels que les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou les risques psychosociaux (RPS). Les TMS peuvent être évités en partie par le recours à des outils ou des techniques spécifiques, tandis que la gestion des risques psychosociaux est plus difficile à pallier. En effet, elle ne se limite pas à l'achat de matériels ou à l'acquisition de techniques.

Dans un contexte de restructuration du milieu médico-social, les salariés sont confrontés à un surcroît d'activités lié à l'augmentation de la dépendance et des soins, et à la pénurie de personnels, à des exigences de plus en plus fortes en termes de disponibilité et d'adaptation face aux normes qualités, certifications et aux protocoles imposés qui ne laissent plus place à l'autonomie et à la prise d'initiative. A cela s'ajoute un décalage entre la prescription et le travail réel qui donne le sentiment d'une impossibilité à bien faire son travail et à un défaut de reconnaissance du métier par les collègues, les responsables et même les usagers.

Ces conditions de travail difficiles engendrent une « crise de la professionnalisation »<sup>1</sup> qui s'identifie par un discours sur la souffrance, le surmenage, l'épuisement ou le stress professionnel.

*« Cette perte d'identité professionnelle peut se comprendre sous une dimension culturelle et relationnelle où le jeu complexe des rôles soumet les soignants à différents conditionnements culturels les amenant à des façonnements culturels qu'ils n'ont pas choisis, étouffant la culture de métier qui ne trouve plus d'espace de mise en débat du travail ni de légitimation technique et symbolique dans l'acte professionnel accompli »<sup>2</sup>.*

---

<sup>1</sup> *Les cahiers de l'actif-388/389*, « Le personnel moteur du changement », p 211.

<sup>2</sup> Safy-Godineau F., 2013, « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion », *La nouvelle revue du travail*, <http://nrt.revues.org/1042>.

Ce malaise est à la naissance même de comportements dysfonctionnels comme l'absentéisme, le désengagement, la baisse de qualité et les départs prématurés, qui ont des conséquences sur les établissements.

Infirmière de formation travaillant en CHU (Centre hospitalier Universitaire), je travaille en équipe dans différents services, ce qui me permet d'entendre les plaintes et revendications du personnel soignant sur l'intensification du travail, l'écart croissant entre le travail rêvé et le travail réalisé qui a finalement des conséquences lourdes sur le plan psychique pour les soignants.

Lors de mon stage CAFDES, le directeur de l'EHPAD, m'a interpellé sur les difficultés des soignants à prendre en charge une population très dépendantes créant ainsi des problèmes d'absentéisme et de « turnover » difficiles à résoudre pour la direction et mettant en péril le bon fonctionnement de l'établissement.

Aujourd'hui directrice d'EHPAD, touchée par les difficultés identifiées précédemment, mon interrogation se porte sur les origines du mal-être du personnel soignant et de leurs conséquences. Quels en sont les facteurs ? En quoi l'accueil de résidents « lourds » peut-il avoir un impact sur le personnel ? Y-a-t-il des risques psychosociaux et lesquels ? Les salariés sont-ils stressés ? Quelles sont les conséquences sur l'établissement et les usagers ? Comment y faire face ?

Dans une première partie, j'aborderai cette étude d'un point de vue général : je vous présenterai le contexte du secteur des EHPAD sur le plan des politiques publiques et sur la spécificité du public accueilli. Puis, je définirai des concepts centraux pour notre réflexion comme les risques psychosociaux, le stress et la notion de travail en France.

Dans une seconde partie, je recentrerai ma démarche sur l'EHPAD « les Jardins d'Iris », il s'agira de présenter la structure, son organisation, la particularité de son public et les problèmes rencontrés. De cette étude pratique seront issues ma problématique et mes hypothèses associées.

Dans une dernière partie, je vous proposerai mon plan d'action pour mettre en place une prévention des risques psychosociaux et ainsi améliorer les conditions de travail des salariés dont j'ai la charge.

# 1 Présentation du contexte

## 1.1 Les politiques publiques qui régissent le secteur des EHPAD

Dès la fin des années 80, dans un contexte de contraintes financières, les acteurs politiques et économiques introduisent de nouveaux impératifs au secteur social et médicosocial : efficience, rentabilité et rationalité deviennent maître mot.

Depuis une quinzaine d'années, ce secteur est en mutation. Ainsi, l'évolution des politiques publiques notamment par l'adoption de différentes lois comme la loi 2002-2 portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale et la loi HPST de 2009 vont marquer les EHPAD et vont déterminer leurs évolutions, leurs reconfigurations et leurs pratiques managériales.

Ils vont alors être soumis à une logique d'entreprise avec l'application de notions comme la rationalisation, la rentabilité, l'évaluation et la qualité, mettant les pratiques professionnelles en question.

Dans un contexte d'évolution de la population vers un vieillissement et une dépendance plus accentuée, les politiques publiques décident de privilégier la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées par **la loi 2001-647 du 20 Juillet 2001 : L'APA** (Allocation personnalisée d'autonomie).

L'APA s'adresse aux personnes qui ont besoin d'être aidées pour accomplir les actes de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite d'être surveillé régulièrement. La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie des demandeurs.

Les politiques publiques redéfinissent ensuite les pratiques des EHPAD et rappellent les droits des usagers par la loi 2002-2 du 2 Janvier 2002.

- **La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale va redéfinir l'action sociale et médico-sociale. Son ambition est affichée par son étendue :  
« *L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir [...] l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir des exclusions et à en corriger les effets* »<sup>3</sup>. Ainsi, cette loi a pour objet d'aménager les pratiques des établissements autour de projets individualisés des personnes accueillies et vise à renforcer la protection des publics en mettant l'utilisateur au « cœur du dispositif ».

---

<sup>3</sup> CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Loi 2002-2, article L 116-1 du code de l'action sociale et des familles du 3 janvier 2002. [visité le 15.12.2013], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>.

Elle proclame ainsi de nouveaux droits tels l'accès à toute information concernant l'utilisateur sur sa prise en charge et la conception de son projet d'accompagnement individualisé.

Ainsi, la loi précise un certain nombre de modalités d'exercice des droits de l'utilisateur comme :

- la charte des droits et des libertés de la personne accueillie,
- le livret d'accueil,
- le règlement de fonctionnement,
- le contrat de séjour,
- le projet d'accompagnement individualisé,
- le projet d'établissement fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation,
- la participation à des « conseils de la vie sociale ».

Cette loi permet d'améliorer la qualité des prestations par une évaluation régulière des établissements (évaluation interne et externe) et la maîtrise des dépenses engagées dans le secteur.

Ensuite, dans un objectif d'efficience et d'efficacité du système de santé, les politiques publiques prodiguent la loi du 21 Juillet 2009.

- **La loi 2009-879 du 21 juillet 2009<sup>4</sup>** portant la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a pour objet d'unifier et de renforcer la cohérence du pilotage territorial, à améliorer l'efficacité et accroître l'efficience du système de santé.

Dans le cadre de la réorganisation des services de l'état, l'Agence régionale de Santé (ARS) est créée le 1<sup>er</sup> Avril 2010. Elle est compétente sur le champ hospitalier, la médecine de ville, la santé publique mais aussi sur le secteur médico-social. Ainsi, elle introduit un schéma régional d'organisation médico-sociale qui veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale.

Cette loi modifie aussi les modalités de création, de transformation ou d'extension des établissements par la mise en place d'une procédure d'appel à projet.

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) est créée par cette même loi pour aider les établissements du secteur à améliorer le service rendu et à maîtriser les dépenses.

---

<sup>4</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dernière modification 25.05.2013. [visité le 25.08.2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>.

- **Le plan Alzheimer 2008-2012<sup>5</sup>.**

Essentiellement lié au vieillissement de la population et à l'allongement de la durée de vie, le nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées augmente et devrait encore progresser ces prochaines années.

350 000 personnes bénéficient d'une prise en charge pour ces pathologies et font de celles-ci un enjeu majeur de santé publique.

De nombreux plans Alzheimer se sont succédés depuis 2000, mais c'est en 2007 que la prise en charge de cette pathologie devient une grande cause nationale.

Les grandes orientations du plan Alzheimer 2008-2012 présentées le 21 septembre 2007 à l'occasion de la Journée mondiale de la maladie d'Alzheimer portent notamment sur :

- le renforcement de la dimension éthique de la prise en charge de la maladie,
- le développement de la recherche médicale,
- la simplification et l'amélioration du parcours du malade et de sa famille, dans toutes ses dimensions, l'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer d'apparition précoce (environ 10.000 nouveaux malades, chaque année, âgés de moins de 60 ans).

Ainsi, nous pouvons remarquer que l'état a mis en place une vraie politique face au vieillissement de la population, que ce soit par une aide financière pour les personnes âgées dépendantes, l'affirmation des droits des usagers en EHPAD, la réorganisation du secteur ou l'instauration de plan Alzheimer.

Mais la prise en compte des besoins des personnes âgées dépendantes ne s'est pas faite au détriment du personnel soignant : le droit du travail a réaffirmé les obligations de l'employeur.

## **1.2 Le cadre légal du droit du travail : la responsabilité de l'employeur**

La responsabilité de l'employeur notamment en matière de risques sanitaires est réaffirmée par la loi n°911414 du 31 décembre 1991<sup>6</sup> qui énonce les principes généraux de prévention.

---

<sup>5</sup> AZ L'ENGAGEMENT DE TOUS. Qu'est-ce-que le plan Alzheimer 2008-2012 ? [12.02.2014], disponible sur internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-la-maladie-d-alzheimer-.html>

<sup>6</sup> CODE DU TRAVAIL ET LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. LOI no 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail. Journal officiel, n°5 du 7 janvier 1992, [visité le 12.08.2013], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&dateTexte=&categorieLien=id>

Le décret du 5 novembre 2001, demande d'évaluer ces risques également dans un document unique par unité de travail.

L'article 121.3 du code pénal punit l'auteur d'un manquement à une obligation de prudence ou de sécurité compte tenu de sa fonction du pouvoir et du moyen dont il dispose. Deux arrêts de 2002 de la Cour de cassation créent en outre pour l'employeur en matière civile une obligation de sécurité et de résultats.

Suite à l'arrêt du 28 février 2002, la Cour de cassation a fait de la sécurité une obligation de résultat à la charge de l'employeur, dont le non-respect constitue une faute inexcusable. La Haute Cour a encore alourdi l'obligation de l'employeur par un arrêt du 31 octobre 2002. Désormais, sa responsabilité peut être engagée même si sa faute n'est pas la cause directe du dommage.

La loi n°2002-73 du 17 Janvier 2002, sur la modernisation sociale, intègre la dimension mentale dans la prévention sanitaire dont traite l'article L 4121-1 du code du travail.

En 2002, la commission Européenne a lancé une consultation des partenaires sociaux sur le stress et ses conséquences sur la santé au travail, conformément à l'accord du 8 Octobre 2004.

Cependant les risques psychosociaux dont le stress comme tout autre risque doit être évalué dans le cadre du décret du 5 Novembre 2001.

En effet, l'employeur prend et met en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ainsi, inscrire les risques psychosociaux dans le document unique est une obligation réglementaire.

D'autres résolutions ont vu le jour, comme le rapport sur « le bien-être et l'efficacité au travail » du 17 février 2010 qui dégage des propositions constitutives<sup>7</sup> des bases du plan Santé au travail II. Ce plan vise une politique de prévention plus active contre l'ensemble des risques, dont les RPS.

Dans le cadre des lois précédemment citées, la direction d'un EHPAD a l'obligation légale de prendre en compte les risques physiques mais aussi mentaux du travail effectué par ses employés.

### **1.3 Le travail, ses risques et ses conséquences en France.**

Ces risques sont à rattacher à la vision que les Français ont du travail mais aussi à ce que celui-ci engendre d'un point de vue psychologique et social, à savoir le stress et les risques psychosociaux.

---

<sup>7</sup> Cf ANNEXE 1 : « Dix propositions pour le bien-être et l'efficacité au travail ».

### 1.3.1 La notion de travail en France.

En France, l'attachement au travail se renforce et les français pensent que « *le travail est nécessaire au développement personnel* », mais paradoxalement « *1 Français sur 2 s'estime stressé et dit ressentir les rythmes imposés et/ou un manque de reconnaissance au regard de l'implication déployée* »<sup>8</sup>.

D'après une enquête européenne EVS (European Values Study) de 1999, les Français sont 65% à souhaiter que « le travail occupe moins de place dans leur vie ».

«*Ce sont la mauvaise qualité des relations sociales et les mauvaises conditions de travail qui pousseraient les Français à accorder moins de place au travail dans leur vie. Puisque le travail ne répond pas à leurs attentes, ils souhaitent réduire sa place* »<sup>9</sup>.

Yves Clos insiste sur la nécessité de mettre en discussion le travail afin de redonner aux salariés « un pouvoir d'agir », garant de leur bonne santé et de relations sociales apaisées. Il affirme que le travail devrait s'appuyer sur les « Ressources Psychologiques et Sociales »<sup>10</sup> (RPS) du métier, et non sur la gestion des risques psychosociaux dont la source est le stress.

Le terme de RPS induit donc la question du stress mais aussi de la violence interne (harcèlement moral, harcèlement sexuel, violence entre salariés..) et des violences externes (exercées par des personnes extérieures à la structure à l'encontre des salariés, comme les familles).

### 1.3.2 Le stress

Les accords des partenaires sociaux en matière de stress (juillet 2008) et de violence au travail (mars 2010), reconnaissent le caractère plurifactoriel des risques psychosociaux (RPS) qui caractérise l'organisation du travail et les relations interindividuelles.

Il existe 2 situations de stress :

- le stress aigu : quand une personne doit faire face à un événement ponctuel,
- le stress chronique : lorsque cette situation est durable.

Le stress, entraîne des dysfonctionnements dans la structure et a des effets néfastes sur la santé des salariés.

Le stress serait à l'origine d'une tension, d'un paradoxe. En effet, selon l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail de Bilbao, « *un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre*

---

<sup>8</sup> VALLERY G., LEDUC.S, 2012, *Les risques psychosociaux*, édition Puf, collection Que sais-je ? , pages5/126.

<sup>9</sup> MEDA D., 2011, *Travail : la révolution nécessaire*, édition de l'Aube, page 37/95.

<sup>10</sup> CLOS Y., 2010, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, édition La découverte, collection « cahiers libres », page 111/190.

*psychologique, les effets du stress ne sont pas, eux, uniquement de même nature. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité».*

Pour Yves Clos, la définition du stress comme « un trouble de l'adaptation » est discutable, puisque « *c'est très souvent l'organisation qui manque de ressources pour répondre aux demandes des opérateurs de pouvoir travailler correctement* »<sup>11</sup>.

Ainsi, la santé psychique ne se construit pas individuellement, elle se bâtit par la relation aux autres, par la reconnaissance et la possibilité d'échanges avec ses collègues, la hiérarchie. Elle passe par une relation de travail saine et par le soutien de tous.<sup>12</sup>

Les RPS sont donc des risques professionnels liés aux conditions de travail, aux contraintes de l'activité, à l'organisation du travail.

Une démarche de prévention ne consiste pas à chercher des « coupables » ou à « juger » des organisations de travail, mais à identifier des contraintes et des ressources à mobiliser. Toute démarche de prévention efficace passe donc par une analyse approfondie des situations de travail, menée avec les salariés concernés.

### 1.3.3 Les risques psychosociaux (RPS).

#### A) Des risques professionnels aux risques psychosociaux.

Le risque est défini comme « *la possibilité, la probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage. C'est un danger, un inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé* »<sup>13</sup>.

**Le risque désigne ainsi un éventuel préjudice ou dommage portant atteinte à une personne, un bien ou un environnement.**<sup>14</sup>

« *Dans l'approche classique de la prévention de la santé et de la sécurité au travail, le terme « risque » est étroitement lié à celui de danger* »<sup>15</sup>. En effet, lors de la démarche de l'évaluation des risques professionnels, différentes catégories de risques (risques de chutes, risques électriques..) caractérisent des dangers spécifiques, des dommages à

---

<sup>11</sup>CLOS Y., 2010, Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, édition La découverte, collection « cahiers libres », page 111/190.

<sup>12</sup> DIRECCTE ALPE COTE D'AZUR. Santé et sécurité au travail. La prévention en action. [03.07.2013], disponible sur internet : [http://www.sante-securite-paca.org/risques\\_prevention/risques\\_psychosociaux/index.php](http://www.sante-securite-paca.org/risques_prevention/risques_psychosociaux/index.php)

<sup>13</sup> Définition [17.09.2013] disponible sur internet : [www.Larousse.fr](http://www.Larousse.fr).

<sup>14</sup> DESROCHES A., BAUDRIN D., DADOUN M., 2009, *L'analyse préliminaire des risques*, Paris : édition Lavoisier.

<sup>15</sup> VALERY G., LEDUC S., Juin 2012, *Les risques psychosociaux*, collection Que sais-je ?, édition Puf, page 28.

autrui et/ou des facteurs de risques. Ceux-ci, vont donc se répercuter sur l'état de santé de la personne (hypertension artérielle, dépression, conduites addictives...).

Les RPS sont des risques professionnels à part entière et ils doivent figurer dans le document unique d'évaluation des risques (DUER).

Dans le cas des RPS, le risque se définit différemment : « ***c'est la probabilité d'altération de l'état de santé, physique ou mentale, en lien avec l'environnement socioprofessionnel*** »<sup>16</sup>.

Le psychosocial se définit comme étant « *Relatif à la psychologie sociale* »<sup>17</sup>.

D'après Allport GW, « *la psychologie sociale consiste à essayer de comprendre et d'expliquer comment les pensées, sentiments et comportements des individus, sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres* »<sup>18</sup>.

D'après Moscovici S « *la psychologie sociale est la science du conflit entre l'individu et la société.* », et « *la psychologie sociale est la science des phénomènes de l'idéologie (cognitions et représentations sociales) et des phénomènes de communication* »<sup>19</sup>.

La question des risques psychosociaux (RPS) relève d'une étiologie complexe. Aujourd'hui, en France, ils ne sont définis, ni juridiquement, ni statistiquement. Ils se situent entre l'individu et sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial.

Les risques psychosociaux font référence aux « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* »<sup>20</sup>.

Les RPS sont souvent synonymes d'une sensation de mal-être au travail ou d'un ressenti négatif de certaines situations de travail.

Ainsi un contexte de surcharge de travail, des contraintes excessives de temps, engendrent pour les salariés une perte de repères, des difficultés à trouver du sens au travail, des conflits de valeurs.

---

<sup>16</sup> VALERY G., LEDUC S., Juin 2012, Les risques psychosociaux, collection Que sais-je ?, édition Puf, page 29.

<sup>17</sup> Définition [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr).

<sup>18</sup> ALLPORT, G. W., 1954, *The historical background of modern social psychology*, édition G. Lindzey & E. Aronson, The Handbook of Social Psychology.

<sup>19</sup> MOSCOVICI, S. 1984. *Psychologie Sociale*, Paris : Presses Universitaires de France.

<sup>20</sup> Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, mars 2011, « Mesurer les facteurs de risques psychosociaux au travail », , page 31.

## B) Les manifestations et les conséquences des RPS

Les R.P.S. comptent plusieurs manifestations :

- **Le stress professionnel** qui se manifeste lors d'exigence au travail (complexité des tâches, demande psychologique, charge mentale, etc.), d'un degré d'autonomie dans le travail faible, d'un manque de soutien dans l'équipe,
- **le mal-être au travail** : qui est un état émotionnel pouvant aller jusqu'à la souffrance pathologique, qui survient dans un contexte organisationnel et relationnel difficile,
- **la souffrance au travail** : qui se traduit par une douleur physique ou mentale liée à une situation de travail. Selon Christophe DEJOURS, cette souffrance peut conduire à une dégradation de la santé quand elle n'est pas compensée par des formes de reconnaissance,
- **le harcèlement moral** : qui renvoie à une définition juridique stipulant qu'aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ( articles L.1152-1 à 3 du Code du Travail)<sup>21</sup>.

Les conséquences des risques psychosociaux sur les salariés :

Les RPS ont des conséquences néfastes pour la santé des salariés et la performance des structures.

Le stress et les risques psychosociaux sont à l'origine de troubles sur le plan psychologique, avec un impact plus ou moins grave sur le plan physique comme la fatigue, l'épuisement jusqu'au burnout, les troubles du sommeil, les maladies psychiques, la dépression, les troubles du comportement, les différentes formes d'addictions, les maladies cardiaques, les TMS (Troubles Musculo squelettiques) et dans les cas les plus graves les suicides.

Pour les établissements, ces troubles peuvent se traduire par du désengagement au travail, un absentéisme accru ou des conflits entre les personnes.

## C) La prévention des risques psychosociaux

La mise en place d'une prévention des RPS repose sur différents types de mesure selon le niveau de prévention visée.

La prévention primaire qui consiste à **adapter le travail à l'homme** en agissant sur les causes présentes dans l'organisation du travail, en les réduisant ou en les éliminant (les rythmes et horaires de travail, les relations professionnelles, les moyens de travail...).

---

<sup>21</sup> CODE DU TRAVAIL. CHAPITRE II HARCELEMENT MORAL, article L.1152-1 à 3 du Code du Travail, [01.05.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006177845&cidTexte=LEGITEXT000006072050>.

La prévention secondaire qui repose sur **l'adaptation de l'homme au travail** en lui donnant les moyens de faire face aux facteurs de RPS (gestion individuelle du stress, maîtrise des émotions).

La prévention tertiaire qui s'efforce **d'apporter une aide** aux travailleurs présentant des altérations de la santé liées aux RPS.

#### D) Les étapes de la mise en place d'une prévention de RPS

La mise en place d'une prévention RPS demande plusieurs étapes qui permettront dans un premier temps d'évaluer les facteurs de RPS et d'établir les modalités de conception et de mise en œuvre.

Etape 1 : Evaluer les facteurs de RPS en utilisant l'outil « Faire le point » avec la direction et l'enquête sur les salariés « karasek ».

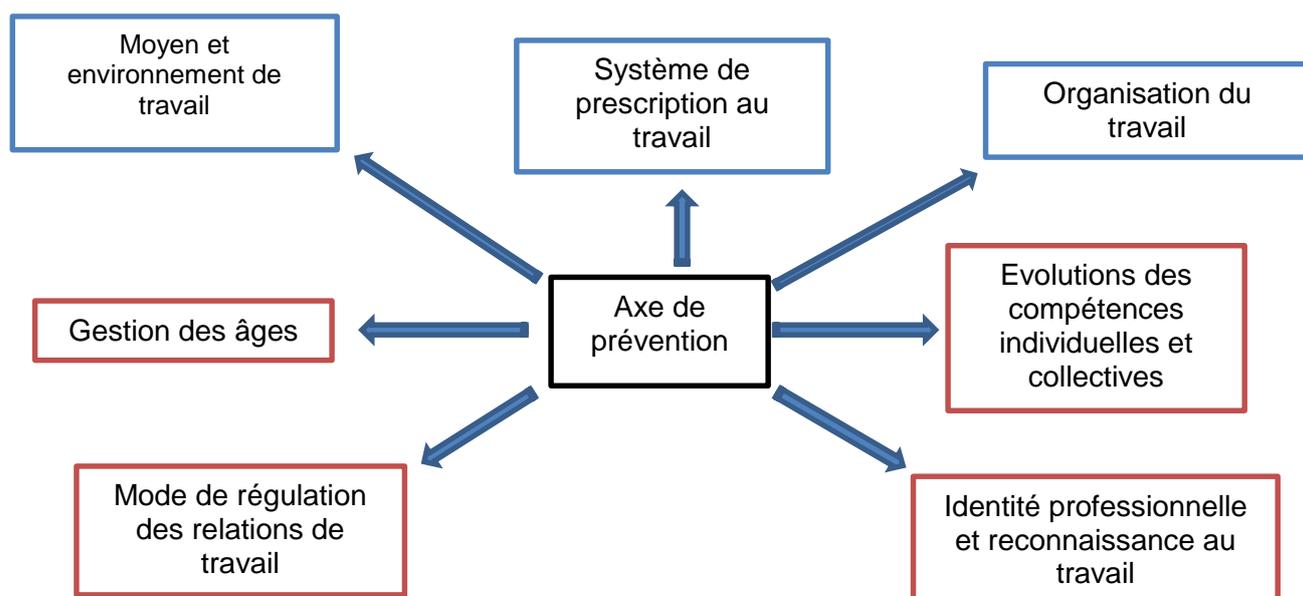
Etape 2 : Constituer le groupe de travail formé de volontaires et de salariés issus de métiers ou de fonctions différentes et de définir sa mission.

Etape 3 : Intégrer le résultat de l'évaluation des RPS dans le DUER et programmer les actions de prévention.

#### E) Les champs d'action

Les champs d'action dans la prévention des RPS empruntent différentes voies comme le montre le schéma ci-dessous. Ainsi, 2 axes principaux de travail peuvent être empruntés :

- Les conditions de travail et de son organisation (en bleu sur le schéma),
- le travailleur sur le plan individuel et collectif (en rouge sur le schéma).



Ces axes de prévention reposent sur l'animation de groupes de travail, associant des aides-soignants et AMP, qui vont contribuer à construire des solutions et alimenter le plan d'action.

Un climat institutionnel qui favorise l'expérience et la reconnaissance permet aux salariés d'agir dans un univers où ils peuvent exercer et promouvoir leurs compétences et où ils ont le sentiment de participer à une culture institutionnelle et d'équipe.

Afin d'apprécier dans le temps l'évolution de l'exposition des salariés aux RPS, des indicateurs sont définis comme les indicateurs de la gestion des ressources humaines (absentéisme, turnover, mouvements sociaux...), du service de santé au travail (accidents du travail, maladies professionnelles, sur engagement, démotivation, fatigue...) et du fonctionnement de la structure (relations avec les familles, retour sur la prise en charge de qualité des usagers).

#### F) Les enjeux d'une prévention des RPS.

Les enjeux de la mise en place d'une prévention de RPS concernent la direction, l'encadrement et surtout les salariés.

Direction	Encadrement	Salariés
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Climat social apaisé.</li> <li>➤ Qualité de service.</li> <li>➤ Engagement renouvelé des salariés :</li> <li>• Fidélisation du personnel</li> <li>• Compréhension du système de contraintes vécu par les salariés.</li> <li>• Meilleure connaissance du travail tel qu'il se fait réellement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapprochement du terrain, notamment par le biais d'une remontée d'informations «réelles ».</li> <li>• Reconnaissance du travail réalisé par l'encadrement</li> <li>• Valorisation des fonctions d'encadrement.</li> <li>• Climat social de l'équipe.</li> <li>• Climat social entre encadrants.</li> <li>• Meilleure adéquation entre les objectifs fixés à l'encadrement et les moyens alloués.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echanges sur ce qui fait l'intérêt et les difficultés du travail.</li> <li>• Collectif de travail renouvelé ou renforcé.</li> <li>• Valorisation du travail réalisé</li> <li>• Compréhension du projet d'établissement.</li> <li>• Meilleure adéquation entre les objectifs fixés et les moyens alloués.</li> <li>• Possibilité de retrouver une maîtrise de son travail et de ses conditions de réalisation.</li> </ul>

Comment permettre une qualité des services rendus aux usagers avec des salariés stressés, démotivés, et/ou en usure professionnelle ? La question de la qualité et de l'éthique se pose pour permettre une qualité des services rendus aux usagers, tout en permettant aux salariés ce « pouvoir d'agir » au travail.

### 1.3.4 Qualités de services rendus : L'éthique et la qualité

L'éthique vient du grec *ethikos*, qui « concerne les mœurs » et qui est défini comme la relation à la vie et aux exigences, la manière de concevoir le « vivre ensemble », le rapport à soi et aux autres<sup>22</sup>.

Il n'y a pas de logique « zéro défaut », mais plutôt une adaptation aux besoins et une efficacité des réponses. C'est donc l'éthique qui irrigue la qualité et non l'inverse.

La qualité se situe donc sur l'amélioration du service rendu et sur la valorisation de l'ensemble des outils d'information, de communication et de restitution.

Le comportement éthique et les bonnes pratiques sont définis dans le cadre de l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux).

Celle-ci a produit un document de référence sur le questionnement éthique dans les établissements qui a pour utilité de prévenir les risques de maltraitance mais aussi pour favoriser la communication et les coopérations entre les professionnels.

#### Les recommandations de l'ANESM

*« Les missions de l'ANESM sont directement issues des obligations faites aux EHPAD qui sont tenues de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. Les évaluations se conduisent, selon l'article L 312-8 du CASF, notamment au regard des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques validées ou élaborées par l'Agence »<sup>23</sup>.*

Les établissements doivent demander tous les 15 ans aux autorités publiques ( ARS et Conseil Général) le renouvellement de leur autorisation d'exploitation après avoir effectué une évaluation interne suivie d'une évaluation externe par un organisme autorisé par les instances tutélaires.

Ce renouvellement d'autorisation est indépendant des conventions tripartites qui déterminent les montant des dotations attribuées selon les objectifs des établissements. Ces conventions (ARS pour les soins, Conseil Général du département pour la dépendance, et l'établissement) sont signées pour 5 ans.

Enfin, depuis 2008, l'ANESM a élaboré 7 programmes de recommandations de bonnes pratiques :

- les fondamentaux (le questionnement éthique et la bientraitance)
- les relations avec la famille et les proches,
- l'expression et la participation,
- les points de vigilance et la prévention des risques,

---

<sup>22</sup> Définition d'éthique. [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr).

<sup>23</sup> ANESM. Recommandations publiées. [08.08.2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article677&var\\_mode=calcul](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article677&var_mode=calcul).

- le soutien aux professionnels,
- les relations avec l'environnement,
- la qualité de vie.

Cette recommandation de bonnes pratiques professionnelles s'inscrit dans le cadre de l'objectif 9 du Plan Métiers de février 2008.

Le questionnement éthique est parfois difficile à appréhender pour les professionnels du secteur social et médico-social et il est nécessaire d'aborder ces différents domaines, en particulier :

- le droit des usagers,
- la bientraitance ou la prévention de la maltraitance,
- la démarche qualité ou l'évaluation.

Ainsi, les recommandations de l'ANESM comme « le questionnement éthique et la bientraitance » sont des réponses aidantes pour les salariés et permettent d'améliorer la qualité de services rendus.

La « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées » permet aux salariés des pratiques professionnelles adaptées, différenciées et bien traitantes.

Les objectifs sont donc de faciliter la prise de fonction des personnels, l'exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur médico-social, et de contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaires des usagers accompagnés ainsi qu'à la prévention des risques professionnels.

Ainsi la qualité de services rendue dépend de l'état psychologique du salarié. Si celui-ci est stressé, en risques psychosociaux, il ne pourra donner un travail de qualité, ce qui peut avoir de graves répercussions sur les résidents.

Le devoir d'éthique et de qualité imposé aux EHPAD engendre donc pour l'équipe dirigeante l'obligation de prendre en compte la prévention des risques psychosociaux, d'autant plus si l'on considère leurs spécificités.

#### **1.4 Les spécificités des EHPAD.**

Pour appréhender les risques psychosociaux et leurs conséquences pour les salariés des EHPAD, il convient de prendre en compte les caractéristiques de leur public, à savoir leur âge, leur niveau de dépendance et leur état de santé.

#### 1.4.1 Un public particulier.

Les EHPAD accueillent des personnes de plus de 60 ans, atteintes de dépendance qui peut aller jusqu'au confinement au lit. Le niveau de dépendance en France est évalué par le GMP qui est en moyenne de 620<sup>24</sup>.

A cette dépendance s'ajoutent diverses maladies que l'équipe médicale prend en charge.

- Les pathologies liées à l'âge : (liste non exhaustive)
  - les pathologies ostéo-articulaires diminuant la mobilité,
  - les pathologies cardiovasculaires,
  - les pathologies neuro sensitives (cécité, surdité, équilibre),
  - les pathologies néoplasiques,
  - les pathologies neurodégénératives (démences, Maladie de Parkinson...) et psychiatriques.
  
- Les pathologies neuropsychiatriques ont une place importante par leur fréquence et leur difficulté de prise en charge.
  - Les syndromes démentiels, (dont le plus connu est celui de la maladie d'Alzheimer). Les EHPAD possèdent souvent une petite unité spécifique adaptée aux besoins des patients atteints de cette maladie. Ces résidents présentent des déficiences du comportement, des déficiences du langage ou de la parole qui rendent difficile l'expression de leurs affects. Certains présentent d'ailleurs un contexte psychologique « opposant », vraisemblablement lié en partie à ces difficultés de communication.  
Enfin, ils présentent également des troubles de la déglutition qui majorent leur risque de « fausse route » et leur risque de dénutrition.
  - Les  tats dépressifs, la dénutrition souvent symptomatique de ces  tats dépressifs est particulièrement surveillée.

L'accompagnement des résidents souffrant de la maladie de type Alzheimer (ou analogue) est un défi majeur pour les équipes en EHPAD qui se doivent de leur apporter une attention toute particulière en matière de prise en soins.

Ces pathologies nécessitent des soins et des traitements qui requièrent un c t élevé. Ainsi, le surc t entrainé par ces soins spécifiques est compris dans le tarif soins (couvert par l'assurance maladie) et le tarif dépendance qui entre en compte dans le loyer mensuel. Souvent insuffisamment financés, malgré les efforts récents fait par les pouvoirs publics, ces soins se réalisent en exerçant une pression supplémentaire sur le personnel en le

---

<sup>24</sup> KGPM. Observatoire des EHPAD 2012, [01.02.2014], disponible sur internet : <http://www.kpmpg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EPHAD-2012.pdf>.

confrontant à une tension affective et émotionnelle importante liée à la souffrance, la déchéance physique et mentale et à la mort.

Le risque pour ces salariés exposés à ce contexte de travail est l'épuisement physique et psychologique qui peut les conduire à une maltraitance involontaire.

#### 1.4.2 Vieillir avec la dépendance et la démence.

De la vieillesse Montaigne écrit « *qu'elle nous attache plus de rides à l'esprit qu'au visage* ». Nous pourrions nous réjouir d'avoir « gagné » la possibilité de vivre plus longtemps, et en être fière, mais malheureusement, avec cet allongement de la durée de la vie, les pathologies du vieillissement se sont multipliées ainsi que les fins de vie de plus en plus difficiles<sup>25</sup>.

Outre les pathologies du vieillissement liées à l'usure du corps, la vieillesse, pour certains d'entre nous est synonyme de dépendance et de démence.

##### A) La dépendance.

Selon les hypothèses retenues dans les projections de population de l'Insee, la population des 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040, pour atteindre plus d'un million de personnes. Ainsi, on estime qu'en 2040, 1 200 000 personnes seront dépendantes contre 800 000 actuellement<sup>26</sup>.

Définie comme « *l'incapacité à accomplir seul les tâches de la vie quotidienne ou le besoin de surveillance permanente la dépendance est fortement liée à l'âge et concerne plus particulièrement le grand âge ou quatrième âge, qui désigne les personnes de 85 ans et plus* ». <sup>27</sup> La grille AGGIR est un outil pour mesurer la dépendance, elle est fondée sur l'observation des activités quotidiennes qu'effectue seule la personne âgée<sup>28</sup>.

- La mesure de la dépendance :

La grille AGGIR classe les personnes âgées en 6 niveaux de perte d'autonomie à partir d'une évaluation de leurs capacités à effectuer ou non les gestes de la vie quotidienne.

En établissement, la mesure de la dépendance est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou, à défaut, de tout médecin conventionné.

L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites " discriminantes ", sont utilisées pour le calcul du

---

<sup>25</sup> VILLA F., *les effets du temps*, 27/01/1996, 12<sup>ème</sup> journée d'étude de l'ARAGP Lyon 8<sup>ème</sup>, Paris : ARAGP, 1996,33 pages.

<sup>26</sup> Cf. ANNEXE 2 : L'évolution de la dépendance en France.

<sup>27</sup> LE BIHAN Blanche, Entretien réalisé en mai 2011, « Faut-il se méfier d'une définition simpliste de la notion d'âge ? », [12.05.2014]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000018-la-dependance-des-personnes-agees-quels-defis-pour-la-france/questions-a-blanche-le-bihan>.

<sup>28</sup> Cf. ANNEXE 3: Exemple de grille AGGIR.

GIR : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements internes, externes et la communication.

- Le calcul de la perte d'autonomie : GIR et GMP

Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les personnes en fonction des différents stades de perte d'autonomie. Ces 6 GIR permettent de classer les personnes des plus dépendantes (GIR 1) aux moins dépendantes, voire non-dépendantes (GIR 6). A chaque niveau de GIR correspond un certain nombre de points (GIR 1 : 1000 à GIR 6 : 70). Le GIR moyen pondéré (GMP) pour un établissement est égal au total des points GIR de ses résidents rapporté au nombre total de ses résidents.

Plus le niveau de dépendance des résidents est important, plus le GMP de l'établissement est élevé ce qui implique une charge de travail éprouvante pour les équipes soignantes.

De plus, pour chaque GIR correspond un temps de travail requis en soins de base:<sup>29</sup>

- GIR 1            3 H 50/24 H
- GIR 2            3 H 15/24 H
- GIR 3            2 H 30/24 H
- GIR 4            1 h 35/24 H
- GIR 5            1H mn/24 H
- GIR 6            15 mn/24

- Le modèle PATHOS

Ce modèle est un outil pour évaluer les niveaux de soins nécessaires. Il évalue ainsi les soins médicotchniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement. Le niveau de soins, pour les professionnels, correspond au temps requis près du malade.

Afin de mieux prendre en compte la charge réelle en besoin de soins pesant sur les EHPAD, l'outil PATHOS a été instauré comme un outil de tarification à côté de la grille AGGIR. Ainsi, le GMPS (GIR Moyen Pondéré Soins) associe le GMP, qui mesure la perte d'autonomie, au PMP, qui mesure la charge en soins médicotchniques.

Cette « pathossification » met fin à toute logique forfaitaire qui serait uniquement basée sur la dépendance et indépendante de la lourdeur de la pathologie des résidents.

---

<sup>29</sup> VETEL J-M., Mars 2011, « Comment analyser les données de PATHOS et AGGIR ? », [02.08.2014], [http://www.cnsa.fr/article.php?id\\_article=837&var\\_vetel](http://www.cnsa.fr/article.php?id_article=837&var_vetel).

Les points obtenus par l'addition du GMP et du PMP multipliés par le nombre de lits et la valeur du point fixée par décret permettent de calculer le GMPS ou « tarif plafond » de l'établissement ( $GMPS = GMP + (PMP \times 2,59)$ ).

Ainsi, la charge de travail des soignants correspondent à la lourdeur des pathologies des résidents, facilement calculable par le GIR et le pathos.

## **B) La démence**

Aujourd'hui, la démence est un terme péjoratif, il est remplacé progressivement par les troubles cognitifs. Il mérite une brève étude supplémentaire vue sa fréquence dans les EHPAD (plus de 70%) et surtout la pénibilité de la prise en charge qu'il engendre.

La démence est définie comme une « *altération progressive de la mémoire et de l'idéation suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie quotidienne, apparue depuis au moins 6 mois et avec la présence d'au moins un trouble suivant : langage, calcul, jugement, altération de la pensée abstraite, praxies, gnosies ou modification de la personnalité. C'est donc une définition large qui ne suppose pas une détérioration intellectuelle importante mais une dégradation par rapport à l'état antérieur et une gêne dans la vie quotidienne.* »<sup>30</sup>.

Actuellement la démence concerne de 5 à 20% des plus de 65 ans, et de 20 à 50% des plus de 80 ans.

La cause de cette démence est le plus souvent la maladie d'Alzheimer, mais il existe différentes maladies dites démentielles dont l'étiologie est diverse.

- Démences secondaires (15 à 20%) : hématome sous dural chronique, tumeur, Alcoololo-carentielle, causes inflammatoires et infectieuses,
- démences séquellaires (1 à 5%) : anoxie cérébrale, traumatisme crânien,
- démences vasculaires (15 à 20%) : infarctus cérébraux répétés,
- démences dégénératives (60 à 70%) : maladie d'Alzheimer, corps de Levy, maladie de Parkinson, maladie de Pick...

Le diagnostic repose sur l'association de troubles mnésiques (la mémoire ancienne est plus longtemps conservée), de troubles des fonctions exécutives et d'un syndrome aphaso-apraxo-agnosique. Rappelons la définition de ces termes :

- l'aphasie : manque de mots puis petit à petit manque de vocabulaire, de compréhension verbale responsable d'un discours pauvre, incompréhensible pouvant aboutir au mutisme total,

---

<sup>30</sup> OMS, « Définition de l'OMS dans sa classification internationale des maladies » (10ème édition), [03.07.2014], disponible sur internet : [www.alzheimer-adna.com](http://www.alzheimer-adna.com).

- l'apraxie : incapacités à « faire », à accomplir des actes de la vie quotidiennes comme s'habiller, se nourrir, se brosser les dents...
- l'agnosie : incapacité de « connaître », reconnaître des amis ou des proches, des lieux ou des objets usuels.
- la fonction exécutive : capacité à anticiper, faire des projets, calculer les risques, juger...).

Ces troubles s'installent progressivement, insidieusement entraînant une perturbation du fonctionnement individuel et social, **la personne n'arrive plus à s'adapter aux nouvelles situations.**

La maladie d'Alzheimer est le modèle de démence le plus connu se définit comme une « *maladie de dégénérescence progressive du cerveau, qui constitue la cause de sénilité chez les personnes âgées* ». <sup>31</sup>

Cette maladie évolue progressivement sur 10 à 15 ans. Elle oblige à partir d'un certain stade à un placement en institution car le maintien à domicile s'avère dangereux pour le malade et/ ou son entourage.

La maladie est diagnostiquée par différents examens médicaux (IRM, dosage de marqueurs biologiques) et par des tests psychométriques (Test de Folstein, Test de Dubois...)

Ces tests permettent non seulement de diagnostiquer la maladie mais aussi d'évaluer son stade. L'évolution de cette affection est presque toujours marquée par la survenue de troubles psycho comportementaux (TPC) qui participent à la difficulté de la prise en charge de ces personnes et retentissent sur la pénibilité du travail des soignants.

Les principaux TPC sont l'agitation motrice, la déambulation, les cris, le refus des soins, les troubles caractériels, le refus alimentaire, l'agressivité, ou au contraire l'apathie, le mutisme. La démence est donc l'une des causes principales de la dépendance des personnes âgées dans le monde. « ***Elle est particulièrement éprouvante, non seulement pour les malades, mais aussi pour les personnes qui prodiguent les soins et pour les familles. La démence est une réalité méconnue et suscite l'incompréhension, ce qui engendre une stigmatisation et des obstacles au diagnostic et aux soins*** » <sup>32</sup>.

#### L'évaluation du retentissement des TPC sur les soignants

Le NPIE –ES : Inventaire Neuropsychiatrique pour équipe Soignante.

Le but de cet inventaire est de recueillir des informations sur la présence de troubles du comportement chez les personnes souffrants de démence. Cet outil d'évaluation a été

---

<sup>31</sup> Définition de la maladie d'Alzheimer, [02.07.2014], disponible sur internet : [www.dictionnairemediadico.com](http://www.dictionnairemediadico.com).

<sup>32</sup> OMS, « La démence », Aide-mémoire N°362, Avril 2012, [03.08.2014], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>

développé pour évaluer les personnes vivant en institution. Il se base sur les réponses de l'équipe impliquée dans la prise en charge du résident (soignant référent).

Les troubles du comportement sont évalués suivant leur fréquence et leur gravité mais aussi suivant le retentissement sur le soignant (augmentation de charge de travail, perturbation sur le plan émotionnel ou psychologique).

Les outils de calculs de la dépendance et les symptômes de la démence mettent en exergue la lourdeur que peut constituer l'accompagnement des résidents en EHPAD pour les soignants. Ces conditions de travail difficiles – engendrées par le type de patients et le fonctionnement propre du type de structure – sont étudiées et connues depuis plusieurs années.

### 1.4.3 Des facteurs de risques professionnels connus

Les équipes font face à des exigences professionnelles qui peuvent peser lourd sur le quotidien et ils sont ainsi confrontés à :

- Des exigences émotionnelles importantes :
  - o La proximité de « fins de vie » qui se traduit par la multitude de décès génère parfois un sentiment d'impuissance et d'échec, voire de culpabilité,
  - o les relations fluctuantes avec les résidents qui sont tantôt attachants et faciles, tantôt difficiles et conflictuels,
  - o les relations conflictuelles avec les familles qui provoquent un manque de considération des salariés par le résident et/ ou par les familles,
  - o les agressions physiques (coups, morsures, griffures, projections d'objets...) dans les TPC.
- Des contraintes dans les horaires de travail qui peuvent constituer un frein d'une vie sociale et familiale épanouissante: temps partiels, horaires décalés, travail de nuit, jours fériés, week-end...
- des difficultés à concilier les exigences déontologiques et les exigences administratives (toujours plus vite avec moins de moyens...),
- un niveau d'encadrement du résident parfois insuffisant : manque de moyens matériels, manque de formations du personnel...
- un risque de maltraitance : l'excès de stress peut engendrer parfois chez le personnel des formes de négligences voir de maltraitance (difficultés de rentrer en relation avec le dément, impatience énervement...)
- une insatisfaction du travail effectué par les aides-soignants qui peuvent considérer leur rôle comme peu enrichissant et par les infirmières qui se plaignent d'un manque de technicité dans les soins.

Cette étude générale du contexte politique, juridique et social de la prise en charge du vieillissement de la population a permis de souligner l'implication de l'Etat . Que cela soit par l'instauration d'aides financières, la réorganisation des structures sociales et médico-sociales, les droits des usagers ou le placement de la maladie d'Alzheimer au cœur de ses préoccupations, l'Etat fait face à l'évolution de la population française vers la grande dépendance. En outre, la législation du droit du travail reconnaît les difficultés physiques et mentales du salarié et impose l'obligation de la prise en compte des risques professionnels par la prévention. Dans le secteur des EHPAD, la prise en charge de personnes âgées dépendantes et souvent atteintes de démences engendre des risques psychosociaux. Les outils de mesure de la dépendance et de la démence permettent de déterminer le temps nécessaire aux soins mais ne calculent pas la charge émotionnelle et psychologique que ce travail impose aux soignants. Ces risques psychosociaux peuvent être lourds de conséquences non seulement pour le personnel soignant, mais aussi pour les résidents et le bon fonctionnement de l'établissement. L'étude détaillée du fonctionnement et de l'organisation de l'EHPAD « Les jardins d'Iris » nous permettra d'esquisser les difficultés rencontrées.



## 2 Les « Jardins d'Iris » : ses constats et ses difficultés.

### 2.1 Présentation de la structure les « Jardins d'Iris ».

#### 2.1.1 Présentation générale :

Située à dix km au nord de Dijon, dans un petit village de quatre cents habitants, la structure bénéficie d'un environnement agréable et d'une vue imprenable sur les collines environnantes.

L'établissement de statut privé et commercial accueille soixante-dix résidents en hébergement permanent dont trois habilités à l'aide sociale et dispose de dix lits d'hébergement temporaire. L'autorisation est donc de quatre-vingt lits.

L'accès à l'établissement est sécurisé par un portail à code et un sas également codé.

La conception des espaces traduit la spécificité de l'établissement. Etant orienté vers la prise en charge des personnes âgées très dépendantes physiquement et psychologiquement, il est conçu afin de gérer des niveaux de prise en charge différents.

Il est donc réparti en huit petites unités comportant chacune dix chambres, une pièce de vie type « cantou » et une structure technique.

Ces unités sont réparties de la manière suivante :

- Cinq unités sont destinées aux personnes souffrant de troubles démentiels,
- deux unités pour les résidents présentant des troubles neurologiques invalidants avec une dépendance physique importante,
- une unité spécialisée pour l'accueil temporaire.

#### Histoire et valeurs

Les « Jardins d'Iris » est une structure récente, ouverte en décembre 2006. Cet établissement a été créé par un groupe de personnes issues du milieu médical ayant la volonté d'améliorer la prise en charge des personnes âgées très dépendantes.

En effet, le constat de l'évolution de la population vers la grande dépendance et le refus d'accompagnement de ce type de personnes âgées atteintes de poly pathologies par beaucoup d'EHPAD a encouragé les gestionnaires à créer un établissement « lieu de vie » pouvant délivrer des soins spécifiques. Le directeur général actuel de la structure est un membre du secteur médical spécialisé en gériatrie.

Entre 2007 et 2013 les « Jardins d'Iris » ont ainsi relevé le défi de son inscription dans le paysage gérontologique local en se positionnant sur l'accompagnement des personnes âgées en GIR 1, 2 et 3 avec des besoins importants en soin. Le séjour peut être permanent ou temporaire.

Les missions de l'établissement sont déclinées autour de quatre axes majeurs :

- **le respect de la personne accueillie** : il est mis en place dès la décision d'entrée en établissement, par la participation à ce projet par un accueil personnalisé et lors

de la réalisation du projet de vie individualisé, mais aussi grâce à la personnalisation de la chambre et à l'évaluation de la satisfaction des résidents...

- **Le bien-être physique et moral** : il est organisé par un accueil attentionné, un lieu de vie agréable, une restauration adaptée, une qualité des soins, une politique de prévention des risques et des activités récréatives, des thérapies variées grâce à une collaboration entre les équipes médicales, paramédicales, à un personnel compétent et bienveillant et aussi grâce à une atmosphère familiale rassurante.
- **Le maintien de l'autonomie** est l'une des priorités de l'établissement : un cadre de vie adapté, une aide apportée au quotidien sans « sur-assister » les personnes, un kinésithérapeute et un professionnel des APA interviennent de manière quotidienne dans l'établissement.
- **La préservation de la vie sociale et l'ouverture vers l'extérieur** : il est important de privilégier une ouverture vers le monde extérieur et de favoriser ainsi un programme d'activités varié et stimulant. Les échanges intergénérationnels et l'accompagnement des familles en font partie.

#### Capacité d'agrément

L'EHPAD accueille des personnes de plus de soixante ans dépendantes, seules ou en couple. L'âge moyen des résidents de l'EHPAD est de 87 ans. L'établissement dispose de trois places pour l'aide sociale.

L'EHPAD compte à ce jour soixante-dix-sept résidents, son autorisation est de quatre-vingt résidents.

L'activité annuelle est stabilisée à 96% de taux d'occupation, étant ainsi similaire à la moyenne nationale.

En 2013, l'établissement a accueilli 139 personnes. Ce chiffre élevé est essentiellement dû au secteur temporaire qui se développe rapidement. Trente personnes ont ainsi séjourné de manière temporaire, en retournant soit à leur domicile soit dans une autre structure, tandis que trente-deux personnes âgées sont décédées dans la structure, deux sont décédées en hospitalisation. L'établissement a connu cette année de nombreux décès liés aux pathologies graves et à l'âge avancé des résidents. Un accompagnement de fin de vie a été mis en place avec l'aide de la psychologue et l'équipe de soins palliatifs du secteur.

- L'établissement accueille des personnes âgées dépendantes dont 99% souffrent de troubles cognitifs souvent accompagnés de troubles du comportement. Le GIR et le pathos permettent de montrer le niveau de dépendance et les soins nécessaires à cette population spécifique. Le Gir Moyen Pondéré (GMP) est à 836 et le PMP (Pathos moyen pondéré) est à 326, ce chiffre fut officiellement validé en novembre 2013.

L'établissement de trouve donc à la limite d'une classification dans la catégorie USLD (Unité de soins de longue durée).

### 2.1.2 Présentation des personnels et de l'organisation.

La qualité de l'accueil et la prise en considération de la personne accueillie dans son ensemble (pathologies, besoin d'aide dans les gestes de la vie quotidienne, goûts, préférences alimentaires, relations avec l'entourage...) sont des éléments indispensables à une bonne adaptation dans l'institution. L'équipe est constituée d'une équipe d'hébergement, paramédicale et d'une équipe médicale. En 2013 le taux d'encadrement est de 0.66, ce qui est dans la moyenne nationale, au vue du GMP de la structure.

#### A) Une équipe « hébergement ».

Cette équipe est constituée d'une responsable hébergement, d'une équipe de 16 ASH , d'une animatrice spécialisée (musicothérapeute) ,de deux personnes affectées à la restauration .

L'animation est un moment important d'échange, de communication et de lien social. C'est aussi un élément important dans la prise en charge des thérapeutiques non médicamenteuses des affections cognitives

#### B) Une équipe paramédicale.

Constituée de sept infirmier et de vingt-huit aides-soignants les soins sont assurés 24h/24h et nécessite une organisation journalière qui se répartit de la manière suivante :

#### Service de jour :

Horaires des deux infirmiers en journée: 7h/18h ou 10h/21h

Horaires des aides-soignants et aides-médico-psychologiques :

- 07h00/14h30 (8 le matin)
- 13h40/21h00 (2 le soir)
- 07h30-12h30/14h45-20h15 (2 de journées)

#### Service de nuit :

Les horaires pour l'équipe de nuit sont de 21h à 7h et sont composées de 2 aides-soignants et un infirmier.

Ces horaires sont effectués par roulement d'équipe :

1<sup>er</sup> roulement : lundi/ mardi/ samedi/ dimanche : 21h à 7h

2<sup>ème</sup> roulement : mercredi / jeudi / vendredi : 21h à 7h

Ces horaires ont été élaborés à la demande des personnels afin de s'adapter au mieux au rythme de leur vie familiale.

### Les missions des aides-soignants et des aides médico-psychologiques (AMP) :

Les aides-soignants ont un rôle primordial dans l'EHPAD, puisque leurs principales missions consistent à aider les résidents dans les actes de la vie quotidienne, à savoir les soins de nursing et la prise des repas. Ils participent activement au maintien de l'autonomie des personnes âgées mais ils ont aussi un rôle de transmission des informations relatives aux soins et aux habitudes de vie des résidents à leurs collègues. Ces soignants détiennent des informations importantes sur l'évolution de l'état de santé et ont un rôle d'alerte auprès des infirmiers et des médecins.

Les aides-soignants consacrent un temps important aux temps de toilettes le matin en y consacrant 4h30 environ. L'après-midi est plus axée sur l'aide à l'hygiène, à l'animation et à la mobilité (temps de promenade).

Les AMP ont plus un rôle dans le soutien psychologique, mais de fait en EHPAD ces deux fonctions sont assez proches.

### Les infirmiers<sup>33</sup> :

Outre le fait d'assurer la surveillance clinique et de faire face aux urgences, leurs missions sont très variées. En effet, ils effectuent des actes techniques (pansements, perfusions, sondes, prises de sang) et des actes administratifs comme le suivi de dossier (rendez-vous vers les spécialistes, prescriptions médicales...) mais ils jouent aussi un rôle important dans le relationnel avec les familles et les résidents.

### Les référents résidents :

Les infirmiers et aides-soignants sont répartis par secteur. Chaque infirmier est référent des quarante résidents de son secteur et un aide-soignant est nommé référent pour chaque résident rentrant au sein de la structure.

### L'infirmière coordonnatrice:

Elle a un rôle de coordination, de recherche, d'encadrement et d'animation du personnel soignant. Elle participe à l'évaluation préalable relative à l'admission des futurs résidents avec le médecin et est en relation avec les familles de l'admission à la fin du séjour.

Elle assure la gestion des plannings des équipes de soins et encadre les stagiaires.

Elle est responsable de l'organisation des soins, de l'application des prescriptions médicales et de la gestion administrative du service de soins.

---

<sup>33</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE ; Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Journal Officiel n°40 du 16 février 2002, texte n° 18, [03.09.2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=&ca>.

### **C) Une équipe médicale**

Aux vues des soins apportés, un médecin est présent tous les matins du lundi au vendredi et un tour de garde est assuré les week-ends.

Le médecin coordonnateur (0.1 ETP actuellement, 0.5 ETP espéré pour la prochaine convention tripartite).

Son rôle est défini par l'arrêté du 26 avril 1999, ses missions sont définies par l'article D312-158 de la Loi du 2 Janvier 2002 du Code de l'Action Sociale et des Familles, modifié par le Décret n° 2007-547 du 1<sup>er</sup> Avril 2007.

Il émet un avis sur les admissions, fait un premier bilan de la perte d'autonomie et des besoins en soins. Il est en lien avec l'équipe soignante et participe à l'élaboration du projet personnalisé et de son suivi en veillant à la mise en place et à la bonne tenue des dossiers médicaux et paramédicaux. Il assure l'information des résidents et / ou de leur représentant légal sur leur état de santé, les traitements et régime prescrits en référence au respect des droits des malades fixé par la Loi du 4 Mars 2002.

#### Les médecins traitants (0.8 ETP)

Actuellement au nombre de trois, ils assurent la permanence médicale quotidienne au sein de l'établissement, y compris les week-ends ainsi qu'une permanence téléphonique pour l'équipe soignante qui peut, si nécessaire bénéficier de conseils en cas de problème médical. Ils assurent la fonction de médecin traitant pour chacun des résidents en toute indépendance conformément au Code de déontologie médicale. Le résident et / ou sa famille effectuent le choix du médecin traitant parmi ceux de l'établissement lors de la signature du contrat de séjour.

#### La psychologue (0.4 ETP)

Son temps de travail est divisé en 3 parties :

- elle effectue une psychothérapie auprès des résidents et réalise des tests psychotechniques. Elle participe au projet de vie et de soins par le biais de l'élaboration du programme de psycho-stimulation ainsi que les ateliers mémoires. Elle effectue les tests psychométriques pour le diagnostic et le suivi des pathologies neuro psychologiques,
- elle apporte du soutien au personnel dans les difficultés relationnelles avec les résidents et les familles. Tout salarié peut la rencontrer sur la base du volontariat,
- et elle accompagne les familles.

### Professionnel APA (Activités Physiques Adaptées) : 0.4 ETP

C'est un professionnel organisant des activités physiques réalisées en fonction des capacités de la personne.

Ces activités sont dispensées auprès des personnes en situation de handicap et/ou vieillissantes, atteintes de maladie chronique ou en difficulté sociale dans le but d'une prévention, d'une rééducation, d'une réadaptation, d'une réhabilitation, d'éducation et/ou de participation sociale. Ces activités sont réalisées principalement dans un but de prévention des risques de chutes (maintien de l'équilibre et moteur) mais aussi dans un rôle de rééducation, de participation sociale.

#### **D) Les intervenants libéraux :**

Un kinésithérapeute est chargé d'exécuter des actes de rééducation sur prescription médicale.

Un orthophoniste, un dentiste, une dermatologue, et un ergothérapeute interviennent de façon libérale au sein de la structure.

#### **2.1.3 Le projet d'établissement.**

Pour l'ANESM : « *le projet est une dynamique tant sur le processus de production qui associe les parties prenantes que par la mise en œuvre qui stimule les équipes. Produit et diffusé, c'est un document de référence pour les équipes et l'ensemble des destinataires. C'est un document évolutif car suivi et révisé régulièrement.* »<sup>34</sup>

Il définit la politique générale de l'établissement et contient les axes prioritaires du projet de vie et du projet de soin. Ces deux projets seront étudiés séparément mais il est évident qu'ils sont très interdépendants l'un de l'autre et ce d'autant plus que la dépendance des personnes âgées accueillies est grande. Ce projet d'établissement a été réalisé en 2007, il est en cours de réactualisation.

#### **A) Le projet de vie.**

Préserver la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution, en les considérant d'abord comme des êtres à part entière, c'est leur permettre de conserver leur autonomie, leur personnalité, leur histoire et des liens sociaux.

Ainsi les objectifs visés pour la personne sont multiples : préserver son autonomie dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, préserver ses fonctions cognitives (en particulier l'orientation dans l'espace et dans le temps), augmenter la quantité d'interactions

---

<sup>34</sup> ANESM, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2010, «Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » Projet d'établissement, [03.05.2014], disponible sur internet : <http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco-projet-etablissement-anesm.pdf>.

sociales, la qualité des relations familiales en favorisant la visite des proches, améliorer l'image et la perception que la personne a d'elle-même en lui montrant qu'elle garde une place dans la vie de ses proches et dans la vie de l'établissement. Il s'agit d'une démarche de « renarcicisation » très importante en psycho-gérontologie.

#### **B) Le projet de soin.**

Le projet de soin précise les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents ainsi que des modalités de coordination des divers intervenants. Il est à noter que l'organisation spécifique de cette structure avec le statut de salarié des médecins modifie sensiblement l'organisation des soins et donc le projet de soins. Le projet de soin est conduit suivant trois grands axes : la prévention, le dépistage précoce, et la prise en charge des maladies.

La prévention consiste à contrôler les vaccinations, prévenir de la dénutrition, des chutes, des incompatibilités médicamenteuses et des troubles trophiques.

Le dépistage est une phase très importante en gériatrie car le manque d'adaptation aux perturbations physiologiques survenant lors de situations d'agression fait toute la gravité des maladies. Il est donc important de dépister un certain nombre d'affections le plus tôt possible (déshydratation, syndrome infectieux, insuffisance cardiaque, douleurs, troubles de l'équilibre, syndrome confusionnel, dépressif...).

La prise en charge des maladies est effectuée selon les protocoles de soins et de surveillance définis par le médecin et selon les règles établies par la Haute Autorité de Santé (HAS). La prise en charge de la douleur, de la fin de vie, des démences et syndromes dépressifs donnent lieu à des protocoles spéciaux en relation avec les équipes soignantes et les équipes spécialisées en soins palliatifs ou géronto-psychiatrie. Tous les protocoles respectent les recommandations de la HAS.

#### **2.1.4 Les partenaires : Une inscription dans le réseau gérontologique, sanitaire et social.**

Depuis son ouverture, des conventions de partenariats ont été signées et permettent une richesse de prise en charge et le tissage de liens sociaux très importants pour nos résidents.

##### **A) Des partenariats formels avec des institutions sociales et médico-sociales et sanitaires, comme :**

- le centre hospitalier universitaire de Dijon (CHU bocage),
- le centre gériatrique du CHU (Champmaillot),
- la clinique de Fontaine-Lès-Dijon,
- l'HAD de la FEDOSAD,
- la PRAPAD (Plateforme de Répit Alzheimer pour Personnes âgées de l'Agglomération Dijonnaise),

- le centre de convalescence de Fontaine-Lès-Dijon,
- le Service de soins de suite de Messigny-les-Vantoux,
- le centre de soins palliatifs de la Mirandière (Dijon),
- les IFSI, Institut de Formation en Soins Infirmier (CHU et Croix Rouge),
- la pharmacie du point du jour à Talant et le laboratoire de biologie LRBM.

**B) Des partenariats informels comme :**

- le centre hospitalier psychiatrique (la Chartreuse à Dijon),
- des participations à des partages d'expérience avec les acteurs associatifs et gériatologiques,
- des échanges intergénérationnels avec l'école municipale (le goûter, Noël...) avec l'école de musique du village (orchestre « le petit sympho » lors de manifestations musicales).

Ces dernières années en France, le public des personnes âgées évolue vers une dépendance et des soins de plus en plus lourds. L'établissement les «Jardins d'Iris » confirme ce phénomène et en fait sa spécialité. Il se démarque des autres institutions du secteur en accueillant ces personnes démentes et poly-pathologiques qui sont souvent refusées par les autres établissements. En effet, les politiques publiques mettent tout en œuvre pour donner la possibilité aux personnes âgées de bénéficier d'aides à domicile. Le recours à l'institution se fait donc en dernière instance, lorsque les aidants naturels sont épuisés et que la personne ne peut plus rester à son domicile (car se mettant soi-même et autrui en danger).

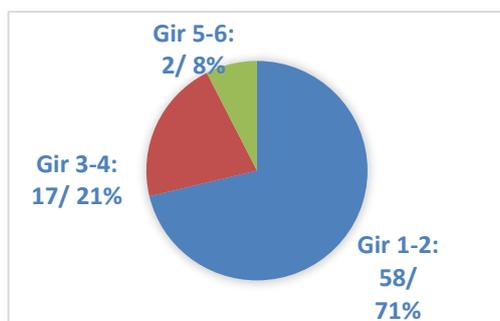
La problématique réside dans l'acceptation de personnes lourdement atteintes dans leur pathologie pour permettre une prise en charge de qualité par les EHPAD. Celles-ci ne peuvent pas les accepter car elles ont insuffisamment de personnel, ou ne savent pas comment prendre en charge ces pathologies et/ ou ce public spécifique. Bien que les institutions évoluent grâce à de petites unités Alzheimer, elles ne sont pas prêtes à accepter une si grande dépendance et charge de soins pour tous leurs résidents.

## 2.2 Présentation de la spécificité du public des « Jardins d'Iris ».

### 2.2.1 Un niveau de dépendance important.

Le tableau ci-dessous nous montre la répartition de la population en fonction du GIR et du nombre d'heures de travail requis en fonction du GIR.

Tableau de répartition des points GIR en 2012 de l'établissement « les Jardins d'Iris ».



GIR	Nbre de résidents	Nombre d'heures requis en prise en charge/jour
Gir 1 et 2	57.6	201h/j
Gir 3 et 4	17.5	35h
Gir 5 et 6	1.43	53min/j
<b>Gir 1 à 6, total</b>	<b>77</b>	<b>236 h/jour soit 33 ETP</b>

Pour évaluer le niveau de dépendance de l'établissement, il est nécessaire de faire un comparatif avec les établissements de même type et mettre ainsi en lumière la difficulté de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Tableau comparatif du niveau de dépendance en fonction des établissements en France.<sup>35</sup>

Type d'établissement	GIR 1/2	GIR 3/4	GIR 5/6
<i>EHPAD publics</i>	51%	33%	15%
<i>EHPAD associatifs</i>	47%	34%	19%
<i>EHPAD commerciaux</i>	55%	33%	12%
<b><i>EHPAD les Jardins d'Iris</i></b>	<b>75%</b>	<b>23%</b>	<b>2%</b>
<i>Moyenne</i>	<b>51%</b>	<b>33%</b>	<b>15%</b>

En France les EHPAD, de droit privé et commercial, accueillent les résidents les plus dépendants (le secteur public vient en 2ème position mais les cas les plus lourds sont placés en ULSD, ce qui fausse un peu cette classification). Comparativement avec les EHPAD de France, les « Jardins d'Iris » respecte la tendance des établissements privés lucratifs. Le niveau de dépendance moyen en France étant de 51% pour le GIR 1-2, l'établissement est largement au-dessus des normes nationales toutes catégories confondues avec un taux à 71% mais aussi au-dessus de la norme nationale des établissements commerciaux (55%).

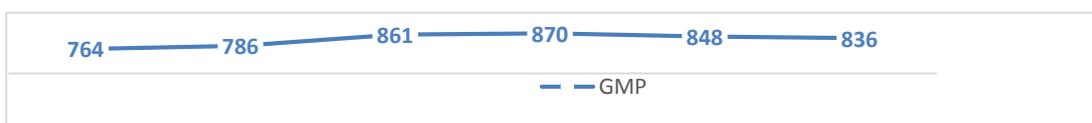
<sup>35</sup> SYNERPA, 2012 « Les EHPAD en chiffre », [30.06.2014], disponible sur internet : <http://www.synerpa.fr/content/les-interlocuteurs-politiques.html>

L'évolution du GMP depuis l'ouverture de la structure atteint un pic en 2010 pour se stabiliser à partir de 2011. Depuis quelques années, le GMP a tendance à évoluer avec le l'allongement de la durée de vie et de la dépendance.

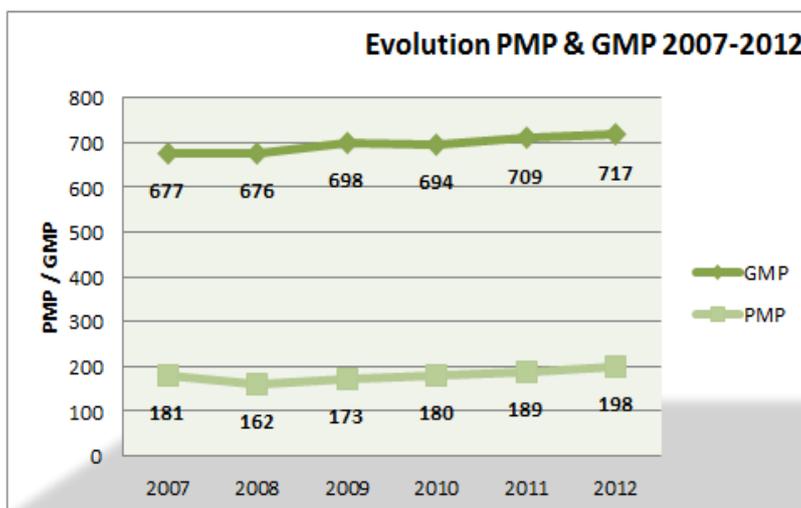
D'après l'INSEE<sup>36</sup>, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus va quasiment doubler d'ici 10 ans, passant ainsi de 1.1 millions à 2 millions. De plus, 20% de ces personnes seront amenées à vivre en EHPAD malgré le développement de l'aide à domicile.

Ce tableau présente bien la montée du GMP et donc l'évolution de la dépendance au sein de l'établissement.

<b>Années</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>GMP</b>	764	786	861	870	848	836	836



Présentation de l'évolution du PMP et du GMP au niveau national<sup>37</sup>.



Ce graphique présente l'évolution constante du niveau de dépendance et de soins au sein des EHPAD françaises entre 2007 et 2012. La dépendance des résidents mesurée au travers du GMP s'est renforcée de 6 % pendant que la charge en soins s'est alourdie de 22,2 % sur la période 2008-2012.

Comparativement avec les Jardins d'Iris sur la même période, on peut noter une évolution de la dépendance mais aussi que celle-ci est largement supérieure à la moyenne nationale

<sup>36</sup> INSEE. Septembre 2005, « Projection de la population à l'horizon de 2050 », [30.06.2014], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=projpop0550>.

<sup>37</sup> CNSA, octobre 2013 « Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation & le bilan des coupes pathos », [20.07.2014], disponible sur internet : [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Bilan\\_medicalisation\\_coupes\\_pathos\\_EHPAD\\_vf2.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Bilan_medicalisation_coupes_pathos_EHPAD_vf2.pdf).

(environ un écart de 150 points pour le GMP, et un écart de 128 points pour le pathos). Cette différence montre l'importance des soins et de la dépendance au sein de cette EHPAD qui est considérablement supérieure à la moyenne nationale.

### 2.2.2 Une population atteinte de poly-pathologies.

Soixante-dix-sept patients sont atteints de poly-pathologies, ce qui représente 687 états pathologiques. Il n'y a pas de patients sans pathologie.

Dans le tableau suivant l'ensemble des états pathologiques au sein de la structure en 2013 sont présentés.

A : Part des patients présentant au moins un état pathologique du domaine actuellement dans l'EHPAD.

Domaines	A en %
1- Cardio- vasculaire	84.29
2- Neurologie	62.86
3- Psychiatrie (dont démences)	94.29
4- Pneumologie	15.71
5- M.Infectieuses	37.14
6- Dermatologie	37.14
7- Rhumatologie	37.14
8- G. Entérologie	94.29
9- Endocrinologie	38.57
10- Uro-néphrologie	52.86
11- Hématologie	14.29
12- Cancérologie	27.14
13- Ophtalmologie	30
14- Etat grabataire	27.14

La plupart des domaines regroupe plusieurs états pathologiques distincts mais certains ne concernent qu'un état pathologique : hématologie, état grabataire, ophtalmologie, état terminal.

Ainsi, la structure accueille une population aux besoins de plus en plus lourds en termes d'accompagnement et de soins (sonde de nutrition, cancers, soins palliatifs...) nécessitant une surveillance accrue des équipes de jour et de nuit. Le Pathos est la référence en matière de temps des soins. Il atteint un niveau de 326 en 2012 contre 198 en France sur la même période ce qui nécessite un temps de soin important qui se corrobore au GMP.

### 2.2.3 Une population vulnérable

On appelle vulnérable : « *personne qui est exposée à recevoir des blessures, des coups ; ou qui est exposée aux atteintes d'une maladie, qui peut servir de cible facile aux attaques d'un ennemi* »<sup>38</sup>.

Aux vues de la spécificité des populations accueillies, l'objectif de l'établissement est de garantir aux résidents le meilleur état de santé possible compte tenu de leur âge, de leur pathologie et de leur dépendance, avec une bonne qualité de soins en curatif et une politique de prévention des risques, dans le respect des souhaits de chaque personne accueillie.

Ainsi pour la prévention des risques, il est nécessaire d'identifier les personnes vulnérables.

#### Tableau d'identification des personnes les plus vulnérables en 2013

Nombre de Gir 1	24
Nombre de résidents ayant des difficultés de communication audition et compréhension	45
Nombre de résidents confinés au fauteuil et ne se déplaçant pas seul	35
Nombre de résidents confinés au lit	2
Nombre de résidents avec une aide complète aux repas et à la boisson	14
Nombre de résidents avec une stimulation aux repas et à la boisson	20
Nombre de résidents avec troubles de la déglutition	9
Nombre de résidents avec médicaments potentiellement dangereux en cas de canicule	60
Nombre de résidents avec perfusions régulières de solutés	13

Sur les soixante-dix-sept résidents, il existe 222 états vulnérables. Ce constat accentue la surveillance des équipes de jour comme de nuit.

### 2.3 Les problèmes identifiés.

Selon le rapport d'activité 2013, l'activité reste stable par rapport à l'année 2011, avec un taux d'occupation quasiment identique. Les charges de dépendance et de soins sont restées importantes plaçant les « Jardins d'Iris » dans les établissements accueillant les personnes « lourdes » souvent refusées par les autres établissements de la région.

Le problème majeur reste celui du recrutement du personnel AS-AMP dont la pénurie persiste et qui oblige le recours aux intérimaires pour pallier à l'absentéisme. L'utilisation

---

<sup>38</sup> Dictionnaire Larousse, [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr).

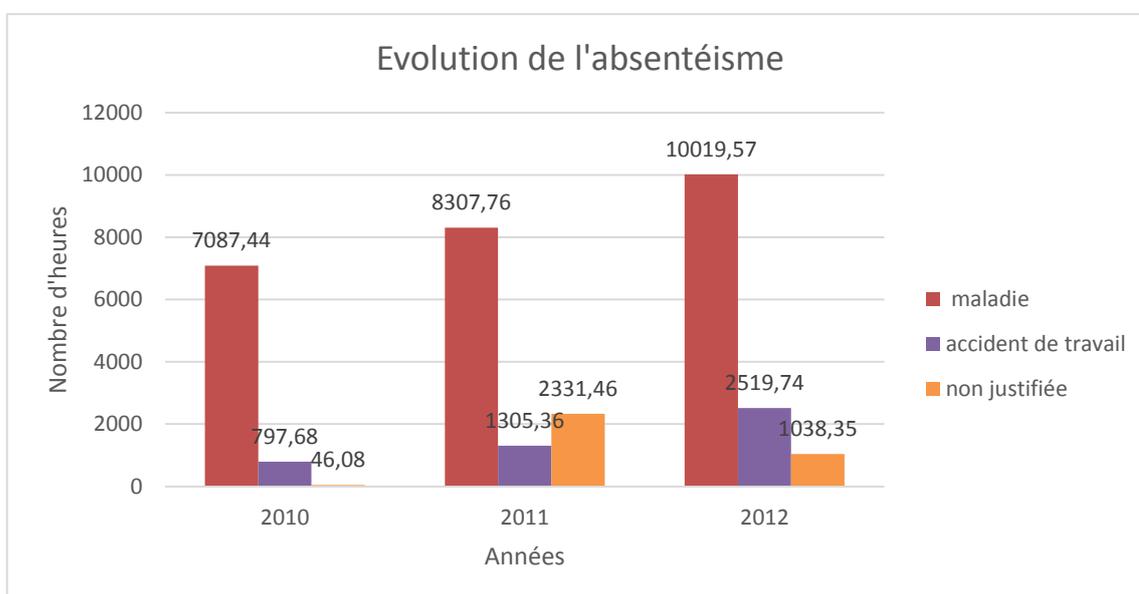
du personnel ASH en remplacement du personnel AS/AMP n'est pas pratiquée dans l'établissement. Tous les personnels AS/AMP sont ainsi diplômés.

### 2.3.1 Un absentéisme important

On entend par absentéisme « une absence régulière du lieu de travail »<sup>39</sup> ou « l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail entendus au sens large (les ambiances physiques, l'organisation du travail, la qualité de relation d'emploi, la conciliation des temps professionnels et privés..) »<sup>40</sup>. Il y a sept symptômes qui caractérisent l'absentéisme : « *la maladie et les retards, la qualité, la motivation, le stress, la dénaturation et les tensions internes, le turn over et la fuite des talents* »<sup>41</sup>.

Avec un taux d'absentéisme qui s'élève à une moyenne de 17.7% sur les trois dernières années, les « Jardins d'Iris », compte 43 jours d'arrêt par salarié et par an, ce qui est supérieur à la moyenne nationale des EHPAD (32.5 jours/an/salarié soit 10%) .

Il est important de rappeler que certaines absences ne sont pas associées à l'absentéisme comme les congés formation ou de maternité. Ainsi, pour réaliser un taux d'absentéisme pertinent, il convient de se focaliser plutôt sur les accidents et maladies professionnelles, l'arrêt maladie ou l'absence non justifiée. Le taux d'absentéisme sans les congés parentaux et les congés de formation, s'élève alors à 13.6% en 2012.



<sup>39</sup> Dictionnaire Larousse, [www.larousse.fr/dictionnaires](http://www.larousse.fr/dictionnaires).

<sup>40</sup> ANACT, « dossier absentéisme », [08.05.2014], disponible sur internet : <http://www.anact.fr/web/dossiers/pilotage-conditions-travail/absenteisme>

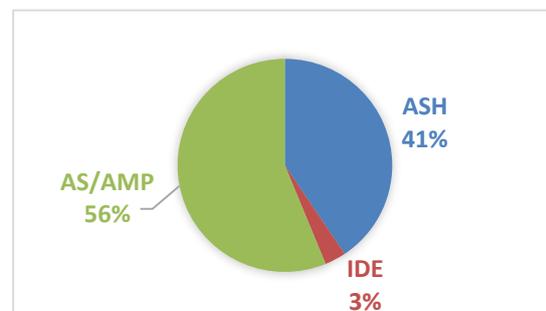
<sup>41</sup> MEULEMAN F., 2011, *Vaincre l'absentéisme*, Edition DUNOD, page 128.

Les arrêts maladies : ce taux d'absentéisme est représenté essentiellement par des arrêts maladie de courte durée sur la catégorie socio professionnelle des aides-soignants et qui est en constante évolution de 2010 à 2012 et qui a presque doublé en 2 ans.

En 2012 il y a eu 10 019 heures d'arrêt maladie dont 8 230 heures concernent les AS/AMP, les ASH et IDE.

Tableau récapitulatif des arrêts maladie par catégorie professionnelle

profession	Arrêt maladie en heures et en jours	jour par arrêt
ASH	3342h soit 477 j	13.5
IDE	263 h soit 38 j	5.3
AS/AMP	4625 soit 661 j	27.5
TOTAL	8230 h soit 1176j	15.4



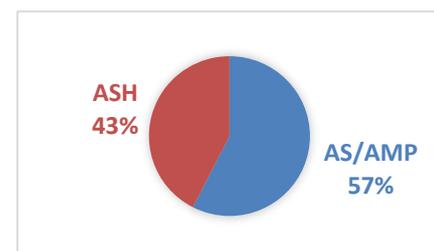
La catégorie professionnelle la plus touchée par les arrêts maladies est celle des AS/AMP avec 56.2% d'absentéisme avec une moyenne de 27.5 jours par arrêts.

Les accidents de travail (AT):

Bien que la prévention des risques musculo-squelettiques soit prise au sérieux au sein de cet EHPAD, il subsiste une nette augmentation des accidents de travail sur la même période. En effet, nous pouvons remarquer que sur deux ans, les AT ont augmenté de 1722 heures. La mise à disposition de plusieurs lèves malades, verticalisateurs et une formation sur la manutention ont permis au personnel d'adopter des techniques de manutentions appropriées à la « lourdeur » de la prise en charge. Malheureusement, certains salariés n'utilisent pas encore le matériel à disposition prenant ainsi le risque de se blesser. Depuis 2 ans, l'établissement a décidé d'équiper progressivement les chambres de rails de manutention afin de faciliter le transfert de résidents trop dépendants et ainsi réduire les risques musculo- squelettiques du personnel. Le nombre d'accidents du travail pour l'année 2012 est de 8 accidents/81 salariés (présents dans la structure sur l'année) soit 9.8% d'accidents du travail, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale (82 accidents/1000 salariés) soit 8.2%.

Tableau récapitulatif des accidents de travail par catégorie professionnelle.

Profession	Nbr d'accident	Jours d'arrêt	Jours/arrêt
AS/AMP	6	207	34.5 jours/arrêt
ASH	2	153	76.2 jours/arrêt
total	8	360	45 jours/arrêt



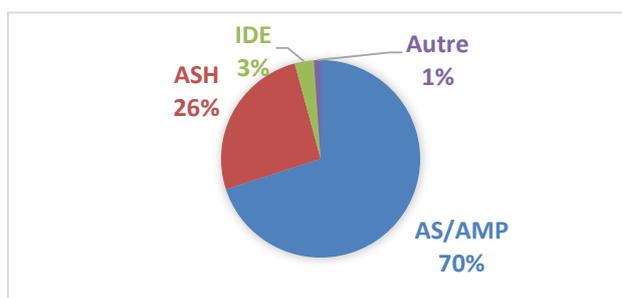
60 jours d'accident de travail concernent uniquement les professions AS/AMP et les ASH, ce qui correspond à la catégorie professionnelle ayant les tâches les plus physiques et les plus lourdes.

### Les absences non justifiées

Ces absences concernent principalement les AS/ AMP, IDE et les ASH qui s'absentent de leur travail sans raisons recevables de l'employeur. Pour l'année 2012, 148 jours sont des absences non justifiées.

Tableau récapitulatif des absences non justifiées par catégorie professionnelle en 2012

Profession	Jours absences
AS/AMP	103.6 jours
ASH	38.4 jours
IDE	4.6 jours
Autre	1.6 jours
total	148 jours



Pour faire face à ces diverses absences, le recours à l'intérim est la seule solution pour l'EHPAD. A hauteur de 7.43 ETP, la pénurie de personnel est importante si on la compare à la moyenne en France (2.17ETP d'intérimaires en 2012).

### Résumé de l'activité salariale

	2010	2011	2012	Moyenne
Production totale d'heures de travail	104 406	100 491	99 916	101 604
Production d'heures de travail intérim	15 598	9 890	13 521	13 003
Heures d'absence (maladie, AT, congé parentaux, formation...)	16 599	19 903	17 479	17 994
Heures d'absence (hors formation, congés parentaux)	7 931	11 945	13 578	11 512
Heures supplémentaires	2 502	2 054	2 258	2 271
Taux d'absentéisme général	15.9%	19.8%	17.5%	17.7%
Taux d'absentéisme (hors formation et congés parentaux)	<b>7.6%</b>	<b>11.9%</b>	<b>13.6%</b>	<b>11.33%</b>

En France, pour les EHPAD qui ont recouru à l'intérim, les salariés ont réalisé 1 928 632 heures (415 130 heures en 2011) représentant ainsi une moyenne de 3 494 heures (1 186 heures en 2011) par établissement soit en moyenne une augmentation de

1.53 ETP concernant les intérimaires (0.74 ETP en 2011). Par rapport à 2011, le nombre moyen d'heures effectuées est en très forte augmentation<sup>42</sup>.

Le recours à l'intérim amène un coût salarial supplémentaire au sein de chaque EHPAD.

En effet, au « Jardin d'Iris », pour 27.7 ETP d'AS, on compte 7.43 ETP d'intérimaire.

Le coût supplémentaire par intérimaire et par an est de 16 400 euro par personne par an, soit 121 852 euros supplémentaire par an pour la structure.

### 2.3.2 Un turnover mettant en difficulté la prise en charge

#### A) Définition

« La rotation de personnels ou « turnover » est le départ et l'entrée de personnel. Roulement des effectifs d'une entreprise. Indicateur important de la santé sociale de l'entreprise : un faible turn-over traduira une situation sociale saine alors que le contraire traduira un malaise social à résoudre. »<sup>43</sup>. De par la nécessité du maintien de la prise en charge, les remplacements sont impératifs. Le recours à des CDD ou de l'intérim est une ressource pour les équipes dans certaines périodes de l'activité mais cela peut devenir une contrainte pour le travail des personnels habituels.

Certains témoignages de salariés concernant les contraintes de remplacements montrent les difficultés rencontrées. « Les remplaçants ? C'est épuisant ! », « Je remets les choses à leur place sinon on ne retrouve plus rien. Le problème c'est qu'avec les remplaçants il faut les former sur tout... Ici tout est important ! Les détails c'est important ! Les résidents ont des habitudes, il faut les connaître ! Il faut plus d'une année pour connaître un secteur » (AMP). En effet, la vie des résidents est ritualisée et le changement pour eux est source d'angoisse et de troubles du comportement. Ainsi, la seule présence de nouvelles personnes pour s'occuper d'eux ou l'ignorance de « trucs et astuces » pour prendre en charge certaines personnes peuvent les perturber et risque de déclencher des réactions violentes verbales ou physiques.

Ensuite, de par leur inexpérience, le manque de formation ou la méconnaissance des résidents, les remplaçants éprouvent des difficultés à anticiper les situations de violence. Tout cela peut provoquer du stress et de la peur au sein de l'équipe.

De plus, la formation, l'information constante de ces remplaçants peut être lassante, voire épuisante pour les salariés permanents qui doivent s'interrompre régulièrement dans leur tâche et donne souvent le sentiment d'une insatisfaction du travail<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> SYNERPA, 2013, Dossier « rapport de branche 2012 », syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées, page 36/78.

<sup>43</sup> Définition de rotation du personnel, [www.editions-tissot.fr](http://www.editions-tissot.fr).

<sup>44</sup> CHORUM, CIDES et ARACT Nord pas de calais, février 2012. Guide méthodologique « prévenir des RPS dans le secteur médico-social », [13.08.2014], disponible sur internet : [http://www.npdc.aract.fr/IMG/pdf/Guide\\_RPSMS\\_-\\_vfinale.pdf](http://www.npdc.aract.fr/IMG/pdf/Guide_RPSMS_-_vfinale.pdf).

Au « Jardin d'Iris », il n'y a pas de référents dédiés à l'accueil et à l'apprentissage des nouveaux arrivants, ce qui met en difficulté certains salariés qui ne souhaitent pas encadrer ou d'autres qui se lassent de toujours encadrer rapidement leurs collègues remplaçants. Pour illustrer ses propos, il me semble intéressant de faire un bilan du nombre de salariés ayant intégré la structure cette dernière année, mais aussi les années précédentes et d'évaluer le taux de rotation du personnel au sein de la structure.

### Nombre de contrats (CDI et CDD) entrants et sortants pour l'année 2013

Catégorie professionnelle	Entrée 2013		Sortie 2013	
	CDI	CDD	CDI	CDD
<b>ASH</b>	6	15	6	17
<b>AS/AMP</b>	11	26	7	33
<b>IDE</b>	3	0	2	0
<b>total</b>	20	41	15	50

Le taux de rotation du personnel : c'est le rapport, exprimé en pourcentage, entre le nombre de travailleurs qui, au cours d'une période donnée, ont quitté une organisation, et le nombre moyen de travailleurs que l'organisation a employé au cours de la même période.<sup>45</sup>

La catégorie socio-professionnelle des AS/AMP est celle qui a signé le plus de contrats avec 37 contrats signés pour l'année 2013 et 40 AS/AMP ont rompu leur contrat dans le même temps. Il est donc difficile de stabiliser les équipes et d'optimiser la prise en soins des personnes accueillies.

Pour tout contrat, le turn-over est de  $(61+65/2)/53=118.86\%$ , ce qui est disproportionné et s'explique surtout par un nombre important de CDD signés (les salariés refusent la signature d'un CDI). En effet, il paraît surprenant qu'en période de crise les agents refusent de signer un CDI.

D'après la direction, ce fait s'explique par : « le travail est difficile en maison de retraite et beaucoup de salariés ont des obligations familiales, et donc des contraintes de garde d'enfants. Elles préfèrent pouvoir se libérer par l'arrêt de leur CDD, plutôt que de payer des frais de garde pendant les vacances scolaires. D'autres souhaitent pouvoir changer souvent de structures pour ne pas être « coincées » dans un EHPAD trop lourd en charge de travail. Elles préfèrent avoir la liberté d'aller et de venir dans différentes structures selon leur besoin ».

<sup>45</sup> Définition taux de rotation, [www.wikipédia.fr](http://www.wikipédia.fr).

Il est à noter la fausse croyance de beaucoup d'employés qu'un CDD peut être plus facilement rompu qu'un CDI. Le code du travail est en fait beaucoup plus strict pour les CDD.

Cette situation n'est possible qu'en raison d'une pénurie de personnel qui existe dans le département de la Côte d'Or depuis quelques années.

Le turn-over sur les CDI, nous indique la réelle rotation de personnel de l'établissement et le turn over pour toutes les catégories confondues s'élève à  $(20+15/2)/53=33.01\%$  sur les contrats à durée indéterminée.

Pour la catégorie AS/AMP, sur les 11 CDI signés, 7 ont été rompus au cours de l'année menant ainsi un turn-over AS/AMP à  $(11+7/2)/28= 32.14\%$ , soit un tiers de l'effectif des AS/AMP.

La rotation de personnel depuis l'ouverture de la structure met en avant le nombre de salariés restant dans la structure à la fin de chaque année écoulée.

## **B) Résumé des 7 années précédentes.**

<b>Années</b>	<b>Entrées (CDI+CDD)</b>	<b>Sorties (CDD+CDI)</b>	<b>Salariés au 31/12</b>
<b>2007</b>	62	29	33
<b>2008</b>	58	49	42
<b>2009</b>	81	73	50
<b>2010</b>	54	48	56
<b>2011</b>	67	69	54
<b>2012</b>	66	69	51
<b>2013</b>	65	63	53
<b>total</b>	470	411	

Le turnover est important et il est difficile, voire impossible de consolider et fidéliser les équipes. Sur 7 années, 470 contrats ont été signés et sur le même temps, 411 contrats ont été rompus. Il a fallu 470 contrats pour trouver les 53 actuels salariés de l'établissement.

Face à ce constat d'absentéisme et de turn-over important, la situation pour la direction, les salariés et les résidents est préoccupante. En effet, c'est un enjeu majeur pour le bon fonctionnement de l'EHPAD.

## **2.4 Les enjeux pour l'établissement.**

### **2.4.1 Les enjeux pour la direction.**

Le personnel constitue la ressource essentielle et majeure de la compétence d'un établissement (70 à 80% de la surface budgétaire), l'enjeu de l'EHPAD face aux coûts

salariaux (non négligeables) est d'optimiser la masse salariale en s'appuyant sur la technicité et les compétences des personnels. L'absentéisme a des conséquences directes sur l'établissement comme un surcoût financier (complément de salaire garanti, coûts intérim) et est aussi source de problème dans la gestion du personnel (remplacements, formations supplémentaires, gestion administrative). Les différents budgets des Jardins d'Iris suivent le principe de la tarification des EHPAD présenté ci-dessous.

#### A) La tarification

Le conventionnement tripartite en EHPAD est fixé sur la base d'un cahier des charges où l'établissement s'engage dans une démarche qualité. La convention est conclue pour une durée de 5 ans.

Elle implique la définition des tarifs soins, dépendance et hébergement.

Ainsi, la tarification au sein des EHPAD se caractérise par la coexistence de 3 sections tarifaires différentes :

- le budget hébergement (financé par le résident),
- le budget dépendance (financé par le Conseil Général),
- budget soins (financé par l'ARS).

#### B) Quelles charges pour quel budget ?<sup>46</sup>

Salaires	Budget hébergement	Budget dépendance	Budget soins
La direction	2 ETP		
Les secrétaires	2 ETP		
Les ASH	9.3 ETP	4 ETP	
L'animatrice	1 ETP		
Les aides-soignants et AMP dont intérimaires		8.3 ETP 2.2 ETP	19.4 ETP 5.2 ETP
Les infirmiers			6 ETP
Le médecin coordonnateur			0.1 ETP
Les médecins traitants			0.8 ETP
Le kinésithérapeute professeur des APA		0.4 ETP	0.4 ETP
La psychologue			
<b>Total : 53.7 ETP</b>	14.3	12.7	26.7

Le budget dépendance et soins se retrouvent en déficit à cause des coûts supplémentaires des intérimaires, des CDD et des heures supplémentaires qui ne sont pas toutes financées par le Conseil Général et l'ARS.

<sup>46</sup> ARNOLD S., 03/2014, Cours de Gestion financière, IRTESS Dijon.

### C) Quels produits pour quel budget ?

#### Hébergement :

Le prix de la journée est payé par la personne accueillie. Deux aides sont possibles pour permettre aux personnes de régler ces frais :

- l'aide personnalisée au logement (APL),
- l'aide sociale qui est obtenue dès l'habilitation de l'établissement et dès que les critères sont réunis par la personne âgée. Sinon, au bout de 5 années de règlement de la personne accueillie et sur demande (après procuration de justificatifs) une prise en charge spécifique est donnée par le Conseil Général.

#### Dépendance :

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est une somme versée à la personne âgée dépendante qui doit lui permettre de compenser sa dépendance. Elle est versée par le Conseil Général mais une somme résiduelle reste à la charge de la personne (ticket modérateur Gir 6). La dépendance est calculée selon la grille Agir affectant des points selon les déficits de dépendance. Chaque résident se voit donc affecté 1 fois par an un niveau de Gir. La dotation dépendance est une enveloppe calculée uniquement sur la base du GMP. Elle permet de baisser le restant dû par la personne accueillie qui ne paie qu'un ticket modérateur.

La répartition du coût entre le Conseil Général et la personne accueillie se fait en fonction du GIR et suivant le tableau ci-dessous :

GIR	total	Conseil Général	Personnes accueillie
1/2	20€	15€	5€
3/4	15€	10€	5€
5/6	5€	0	5€

Soins : la dotation est versée par l'ARS, son calcul se fait en fonction du GMPS (Groupes iso-ressource-Moyen-Pondéré-Soins). Deux indicateurs sont utilisés pour déterminer ce calcul, le Pathos et GMP qui sont évalués tous les deux ans par le médecin de l'ARS et le médecin du Conseil Général.

Hors dotation, une enveloppe est allouée pour les « dispositifs médicaux ».

Outre les enjeux financiers, les enjeux pour le directeur sont donc :

- la précarisation des postes par l'embauche de personnel en contrat à durée déterminée qui ne permet pas de mener à bien les projets d'établissement,
- le stress, et/ou la perte de motivation des équipes qui se répercutent sur la qualité des services rendus aux usagers.

Le turnover de l'établissement ne permet pas au directeur de stabiliser les équipes et de mener à bien son projet d'établissement. La prise en charge est rarement effectuée et suivie

par les mêmes personnes tout au long de l'année ce qui peut créer une difficulté de suivi et d'évolution de la prise en soin de la personne âgée. De plus, les formations du personnel restent aujourd'hui inutiles pour l'établissement puisque beaucoup de ceux qui ont été formés ne font plus parti de l'établissement aujourd'hui. Comment former et amener des compétences au sein de l'équipe, si ses membres ne sont pas fidèles à la structure ? La question de la qualité des services rendus aux usagers se pose alors.

#### 2.4.2 Les enjeux pour les usagers.

Outre le fait de diminuer l'absentéisme et de limiter le surcoût financier engendré par celui-ci, l'enjeu se recentre sur la prise en charge et le confort des résidents. L'existence de troubles psychosociaux impacte directement le résident. En effet, un salarié stressé, « à bout », dans un climat social difficile aura du mal à gérer sa charge émotionnelle et risque de se livrer à des actes de maltraitance à l'égard des usagers.

##### Le risque de maltraitance

Le conseil de l'Europe de 1987 définit la maltraitance comme une violence se caractérisant par « *tout acte ou omission commis par une personne s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou à sa sécurité financière* »<sup>47</sup>.

Les causes de la maltraitance sont diverses :

- les caractéristiques des usagers.

La dépendance, la démence ou les troubles liés aux grands âges et à certaines pathologies, peuvent être des facteurs de maltraitance.

D'après Michel Debout, « *les troubles cognitifs liés à des syndromes démentiels, la chronicité de troubles du comportement avec déambulation, agressivité ou apathie peuvent générer ou raviver des situations de crise ou de violences familiales et favoriser les actes de maltraitance des aidants, naturels ou professionnels* »<sup>48</sup>.

- Les conditions de vie des usagers et les conditions de travail des professionnels.

L'inadaptation est une cause de la maltraitance, comme l'inadaptation des locaux ou de l'organisation du rythme de la personne. Les conditions de vie des usagers sont alors bousculées et celle-ci conduirait vers des actes de maltraitance.

Les spécificités du milieu professionnel sont d'autres facteurs de maltraitance. En effet, « *la confrontation perpétuelle à la vieillesse et à l'image négative de la personne âgée [...] peuvent contribuer à des attitudes déshumanisantes de la part du personnel* »<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> ANESM, Février 2008, recommandation de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », [13.07.2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf).

<sup>48</sup> DEBOUT M., 2003, *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, Paris : Edition EHESP, page 12.

<sup>49</sup> TERREAU C., mai-juin 2007, « Épuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution » *Soins Gérontologie*, n°65, page 38.

De plus, le recrutement et la formation des personnels posent problème :

« *L'absence de valorisation de la mission soignante en gériatrie entraîne un manque de candidature de personnels qualifiés : infirmières, aides-soignantes en particuliers. L'embauche de personnel non qualifié comble ce déficit mais pose le problème du manque de connaissance de la mission soignante et plus encore de la spécificité de la personne âgée* »<sup>50</sup>.

D'après une étude sur les causes des violences sur les personnes âgées<sup>51</sup> réalisée auprès des soignants, ces violences sont principalement liées au personnel lui-même, ce qui explique la culpabilité ressentie par les professionnels<sup>52</sup>.

De plus, avec une rotation de personnel importante, le risque pour l'usager est un manque de suivi personnalisé, un projet de vie et de soins inconnu et donc un manque de connaissance de la personne âgée par les soignants.

Aux vues du public accueilli, d'une population atteintes d'une démence avancées, il paraît paradoxale d'avoir une équipe mal formée et n'ayant aucun recul sur l'évolution et l'autonomie de la personne pris en charge.

Mais l'impact négatif sur les résidents ne doit pas cacher que ce turnover a aussi des lourdes conséquences pour les salariés.

### **2.4.3 Les enjeux salariaux.**

Les enjeux pour l'établissement sont donc importants, tant au niveau de la direction pour qui le turnover, l'absentéisme peut engendrer des surcoûts financier, que la précarisation des postes pour le remplacement, la perte de motivations des agents, mais aussi au niveau des usagers qui sont confrontés à des risques de maltraitances et enfin des salariés qui souffrent au travail.

L'absentéisme est l'un des indicateurs de la souffrance des soignants en gériatrie qui trouve son origine dans la rencontre de personnes âgées dites démentes et proches de leur fin de vie et dans celle liée aux facteurs institutionnels. Ainsi, les risques pour les salariés sont de plusieurs ordres, tels une altération de la santé, une augmentation des risques des accidents de travail, du stress, des troubles musculo-squelettiques (TMS), dépression, burn

---

<sup>50</sup> NOEL S., SABER, M., mars 2007, « Vers une bienveillance de la personne âgée en milieu institutionnel ? ». *Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, n°133, page 113.

<sup>51</sup> Cf. ANNEXE 4 : Etude réalisée auprès des soignants.

<sup>52</sup>ANESM, Février 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bienveillance : définition et repères pour la mise en œuvre », [12.06.2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bienveillance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bienveillance.pdf).

out, suicides... Dans le secteur du soin, 39% des salariés estiment que leur travail affecte leur santé<sup>53</sup>.

Ainsi, beaucoup de salariés sont mis en arrêt maladie par leur médecin leur permettant ainsi de faire une « coupure » dans la réalité de leur travail et ainsi éviter le burn out. D'autres, n'arrivant plus à surmonter les difficultés, changent de structures ou changent de secteur. La question pour les soignants est alors une question de survie dans leur métier. Le directeur se doit alors de les protéger mais aussi d'éviter « la fuite des talents ».

Les enjeux sont donc importants. Afin de mieux comprendre les raisons de cet absentéisme et de ce turn over, une observation des conditions de travail est effectuée. Cette première approche consiste dans un premier temps à analyser les facteurs de risques professionnel et dans un deuxième temps à observer les conditions de travail en allant à la rencontre des équipes.

## **2.5 L'observation des conditions de travail au « Jardin d'Iris ».**

L'observation des conditions de travail au « Jardins d'Iris », passe par une analyse psychosociale du personnel et une analyse ergonomique du travail et de son organisation, ainsi que du management et des relations au travail.

### **2.5.1 Analyse psychosociale :**

Face à une catégorie professionnelle principalement féminine, une étude sociologique me paraît intéressante. En effet, les AS/AMP sont principalement des femmes, jeunes (la moyenne d'âge des salariés est de 32 ans quand la moyenne d'âge des salariés des EHPAD en France<sup>54</sup> est de 40,92 ans). D'après les propos recueillis lors d'un entretien avec la direction : « *elles vivent parfois dans un contexte privé et social difficile (divorcée, mère célibataire, endettement avec parfois prélèvement sur salaire...).* Ces problèmes financiers les obligent parfois à cumuler les emplois partiels.... Certaines connaissent une précarité sociale importante ». Elles sont donc souvent préoccupées par leur vie privée, leurs difficultés du quotidien et ont des exigences d'emploi du temps qui sont parfois incompatibles avec celles des plannings.

Afin d'être aidante, la direction a décidé de ne pas faire d'horaire de coupe permettant une facilité de venue au travail et une limitation des coûts de transports (la structure se trouvant à une dizaine de kilomètres de leur lieu d'habitation et ne disposant pas de transports en commun aux heures des postes). Du reste, étant donnée la difficulté de trouver du personnel sur le territoire, effectuer des journées continues est un argument séduisant lors du recrutement.

---

<sup>53</sup> FONDATION EUROPEENNE POUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL, publiée en 2007, « 4ème enquête de la fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail », [12.05.2014], disponible sur internet : [www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf).

<sup>54</sup> ANNEXE 5 : La pyramide des âges en France.

Le directeur ne peut influencer sur les conditions de vie privée des salariés mais il peut être aidant sur leurs conditions de travail. Adapter le travail aux salariés et non l'inverse c'est permettre un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

## 2.5.2 Analyse ergonomique :

### A) Les exigences du travail et son organisation :

L'analyse de l'activité nous montre une structure avec un taux d'occupation fort. Elle prend médicalement en charge un public atteint d'une démence importante mais atteint aussi de poly-pathologies lourdes (cancers, démences graves, problème cardiaques, dialyses...). Ce n'est pas uniquement un lieu de vie, il s'agit aussi d'un lieu de soins importants permettant une amélioration de la qualité de vie de ce public particulier qui connaît malheureusement beaucoup trop de séjours à l'hôpital.

L'objectif est donc de dispenser ces soins à domicile, soit à l'EHPAD. Le personnel soignant se doit d'être qualifié, la direction impose qu'aucune ASH ne fasse fonction d'aide-soignant. Le degré d'exigence au travail en matière de qualité et de délai d'exécution, la vigilance et la concentration requises pour ces personnes âgées restent intenses et sources de tension. Rappelons que 10 toilettes quasi complètes sont à effectuer par les AS et deux infirmières réalisent les soins pour 80 résidents.

De plus, ces personnes âgées dépendantes, vieillissantes, souffrantes, soumettent les soignants à de grandes difficultés morales et psychologiques. En effet, les salariés ont souvent des difficultés à gérer la souffrance et la mort des personnes qu'elles accompagnent dans leur quotidien. Il est important de souligner que l'identité professionnelle du milieu médical, para médical amène l'idée de toujours améliorer l'état de santé des patients et de toujours aller vers une progression, un « mieux ».

La dégradation de l'état de santé, les pertes successives cognitives, et/ou physiques de l'individu vieillissant sont alors souvent vécues comme des échecs, mettant à mal la confiance, la culpabilité, et l'impression du travail « bien fait ».

Lors de rencontres avec le personnel soignant, beaucoup me confie le stress et le découragement que celui-ci subit due essentiellement à l'exigence et au manque de reconnaissance des familles: « *Le prix du séjour étant élevé, les familles sont très exigeantes et certaines sont dans le déni de l'état de santé de leurs parents. Elles culpabilisent le personnel et ne comprennent pas toujours l'état de démence de leur parent* »<sup>55</sup> d'autres expliquent l'agression qu'exercent les familles par « *la colère et la souffrance que ressentent les familles devant la diminution physique et psychique de leurs parents* ».

---

<sup>55</sup> Propos recueilli d'une aide-soignante.

Bien que certains aide-soignant acquièrent la capacité à se distancer de la maladie, leurs valeurs professionnelles et la représentation qu'ils avaient de leur métier d'aide-soignant sont alors ébranlées par cette nouvelle vision de la vieillesse. Les mécontentements des familles, l'impossibilité de guérir de la vieillesse, les décès... contribuent largement au stress et la dégradation des conditions de travail des salariés. Souvent cela se solde par un arrêt de travail pour maladie. Mais le risque ici est l'épuisement professionnel. En effet, « *dans ce domaine, fortement connoté idéologiquement, l'épuisement professionnel peut se traduire par la perte du sens du travail...Apparaît alors, puis s'installe une passivité dans l'exercice du métier sous la forme d'un renoncement à progresser, à apporter sa contribution personnelle ou à témoigner de sa singularité* »<sup>56</sup>.

Un entretien avec le médecin du travail de l'établissement, me permet d'évaluer les risques psychosociaux, et d'en analyser plus précisément les causes, et il me confirme l'intensité de travail difficile, avec pour certaines AS de réelles difficultés dans les exigences émotionnelles.

Enfin, selon l'étude de C ; Rodary et coll<sup>57</sup>, les soignants les plus jeunes semblent plus vulnérables face à la charge psychologique de travail et inversement, les soignants les plus expérimentés résistent moins bien à la pénibilité physique et au port de charge.

#### **B) Le management et les relations de travail :**

La pression exercée par les familles amène la direction à une exigence proche de la « performance » envers le personnel qui provoque une pression supplémentaire sur les équipes. L'organisation du travail s'effectue par des fiches de postes détaillées qui permettent une prise en charge chronologique et précise des soins à réaliser. Les prescriptions se font informatiquement et sont très explicites ce qui permet d'avoir des traces écrites des soins à effectuer et de garantir une qualité de travail pour les salariés et une qualité d'accompagnement de la personne âgée.

Les tâches sont donc précises, détaillées et explicites, et le management s'en ressent directif. Ce constat laisse peu de place à l'autonomie et au relationnel entre les équipes et la direction.

De plus, le cloisonnement des tâches entre infirmiers et AS fait ressentir une perte de qualité du travail d'équipe et une perte de relationnel entre les salariés. D'ailleurs, le mal-être exprimé lors d'entretien avec les AS montre un stress supplémentaire face aux difficiles conditions de travail mais aussi aux difficultés de gestion et d'apprentissage de la suppléance. Le changement régulier d'AS pour la prise en charge de la personne âgée, le

---

<sup>56</sup> EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie*, Paris : édition DUNOD, page 37/270.

<sup>57</sup> CANOUI P., MAURANGES A., 1948, *le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burnout aux réponses*, paris : édition Masson, page 48.

manque de travail en équipe et l'apprentissage des tâches des nouveaux collègues (qui ne restent parfois que quelques jours) conduisent à une usure et une lassitude des salariés permanents.

Cette zone d'inconfort est source supplémentaire de stress pour les salariés et les familles. Le style de management ne devra pas qu'être que comportemental, il touchera aussi l'organisation du travail.

## **2.6 Problématisation : La nécessité d'une évaluation des RPS**

### **Problématique :**

Comment mettre en œuvre des modalités d'action qui permettent de stabiliser les équipes afin d'améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers tout en tenant compte de l'évolution des pathologies qui concourent à rendre plus complexes les activités des professionnels ?

L'absentéisme, engendre un recours aux intérimaires qui ne peuvent connaître les habitudes de vie des usagers.

Ce changement incessant de personnels chargés de l'accompagnement des usagers amène une perturbation des habitudes de vie, des troubles du comportement supplémentaires des personnes âgées déjà fragilisées et un stress des familles face aux attitudes inhabituelles de leur parent.

De plus, les personnels subissant l'absentéisme récurrent de leurs collègues risquent de s'épuiser et de déraiper face à ces dysfonctionnements. Le risque de « dérapage » et/ou de suspicion de maltraitance constituent un risque professionnel à part entière.

*« La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être dans une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales; les violences matérielles et financières; l'abandon; la négligence; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect »<sup>58</sup>.*

Les EHPAD sont évidemment dans l'obligation de respecter les droits et les libertés de la personne dépendante.

Ainsi, il me semble primordial de favoriser la permanence des personnels au sein de la l'EHPAD.

---

<sup>58</sup> OMS, Définition de la maltraitance, [15.07.2014], disponible sur internet : [www.oms.fr](http://www.oms.fr).

## Hypothèses

Hypothèse 1 : « L'évolution des pathologies des résidents est un facteurs augmentant les situations de stress, de tension auprès des personnels et donc accroît l'apparition de RPS. Une meilleure organisation de travail serait de nature à réduire les tensions individuelles chez les salariés. »

Le plus difficile pour le directeur est de repérer les signes de risques psychosociaux. Ainsi les éléments d'alerte classique sont l'absentéisme, le turn over, le taux d'accidents du travail ou encore les cas d'inaptitude qui traduisent souvent un malaise. Mais « le problème réside surtout dans l'expression de cette souffrance et dans la compréhension qu'en a le management »<sup>59</sup> .

Ainsi l'expression d'un malaise au travail s'exprime souvent par de la violence verbale ou physique, des accès de colère ou encore un repli sur soi même. Ces signaux doivent donc alerter la direction.

Une meilleure identification des risques psychosociaux, devrait permettre de mieux accompagner les professionnels et réduire de ce fait l'absentéisme et le turnover.

Hypothèse 2 : « Le style de management est de nature à influencer l'impact des risques psychosociaux qui sont en augmentations du fait des pathologies plus importantes des usagers. »

---

<sup>59</sup> JARDINAUD M., décembre 2009, « Prévenir les risques psychosociaux ». *Directions*, n°69, page 32.

### **3 Plan d'action : la mise en place d'une prévention de RPS**

#### **3.1 Vérification des hypothèses : La réalisation d'enquêtes**

Afin de comprendre les raisons qui engendrent les RPS, j'ai donc été amenée à effectuer une enquête auprès de la direction et des salariés via un questionnaire, à savoir les infirmiers, les aides-soignants et les agents de service d'hébergement. Après avoir constaté l'absentéisme et le turnover de la catégorie des AS, la situation de celles-ci sera étudiée. L'étude réalisée auprès des soignants est basée sur l'enquête Karasek qui vise à évaluer les risques psychosociaux du travail au sein de la structure.

Différentes approches sont utilisées pour recueillir des informations auprès des acteurs de la structure : l'enquête, les questionnaires et les entretiens.

##### **3.1.1 L'enquête réalisée auprès de la direction**

Pour appréhender les RPS, de nombreux outils sont disponibles et relèvent généralement de méthodes d'enquête des sciences humaines et sociales, à savoir les entretiens, les observations et les questionnaires.

La direction générale du travail a fait naître « la cellule RPS » qui coordonne les actions de prévention au niveau national avec l'appui de l'INRS et de l'ANACT. De cette collaboration est née l'enquête « faire le point » pour les petites structures du secteur sanitaire et social. J'ai repris cet outil afin d'évaluer les RPS de la structure.

Afin de confirmer mes hypothèses, j'ai réalisé cette enquête sur les risques psychosociaux, auprès de l'équipe de direction qui permet d'établir le niveau d'intensité de ce risque en fonction de différents thèmes.

##### **A) Les résultats de l'enquête**

L'enquête « Faire le point sur les risques psychosociaux »<sup>60</sup> laisse apparaître « l'impact des RPS sur la structure et les salariés » et « l'intensité et le temps de travail » qui sont d'un niveau d'intensité de risques élevé. On entend par « intensité et temps de travail », les exigences au travail.

« Les exigences émotionnelles, l'autonomie, le sens du travail, et l'insécurité de la situation de travail » sont d'un niveau d'intensité d'un risque modéré.

Ce constat se croise avec les propos recueillis par les AS. Il me paraît intéressant dans un deuxième temps de mener une enquête sous forme d'un questionnaire auprès des équipes afin de corréliser les propos de certaines AS/AMP.

---

<sup>60</sup> ANNEXE 6 : « Faire le point sur les risques psychosociaux dans le secteur sanitaire et social ».

a) *Impact des risques psychosociaux sur la structure et les salariés : **risque élevé***

L'absentéisme, le turnover et le départ volontaire de certains salariés peuvent être les conséquences de risques psychosociaux. Des conditions de travail difficiles peuvent ainsi impacter la santé des salariés (troubles musculo- squelettiques, stress...).

L'analyse des risques psychosociaux de cette synthèse nous révèle des pistes d'action permettant l'amélioration de la situation de la structure et des salariés.

b) *Intensité et temps de travail : **risque élevé***

L'intensité et la complexité de l'organisation du travail sont des facteurs de risques importants.

Il faut donc être vigilant sur certains points comme :

- **un excès de travail hebdomadaire** peut avoir des effets néfastes sur la santé (augmentation des risques cardiovasculaires, troubles du sommeil, troubles hormonaux, augmentation du risque d'accidents) et donc inciter la consommation de médicaments psychoactifs,
  - **les difficultés de conciliation entre vie privée et vie professionnelle** ont des répercussions sur la vie des salariés. Il est donc nécessaire de respecter vie sociale et familiale des salariés. Ainsi, il est primordial de préciser les horaires de travail, d'anticiper les modifications de planning et de respecter la planification des congés, et/ou d'examiner des modifications de travail à la demande des salariés pour motifs personnels (enfants à emmener chez le médecin, réunion d'école...).
- L'organisation de la structure doit permettre à chacun de se déconnecter du travail, le soir ou pendant les congés.

c) *Exigences émotionnelles : **risque modéré***

Certaines situations rencontrées dans les relations du public avec les soignants revêtent une exigence émotionnelle. En effet, le contact avec des personnes en détresse, la lourdeur de la prise en charge, les violences physiques ou verbales et enfin le fait d'afficher des émotions contradictoires avec ce que l'on éprouve (sourire malgré un sentiment d'énervement) sont des situations types qui peuvent affecter les soignants.

« Près d'un salarié sur 4 en contact avec le public déclare être exposé à un risque d'agression physique »<sup>61</sup>.

d) *L'autonomie : **risque modéré***

Le manque d'autonomie pour les salariés est un facteur de risque pour leur santé. Manquer de marge de manœuvre est d'autant plus difficile que la charge de travail est importante. Il

---

<sup>61</sup> INRS, juillet 2013, « Faire le point secteur sanitaire et social », [07.05.2014], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/outils.html?refINRS=outil37>.

ne s'agit pas de laisser le salarié à l'abandon mais de lui laisser la possibilité de choisir sa façon de travailler ou de développer ses compétences.

e) *Sens du travail : **risque modéré***

Avoir le sens du travail, c'est avoir le sentiment d'être utile pour les autres et pour la structure. Le fait de pouvoir échanger avec les collègues et la hiérarchie sur la manière de faire son travail contribue à lui donner du sens. De même que le sentiment de faire un travail de qualité contribue à la fierté et à la protection de la santé du salarié. A l'inverse, perdre le sens du travail est un facteur de risque de déséquilibre psychologique qui peut nuire à la santé.

Avoir un retour sur la qualité de son travail par la hiérarchie, par les collègues, par les résidents ou les familles permet une certaine satisfaction et permet aussi une possible amélioration. Cela donne du sens au travail.

f) *Insécurité de la situation de travail : **risque modéré***

L'insécurité socio-économique (perte d'emploi, contrats précaires..), le risque de changement de métier sans y être préparé, le changement de tâches, de conditions de travail peut donner un sentiment d'insécurité. Cette insécurité provoque un facteur de risque pour la santé des salariés.

D'après les réponses de l'équipe de direction, les RPS sont en risque élevé, essentiellement en raison de l'intensité et des conditions de travail. Même si certains résultats sont de risques modérés, il me semble important de ne pas les négliger et d'en vérifier la teneur auprès des salariés.

### 3.1.2 **Enquête réalisée auprès des salariés**

Afin de recueillir un maximum d'informations, un questionnaire<sup>62</sup> fut distribué auprès des équipes paramédicales et de l'hébergement.

Ce questionnaire est basé sur l'outil internationalement connu, « le questionnaire Karasek » (du nom de son principal initiateur, un sociologue américain) qui permet de décrire les facteurs de risques psychosociaux.

*« Les facteurs psychosociaux au travail sont des facteurs de risque reconnus pour la santé. Le questionnaire de Karasek est devenu le principal outil d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail. C'est un questionnaire d'évaluation collective du bien-être au travail qui permet d'évaluer globalement la santé mentale au sein d'une entreprise. »<sup>63</sup>*

---

<sup>62</sup> ANNEXE 7 : exemplaire du questionnaire distribué.

<sup>63</sup> ATOUSANTE, LA SANTE AU TRAVAIL, 2 juillet 2014, « les risques psychosociaux » [31.07.2014], disponible sur internet : <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/stress-professionnel-questionnaire-karasek/>.

Il évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social. Pour avoir une représentation plus pertinente de l'équipe, je me suis appuyée aussi sur le questionnaire Siegrist qui permet d'évaluer la reconnaissance au travail, mais aussi sur diverses questions concernant les conditions de travail.

La tension au travail est le résultat d'un déséquilibre perçu entre les exigences d'une situation et les ressources mobilisables par la personne entraînant des conséquences majeures sur le plan physiologique et psychologique.

« Les facteurs psychologiques et sociaux liées à l'activité au travail sont susceptibles d'améliorer ou de dégrader la santé physique et mentale des salariés »<sup>64</sup>.

La situation exposant le plus au stress est celle qui combine à la fois à une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle. D'après le modèle Karasek, deux types de mesure doivent être prise en compte, afin de prévenir le stress au travail :

- des mesures visant à adapter la situation de travail, diminuant la pénibilité du travail et augmentant les possibilités de régulation,
- des mesures qui améliorent le climat, l'ambiance de travail, qui renforcent ainsi le soutien social.

Ce questionnaire permet donc d'évaluer l'intensité de la demande à laquelle les salariés sont soumis et la latitude décisionnelle dont ils disposent.

Le croisement de ces caractéristiques peut se croiser et définir quatre situations de travail présentées dans le tableau ci-dessous.<sup>65</sup>

		Demande psychologique	
		Faible	Elevée
Latitude décisionnelle	Elevée	Travail détendu	Travail dynamique (actif)
	Faible	Travail passif	Travail surchargé : jobstrain

Ainsi, une demande psychologique élevée et une latitude décisionnelle faible conduisent vers un travail dit en « jobstrain », soit un travail surchargé. C'est pour cette situation qu'il est nécessaire de mettre en place une prévention des RPS.

#### A) Restitution du questionnaire<sup>66</sup> :

Sur 30 questionnaires distribués, 22 nous ont été retournés, le taux de réponse est donc de 73.3%. L'échantillonnage est le suivant :

- 16 AS/AMP sur 28 soit 57% de l'effectif,
- 3 IDE sur 6 soit 50% de l'effectif,

<sup>64</sup> DARES, Mai 2008, « Les facteurs de risques psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », N°22.1, [23.11.2013], disponible sur internet : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1\\_v3.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf)

<sup>65</sup> Ibid.

<sup>66</sup> ANNEXE 8 : Restitution questionnaire.

- 2 ASH sur 16 soit 12.5% de l'effectif.

Je peux noter que les ASH sont peu représentatives dans les réponses aux questionnaires, contrairement aux AS/AMP qui se sont investies dans le retour du questionnaire. Le questionnaire était-il adapté aux ASH ? Se sont-elles senties concernées par les questions ?

La majorité de l'équipe paramédicale a donné son avis, ce qui me permet d'avoir un échantillonnage très représentatif du ressenti des équipes (55.9% de l'équipe soignante). De plus, la catégorie étant la plus touchée par l'absentéisme et le turn-over est la même catégorie qui a le plus participé au questionnaire.

Je vous présente dans les paragraphes suivants la restitution du questionnaire par tri à plat et par catégorie professionnelle.

a) *Analyse du questionnaire par tri à plat*<sup>67</sup>.

### **Caractéristiques individuelles**

La population est essentiellement féminine, avec un âge inférieur à 40 ans (71.5%), dont 52% ont moins de 30 ans. Ils vivent en couple, sans enfant à charge pour plus de 71.4%.

**57.1% des salariés interrogés ont une ancienneté dans l'établissement inférieure à 5 ans et 61.9% ont une ancienneté dans le secteur inférieure à 5 ans.** Il est donc probable que **pour une grande majorité ce soit leur premier poste.**

Ces salariés sont probablement inexpérimentés et débutants. **Les experts ne sont que 4.8 %** (expérience supérieur à 15 ans), ce qui est peu compte tenu de la caractéristique des populations accueillies.

### **L'autonomie : la latitude décisionnelle**

Bien que les tâches soient répétitives pour 62% des salariés et que la possibilité d'influencer sur leur journée soit faible (38.1%), ceux-ci ont la possibilité de prendre des décisions eux-même et ont l'occasion de développer leurs compétences. Ils ont finalement une faible marge de manœuvre certainement due à la charge de travail.

D'après les méthodes de calcul des scores par Karasek<sup>68</sup>, j'ai procédé de la façon suivante : (taux de réponse compris entre 0-25%=1 point, 25-50%=2 points, 50-75%=3 points, 75-100%= 4 points) ou ( pas du tout d'accord/ jamais=1point, pas d'accord/parfois=2 points, d'accord/souvent=3 points, tout à fait d'accord/toujours=4 points ).

La formule de calcul pour cette question est :  $(2xA1) + (4xA2) + (4 \times (5-A3)) + (2 \times (5-A4) + 4xQ2+2xQ3+2xQ4$ .

Si le score est inférieur à 59 (médiane nationale), alors il y a une faible latitude décisionnelle.

**Ici, le score est de : 56, nous sommes en latitude décisionnelle faible.**

<sup>67</sup> ANNEXE 9 : Restitution du questionnaire par tri à plat.

<sup>68</sup> DARES, Mai 2008, « Les facteurs de risques psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », N°22.1, [23.11.2013], disponible sur internet : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1\\_v3.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf).

### **Charge de travail : demande psychologique**

La charge de travail est importante et ressentie par les salariés comme excessive à 71.5% des interrogés. De plus, le travail est interrompu pour 71.4% avant d'être achevé à 95.5%, le travail leur demande de travailler vite.

*« A l'observation, ce qui s'avère fatigant, ce qui exaspère les salariés, ce n'est pas la réalisation de la tâche, mais l'empêchement....à savoir, le fait que de façon récurrente, de ne pas pouvoir terminer ce qui a été commencé, de devoir attendre en pensant à ce qu'on pourrait faire, de faire une chose en pensant à une autre et même de commencer une tâche en sachant très bien qu'on ne pourra pas la mener à bien »<sup>69</sup>.*

De plus, ils sont 71.4% à penser qu'ils ne disposent pas du temps nécessaire pour la réalisation de leur travail.

Un tiers d'entre eux reçoit des ordres contradictoires, ce qui laisse penser qu'il y a un problème organisationnel et/ ou de communication.

La formule de calcul Karasek est la suivante :  $Q5+Q6+(5-Q7)+Q8+Q9$

Si le score est supérieur à 10 (médiane), il y a une forte demande psychologique.

Le score est ici à 15/17, nous sommes donc en très forte demande psychologique et en charge de travail importante.

Lorsque nous combinons la faible latitude décisionnelle et la forte demande psychologique, **les salariés sont dans le cadran « tendu »** et donc considérés en « Job strain » ou « tension au travail ». Nous sommes ici dans cette situation.

D'après l'enquête Sumer 2003 : *« les salariés exposés au job train sont plus nombreux que les autres à se déclarer en mauvaise santé »<sup>70</sup>.*

L'« isotrain » est la combinaison d'une situation de « job strain » et d'un faible soutien social. La situation d'« isotrain » montre que les personnes en « job strain » qui ne peuvent pas compter sur leur entourage professionnel sont dans une situation encore plus potentiellement stressante<sup>71</sup>.

Qu'en est-il du ressenti des salariés par rapport au soutien social ?

### **Soutien au travail : soutien social**

L'axe « soutien social » distingue le soutien professionnel ou émotionnel en provenance des supérieurs hiérarchiques ou des collègues.

A l'EHPAD les « Jardins d'Iris », le soutien professionnel est bon puisque les salariés sont 85.7% à être aidés pour mener à bien les tâches par leur supérieur hiérarchique et 100% par leurs collègues. De plus ils sont 95.4% à penser travailler avec des professionnels compétents, ce qui renforce la notion de soutien professionnel.

---

<sup>69</sup> CLOS Y., 2010, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, édition La découverte, collection cahiers libres, page 95/190.

<sup>70</sup> Ibid.

<sup>71</sup> INRS, 1<sup>er</sup> trimestre 2011, « Risques psychosociaux : outils d'évaluations », *documents pour le médecin du travail*, N°125.

Enfin le soutien émotionnel est satisfaisant puisque 85.7% des salariés pensent avoir des collègues amicaux et 90.5% sont soutenus par leur supérieur en prêtant attention à leurs propos.

La formule de calcul Karasek :  $Q10+Q11+Q12+Q13+Q14$ .

Le score doit être inférieur à 15 pour être dans un soutien professionnel faible.

Ici, le score est de : 15.

Les salariés disposent d'un soutien professionnel correct et la structure n'est donc pas en situation d' « Isotrain ».

### **Reconnaissance : estime de soi**

A l'unanimité, le personnel se sent soutenu dans les moments difficiles.

Bien que la majorité des salariés ait le sentiment que leur travail soit apprécié par leur supérieur, les collègues, les résidents et la famille de résidents, 23.8% (près d'un quart) des salariés ont un manque de valorisation de la part de la hiérarchie. 14.3% des salariés ont le sentiment que le travail n'est apprécié que parfois par les résidents et 19.1% n'ont pas répondu à la question. Cela fait donc 33.4% de salariés qui ne semblent pas être valorisés par les résidents. Enfin, ils sont 47.6% à manquer de retour positif sur leur travail de la part des familles de résidents.

Le travail de certains salariés est parfois apprécié à sa juste valeur par la hiérarchie pour 24% d'entre eux. Cette situation pour certains peut donner le sentiment d'une dévalorisation de leur travail.

Recevoir le respect et l'estime favorise le bien-être au travail et la recherche de la performance.

### **Le sens du travail**

Bien que les salariés aient pour 81% le sentiment d'effectuer des tâches intéressantes et qui correspondent à leurs attentes, **ils sont 23.8% à se sentir exploités et 42.8% à observer des pratiques qui vont à l'encontre de leurs valeurs professionnelles.** Ils ressentent pourtant la fierté du travail bien fait à 81% et se sentent utiles aux autres pour 100% d'entre eux.

Donner du sens au travail, se sentir utile sont des critères importants pour de bonnes conditions de travail.

### **Les contraintes professionnelles**

Nous obtenons plus de la moitié des personnes qui pensent que les conditions de travail n'ont pas évolué. La difficulté pour interpréter cette réponse, c'est que plus de 30% des salariés ayant répondu à la question ont moins d'un an d'expérience au sein de la structure. Il est difficile pour eux de répondre avec recul sur ces mêmes conditions de travail.

Pour la question 29 : « Depuis 2 ans les conditions de travail se sont... », le terme « inchangées » est flou, puisque nous ne connaissons pas les conditions de travail initiales. Elles peuvent être inchangées, mais mauvaises ou bonnes.

Pour la question 30 « Si vos conditions de travail se sont dégradées selon vous, c'est en raison... », nous obtenons un taux de 57% de réponses, alors qu'il ne devrait être que de 20 %. Cette question étant dépendante de la question 29, certaines personnes ont donc répondu à celle-ci, alors qu'ils n'éprouvaient pas de dégradation des conditions de travail. Ainsi, 37% des salariés ayant des conditions de travail inchangées éprouvent finalement des conditions de travail dégradées ou insatisfaisantes.

Je peux constater que plus de 57% des personnes trouvent que les conditions de travail se sont dégradées essentiellement à cause de l'augmentation des soins et de la prise en charge. De plus, ils sont 71% à déplorer les sous-effectifs et 57% à avoir un temps insuffisant pour mener à bien leur travail. Ces conditions ont des répercussions directes sur certains salariés puisqu'ils sont 33% à avouer ressentir des effets néfastes sur leur santé. En effet, ils sont 23.8% à penser dès le matin à des problèmes et 19% à ne pas pouvoir oublier leur travail le soir et/ou à avoir leur sommeil perturbé.

Ces symptômes nous montrent un **surinvestissement** pour certains salariés qui n'arrivent pas à «se couper » de leur travail pendant leur temps de repos, ou leur temps privé. Ces conséquences ont **des effets directs et néfastes sur leur santé**.

Les personnes concernées par ce surinvestissement sont pour 71% d'entre elles les AS/AMP, et sont présentes dans la structure depuis plus de 5 ans.

30 % des AS/ AMP totales sont donc touchées par ces conséquences directes et néfastes pour la santé.

### **Ambiance au travail**

Si l'ambiance au travail pour 42.8% des personnes est « dynamique », elle reste « conflictuelle » pour 28.6%, « tendue » pour 23.8% et « malveillante » pour 19%.

Ainsi, la charge de travail de l'activité se ressent par une ambiance « dynamique ».

Un climat tendu au sein de l'équipe existe même si il y a une très bonne entre-aide entre les collègues (90.5%). On peut remarquer peu d'aide de la part de la direction (23.8%) ou de la hiérarchie directe (38%) (ici, l'infirmière coordonnatrice).

Il est à noter que les salariés (à 100%) sont satisfaits de leur poste de travail et de leur environnement de travail.

Le climat social a une grande importance pour des conditions de travail favorables et une prise en charge des usagers de qualité.

L'ambiance de travail a un impact sur le travail, la vie des usagers et se répercute sur l'ambiance générale de la structure. Comment dynamiser et stimuler des personnes âgées, si nous sommes nous-mêmes de mauvaise humeur ou en conflit avec un collègue ?

Lorsqu'en dépit de cette mauvaise ambiance, les résultats sont là, c'est que les salariés supportent et prennent sur eux jusqu'au moment où ils ne pourront plus tenir. Ainsi, les journées deviennent longues et pesantes et souvent, la règle est de s'absenter dès que possible.

Il appartient à chacun d'insuffler la bonne humeur. Chacun est acteur de cette ambiance et *a contrario*, à sa part de responsabilité dans la mauvaise ambiance. C'est le rôle du directeur d'insuffler cette ambiance et de dire les choses avec humour et respect, cela permet de faire passer des messages importants sans que les personnes se sentent blessées.

En effet, « *une bonne ambiance est un esprit qui vitalise, un air qui revigore, un espace où l'humour a sa place, avec la franchise et la transparence ..... Les gens ont plaisir à travailler ensemble, les processus sont plus simples, les gens se rencontrent pour résoudre les problèmes, du coup il y en a moins. L'ambiance de travail est aussi vitale que l'oxygène dans l'air: s'il n'y en a pas assez, l'air devient irrespirable et les efforts sont beaucoup plus difficiles* »<sup>72</sup>.

### **Vision d'avenir**

Enfin seuls 19% des salariés pensent rester au sein de l'EHPAD. Dans les 3 ans à venir presque un tiers des salariés pense quitter le secteur des personnes âgées (28.6%) ou ne sait pas où il sera dans 3 ans (33.3%).

Ces résultats montrent une incertitude d'avenir de la part des salariés et une usure professionnelle pour certains (28.6% quittent le secteur pour une probable reconversion professionnelle, ce qui montre la dureté du travail).

Ils ne souhaitent pas rester dans la structure alors qu'ils sont satisfaits à 95% de leur situation professionnelle pris dans sa globalité.

### **Propositions spontanées**

D'après, les propositions spontanées d'amélioration au sein de la structure, 40 % des salariés aimeraient une augmentation des effectifs et une valorisation du personnel. 10% souhaiteraient une amélioration de la prise en charge des usagers et pensent qu'il y a des problèmes de communication et/ ou de compréhension.

Ces propositions reflètent bien les difficultés rencontrées par les différents salariés à travers ce questionnaire, aussi bien la charge de travail, les problèmes de communication, que les problèmes de valorisation...

### **Synthèse :**

L'autonomie (latitude décisionnelle) et la charge de travail (demande psychologique) montrent que l'EHPAD se trouve en « job train ».

En effet, la situation exposant le plus au stress est celle qui combine à la fois une demande psychologique élevée et une faible latitude décisionnelle. Le questionnaire Karasek recueille des informations sur la perception de situations de travail stressantes et ne mesure pas le niveau de stress, mais l'exposition à un facteur de risque de stress.

---

<sup>72</sup> [www.lexpress.fr](http://www.lexpress.fr), "L'ambiance de travail est aussi vitale que l'oxygène dans l'air", Philippe Laurent, conférencier, coach et formateur, publié le 29/11/2012.

Cette étude montre la charge importante de travail qui met en difficulté les équipes mais aussi l'amour du travail bien fait. En effet, les salariés regrettent de ne pas pouvoir bénéficier de plus de temps pour répondre aux besoins des résidents et de ne pas contrôler le déroulement de leur journée. Cette perte de contrôle les fait stresser et culpabiliser.

*« Toutefois les études montrent que c'est surtout l'absence de contrôle que la personne pense avoir sur sa situation qui est très importante dans l'apparition d'un état de stress.*

*Cette situation nous montre la présence de stress et donc de risques psychosociaux. »<sup>73</sup>*

De plus, le manque de valorisation de leur métier ressort à travers cette enquête. Bien qu'il y est une belle cohésion d'équipe avec de l'entre-aide et du soutien dans les moments difficiles, ils souffrent de ce manque de valorisation de la part des familles et du manque de retour positif de la part de leur hiérarchie.

La critique des familles est souvent présente dans le quotidien des soignants, leur donnant souvent la sensation de mal faire leur travail alors qu'ils font de leur mieux pour répondre aux exigences des résidents. Cette situation les démoralise et peut les conduire à un épuisement professionnel. Ainsi, d'après Yves Clos, *« l'organisation du travail ne délivre pas les ressources dont les salariés ont besoin pour faire un travail de qualité ni même pour déterminer en quoi consiste pareil travail. Elle les prive des moyens de travailler »<sup>74</sup>.*

L'analyse globale de cette enquête permet de déceler les difficultés des salariés et les problèmes rencontrés. L'analyse par catégorie professionnelle permettra de déceler les salariés concernés plus spécifiquement.

#### *b) Analyse du questionnaire par catégorie professionnelle<sup>75</sup>*

Les aides-soignants et les aides médico-psychologiques.

##### **Caractéristiques individuelles**

Ils sont à 81.25% de sexe féminin et 68.8% âgés de moins de 40 ans.

Ils ont une ancienneté dans l'établissement et une expérience professionnelle inférieure à 5 ans pour 68.7% d'entre eux.

Nous sommes en présence d'une population jeune, ayant peu d'expérience professionnelle. Ils ont peu de contraintes familiales puisqu'ils ne sont que 12.5% à avoir des enfants.

Les questionnés sont pour 81.3% des personnes en CDI.

##### **Autonomie**

Pour 62% d'entre eux, leurs activités sont variées, et pour 68%, les soignants peuvent décider comment faire leur travail. Or, ils sont plus de la majorité à penser qu'ils ne peuvent

---

<sup>73</sup> « Risques psychosociaux : outils d'évaluations », INRS, Documents pour le médecin du travail, N°125, 1er trimestre 2011.

<sup>74</sup> Clos Yves « Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux ». Ed La découverte, collection « cahiers libres », 2010, page 95/190.

<sup>75</sup> ANNEXE 10 : Restitution questionnaire par catégorie professionnelle.

pas influencer leur journée et que les tâches sont répétitives. Ils ont finalement une faible marge de manœuvre, due essentiellement à la charge de travail.

### **Charge de travail**

La charge de travail pour les AS/ AMP est donc conséquente (68.7%), et bien que 62.5% de ceux-ci n'aient pas assez de temps pour faire leur travail, ils sont 100% à être obligés de travailler vite.

Ils sont 37.5% à recevoir des ordres contradictoires, signe d'un problème de communication et de compréhension au sein de l'équipe. De plus, ces ordres contradictoires sont sources de temps perdu.

### **Soutien au travail**

Ils ont un bon soutien au travail puisqu'ils sont 87.5% à être soutenus par la hiérarchie directe (soit les infirmiers) et 100% à être aidés par leurs collègues. Il existe donc une entraide importante entre les AS/AMP et les IDE.

### **Reconnaissance au travail**

Si pour 81% le travail est reconnu à sa juste valeur, celui-ci n'est apprécié que pour la moitié des familles et 62% des résidents.

La reconnaissance au travail de la part des familles est donc faible et insuffisante. Ces résultats corroborent les entretiens des AS/ AMP qui ont finalement bien des difficultés à faire reconnaître la qualité de leur travail.

De plus, la perspective d'évolution étant moyenne, le personnel a donc du mal à se voir évoluer au sein de la structure.

### **Sens du travail**

Bien que les tâches soient pour 81% d'entre eux intéressantes, ils sont 31% à se sentir exploités, et 37% à être confrontés à des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de leurs valeurs. Si celles-ci sont incomprises, c'est peut-être dû à un management trop directif. De plus, le manque de communication est certainement à la base de ces problématiques, et la question de l'éthique se pose alors.

Bien que cette situation ne concerne pas la majorité des salariés, le sens du travail pour un tiers de l'équipe est alors ébranlé et peut impacter les conditions de travail de tous.

### **Contraintes professionnelles**

Pour 69%, la cause d'un travail mal fait est la conséquence du sous-effectif, et les conditions de travail se sont dégradées en raison d'une augmentation des soins (31.25%).

Ils sont 50% à être en surinvestissement dans le travail, ce qui a des effets directs et néfastes sur leur santé.

### **Ambiance au travail**

Pour la moitié de cette catégorie professionnelle, l'ambiance est dynamique et montre la rapidité d'exercice de leurs missions. Mais l'ambiance pour un tiers de l'équipe est aussi

conflictuelle et tendue. Ce constat est certainement la conséquence d'une charge de travail et de contradictions dans les missions qui créent ce malaise.

L'ambiance tendue s'en ressent au sein de l'équipe AS/AMP mettant à mal les bonnes conditions de travail.

D'ailleurs, ils reçoivent peu d'aide de la part de la hiérarchie et de la direction.

### **Vision d'avenir**

Pour 81%, la situation dans sa globalité est plutôt satisfaisante, mais pour 31%, ils souhaitent quitter le secteur des personnes âgées ou n'ont pas de vision d'avenir.

Pour 19%, ils auront quittés la structure d'ici 3 ans. Seuls, 19% souhaitent évoluer dans la structure.

La vision d'avenir des AS/AMP est incertaine au sein de la structure, ce qui présage un turn-over toujours aussi important dans les prochaines années.

### **Propositions spontanées**

Les propositions ressortant le plus dans cette catégorie professionnelle, sont le manque de valorisation de leur travail (19%) et la nécessaire augmentation des effectifs.

### **Les infirmier(e)s**

#### **Caractéristique individuelles**

Ce sont des femmes pour 66% de l'équipe. La mixité est plus importante chez les IDE que chez les AS/AMP. C'est donc une équipe jeune avec peu d'expérience professionnelle. Au sein de la structure, 100% ont moins de 40 ans et moins de 5 ans d'expérience.

C'est donc une équipe débutante. D'ailleurs, c'est certainement leur premier poste.

#### **Autonomie**

Ils pensent que les activités sont variées (100%) mais pour autant leurs tâches sont répétitives (100%). De plus, ils ne sont pas libres de décider comment faire leur travail et ne peuvent influencer leur journée pour 67% d'entre eux.

Ils ont donc peu d'autonomie et cela est certainement dû à une charge de travail importante et à un management directif. (Prescriptions informatiques et présence de nombreux protocoles).

#### **Charge de travail**

Pour 66% la quantité de travail est importante, et ils doivent travailler vite. D'ailleurs, ils disposent de peu de temps pour faire leur travail et sont sans arrêt interrompus dans leurs tâches qu'ils ne peuvent achever (100%).

Contrairement aux AS/AMP, ils ne reçoivent pas d'ordres contradictoires.

La charge de travail et les soins sont donc importants, dus essentiellement à l'évolution du public accueilli.

#### **Soutien au travail**

Ils se sentent entendus par l'infirmière coordonnatrice, mais ne sont plus que 66% à penser que celle-ci les aides à mener leurs tâches à bien.

Si les collègues sont compétents (100%), ils ne sont pas amicaux pour 67% de l'équipe. On ressent alors une tension au sein de l'équipe infirmière.

### **Reconnaissance**

Leur travail est apprécié par la majorité des résidents, et des familles mais n'est pas toujours apprécié par les collègues. Seulement 33% pensent que leur travail est apprécié par leurs collègues.

Il existe une mauvaise reconnaissance du travail entre salariés qui ne leur permet certainement pas de construire une identité professionnelle et une cohésion d'équipe.

### **Sens du travail**

Les tâches sont intéressantes pour 66% d'entre eux mais ne correspondent pas à leurs attentes pour 67%. De plus 67% pensent que des décisions et des pratiques vont à l'encontre de leurs valeurs.

Cette situation montre une incompréhension des décisions et des pratiques prises par l'infirmière coordinatrice et/ou par l'équipe médicale. Elles ne semblent donc pas prises en équipes et restent incomprises.

Travailler à l'encontre de ses valeurs paraît difficile, cela explique certainement le turn-over.

### **Contraintes professionnelles**

Les conditions de travail pour 66% se sont dégradées en raison de l'augmentation des soins et de la présence de sous-effectif.

Pour 1 tiers de l'équipe, il y a un problème de communication et un manque de matériels. Ce manque de communication confirme l'incompréhension dans les décisions prise par l'équipe médicale et/ ou l'infirmière coordinatrice.

Le surinvestissement au travail concerne 33% de cette catégorie professionnelle.

### **Ambiance au travail**

Pour un tiers de l'équipe, l'ambiance au travail est malveillante, conflictuelle et dynamique. On ressent un malaise au sein de cette catégorie professionnelle qui ne semble pas s'épanouir au travail.

### **Vision d'avenir**

La vision d'avenir est aussi incertaine pour les infirmiers. Ils sont 33% à souhaiter quitter la structure dans 3 ans ou à quitter le secteur des personnes âgées. 33% ne savent pas ce qu'ils feront dans 3 ans. Aucun des infirmiers ne se projettent, ou ne souhaitent évoluer dans la structure. Malgré cela, la situation prise dans sa globalité leur paraît plutôt satisfaisante. (66%)

### **Propositions spontanées**

Les infirmiers ressentent un manque de valorisation de leur travail et il est nécessaire pour 33% d'améliorer la prise en charge des usagers.

### **Agent de service d'hébergement**

2 ASH sur 16 ont répondu au questionnaire, soit 12.5% de l'effectif.

Leurs réponses ne sont donc pas représentatives de l'équipe de l'hébergement et il n'est donc pas possible d'effectuer une analyse du questionnaire valable et une synthèse sur cette catégorie professionnelle.

### 3.1.3 Synthèse : vérification des hypothèses

Les jardins d'Iris accueillent une équipe jeune, sans grande expérience professionnelle qui a une autonomie limitée, essentiellement à cause de la charge de travail et d'un management directif.

L'enquête acquiesce cette charge de travail qui a augmenté autant du côté des AS (augmentation de la dépendance, GIR) que de la charge en soins infirmiers (augmentation du pathos). Cette augmentation des soins met à mal leurs conditions de travail puisque les salariés doivent travailler vite et manquent de temps pour finir leurs tâches. D'ailleurs, plusieurs AS, témoignent « nous faisons tout rapidement, et nous ne pouvons répondre à tous les besoins des résidents ». La qualité de services rendus pourrait alors être améliorée. De plus, on assiste à une tension entre les personnels, puisque l'ambiance est tendue, voire conflictuelle. Ces situations sont facteurs d'augmentations de stress. On peut remarquer un surinvestissement dans leur travail pour la majorité des AS qui impacte directement leur santé. Avec une latitude décisionnelle faible et une demande psychologique élevée, la structure est en surcharge de travail. Les risques psychosociaux sont donc bien présents.

Ainsi, ma première hypothèse est vérifiée, puisque l'évolution des pathologies des résidents, est un facteur augmentant les situations de stress, de tensions auprès des personnels et donc accroît l'apparition des RPS. Un travail sur l'organisation devrait permettre de réduire cette charge de travail et donc les tensions des salariés.

Ensuite, les équipes ont un manque de valorisation de leur travail aussi bien du côté des familles pour les AS que du côté de leurs collègues pour les infirmiers. Dans l'ensemble, ils sont 40 % à souhaiter une valorisation de leur travail. Une AS témoigne en disant « il ne faut pas faire ressortir que le négatif, dans la prise en charge », on ressent alors ce manque de valorisation de la part de la hiérarchie.

Ils se sentent tous soutenu par la direction dans les moments difficiles, mais observent un manque de communication et d'ordres contradictoires qui met en difficulté leur éthique, leur identité professionnel, mais aussi leur fait perdre du temps dans les tâches à accomplir. Travailler toujours plus vite, avec des contraintes d'exigences des familles, des contraintes d'un management directif, poussent les salariés vers un épuisement professionnel.

De par leur jeune expérience, le management s'en ressent directif. Le manque de communication et d'échange entre les équipes met à mal leurs valeurs professionnelles et la cohésion de travail. Les risques psychosociaux sont alors engendrés par une augmentation de la charge de travail due essentiellement à l'évolution des pathologies, un

management directif et des difficultés de communication. Un management valorisant devait permettre de soutenir les équipes et de diminuer les stress et donc les RPS.

Ma deuxième hypothèse est ainsi vérifiée, le style de management est de nature à influencer l'impact des risques psychosociaux qui sont en augmentations du fait des pathologies plus importantes des usagers.

## **3.2 Définir le plan d'action**

### **3.2.1 Les parties prenantes au projet**

Les parties prenantes au projet sont nombreuses et permettent de garantir la réussite du projet. Ainsi sont concernés par ce projet :

Le CHSCT/DP : Les instances représentatives du personnel, de par les missions qui leur sont dévolues dans le code du travail (art. L.236-1 à L.236-13) reçoivent les plaintes individuelles des travailleurs et contribuent à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement. Le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail (article L4612-2).

L'infirmière coordinatrice : Sa proximité avec les soignants permet de préciser les tensions dans le travail et d'identifier des réponses possibles. Son rôle est essentiel pour réguler les conditions de travail (solutions conciliant les objectifs de travail avec les moyens nécessaires) et améliorer ainsi la qualité de services rendus.

Les salariés : Ils sont mobilisés en raison de leurs connaissances sur la réalité et le vécu du travail. Ils représentent une expertise significative quant aux difficultés rencontrées dans les situations de travail. Ils ont un rôle tout au long de la démarche pour alerter la hiérarchie, participer à la compréhension de situations tendues, et contribuer à la recherche de solutions.

Le médecin du travail : Selon l'article R4623-1, le médecin du travail est le conseiller de l'employeur en ce qui concerne l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'adaptation des postes et des rythmes de travail à la physiologie humaine. Il est le premier interlocuteur des employés face aux difficultés de travail rencontrées. Il détient des données sur la santé de chaque salarié, à partir desquelles (dans le respect du code de déontologie médicale) il peut renseigner des indicateurs de santé collective pour l'ensemble du personnel.

### **3.2.2 Mise en place du comité de pilotage**

La mise en place du comité de pilotage permettra de définir la mission du groupe. Celui-ci est constitué afin de délimiter les « situations problèmes » rencontrées et ainsi trouver en équipe des solutions. Il s'agit de faire remonter des dysfonctionnements sur lesquels on peut agir, il permet d'échanger, d'illustrer et d'argumenter sur des situations de travail concrètes.

Le groupe est composé de 4 aides-soignantes et 2 aides médico-psychologiques, d'une ASH, d'une infirmière, de l'infirmière coordonnatrice, du médecin du travail, du représentant du CHSCT (la secrétaire) et de la directrice. Le groupe est donc composé de 12 personnes. Ce comité est dirigé par la directrice.

En s'appuyant sur les résultats du questionnaire et les réunions, différentes situations problèmes ressortent :

- le nombre de toilettes le matin, synonyme de charge de travail importante en un temps relativement court,
- les difficultés de prise en charge par rapport aux pathologies, (manques de compétences et de savoirs),
- l'exigence des familles,
- l'accueil des nouveaux arrivants.

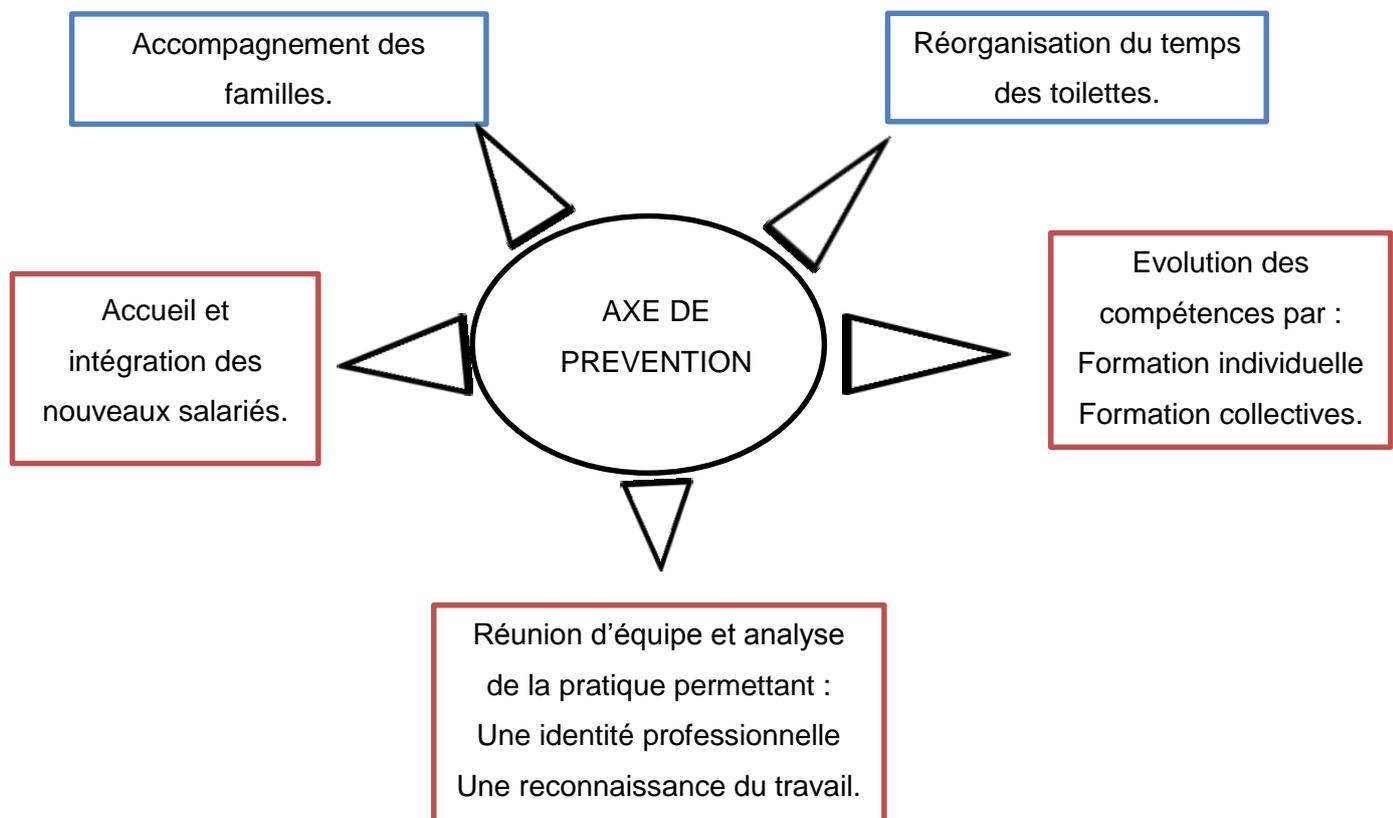
Ces quatre points seront abordés dans le prochain paragraphe.

### 3.3 Mise en place des actions.

Deux axes de travail sont empruntés pour la mise en place des actions :

- Les conditions de travail et son organisation (en bleu sur le schéma),
- le travailleur sur le plan individuel et collectif (en rouge sur le schéma)

Schéma des différentes actions de prévention.



### 3.3.1 La réorganisation du temps des toilettes

Le temps de toilettes est un moment très important au sein des EHPAD, c'est le moment le plus intense de la journée pour les AS/AMP. Elles doivent effectuer un certain nombre de toilettes en un temps restreint et ce dès le début de matinée, en raison de la participation de certaines personnes âgées aux animations.

Aujourd'hui, la prescription pour une douche ou bain est de 20 min, or dans la réalité, les AS mettent environ 35 minutes par patient.

De plus, il arrive souvent que ce temps de soins intime devienne la « corvée » pour les personnes âgées qui refusent d'aller se laver. Les soignants passent alors beaucoup de temps à les convaincre.

Le matin étant un moment clé pour cette catégorie professionnelle, les AS perdent souvent patience et sont parfois insistante envers les usagers. Ce temps de soins, de détente se transforme alors en un supplice pour tous.

Les matins, elles ont en charge chacune un secteur, soit 10 toilettes chacune et doivent faire en sorte que les personnes suivants les animations soient prêtes à temps. Malheureusement, dans le même temps, les infirmières ont aussi beaucoup de soins et accompagnent les médecins dans leurs visites, dérangeant ainsi les AS dans leurs tâches. Repenser cette période de toilette me paraît primordiale.

Pourquoi ne pas permettre quelques toilettes complètes le soir ?

Nombreuses sont les toilettes effectuées le soir par chacun d'entre nous. Permettre aux résidents de conserver leurs habitudes de vie fait partie intégrante du projet d'accompagnement individuel mais aussi, permettraient de faire de ce moment, un instant privilégié de détente pour les résidents et l'AS aurait aussi plus de temps pour effectuer ces gestes de soins.

Actuellement 2 AS effectuent des horaires de journées, dont la mission est d'aider leurs collègues (aide au repas et toilettes). Or, leurs missions n'étant pas clairement définies, ces aides fluctuent selon les personnes et leur volonté. Il me paraît donc intéressant de redéfinir ce poste, et leur permettre de réaliser ces temps de bains ou de douche, le matin comme le soir. Il me paraît alors primordial, d'établir un planning des bains et des douches en fonction des activités du lendemain et des habitudes de vie de chacun.

Dans l'idéal, 8 personnes pourraient être douchées ou bénéficier d'une toilette complète le soir et ainsi, soulager de 8 toilettes complètes le matin pour la structure, soit une toilette par secteur. De plus, les AS d'horaire de journée, peuvent effectuer 4 toilettes chacune, soit 8 toilettes sur l'ensemble des résidents, et être aidantes avec leur collègues du matin pour les toilettes les plus lourdes (planning défini à l'avance par l'Ide Coordinatrice).

Ce temps permettrait aux AS de faire 8 toilettes complètes par matinée et de prendre plus de temps avec chacun préservant ainsi l'autonomie de la personne âgée. En effet, le temps restreint accordé à chacun des résidents, poussent les AS à « faire à leur place ».

Un temps supplémentaire AS le soir me semble nécessaire afin d'accomplir ces toilettes, aider au repas et au couchage. Ainsi, 3 personnes au lieu de 2 seraient mobilisées pour effectuer ces soins (3 toilettes par personnes soit environ 1h30 à 2h/salariés entre 18h30 et 20h30). Il faut tenir compte du temps de repas, et donc tenir un planning des services du repas et des toilettes.

Ce temps supplémentaire AS peut être envisagé de 17h à 22h, ce qui permettra de coucher certaine personne un peu plus tard suivant leur habitude de vie, mais aussi de faire un lien entre l'équipe de jour et de nuit. Ces 5 heures /jours, représentent 35 heures par semaine, soit un ETP supplémentaire.

Cette nouvelle organisation, et l'embauche d'un ETP AS/AMP permettrait de réduire la charge de travail de chacun des salariés et ainsi, prévenir des risques psychosociaux.

Or, d'après le temps accordé par GIR, le nombre d'ETP de soins courant devrait être de 33 ETP. La structure employant 28 ETP, une marge de manœuvre de 5 ETP est donc possible. L'ARS et le CG ne pouvant jusqu'alors financer d'avantage, mon rôle sera alors de négocier cet ETP manquant qui met en danger la pérennité de la structure. La négociation de la convention tripartite aura lieu au cours de l'année, cela sera l'occasion de renégocier ce point au près des financeurs.

### **3.3.2 Accompagnement des familles**

Au vu des résultats de l'enquête, les salariés ne semblent pas avoir de retour gratifiant en provenance des familles de résidents. De plus, d'après le recueil de certains soignants les familles se sentent coupables et parfois ignorantes de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentés.

Actuellement le CVS se réunit 2 fois par an, il me semble raisonnable d'augmenter à une réunion par trimestre, voire plus si le CVS en ressent le besoin.

Le CVS sera suivi d'une réunion d'information sur les pathologies et les troubles du comportement des résidents atteint de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.

Un accompagnement des familles les impliquant dans la vie de leurs parents permettra une bonne intégration de ceux-ci dans la structure mais permettra aussi de leur faire comprendre les difficultés d'une telle prise en charge.

Organiser des réunions à thème sur les démences avec l'aide du médecin coordonnateur permettra aux familles de mieux comprendre certaines réactions et difficultés rencontrées. Leurs donner des repères sur ces pathologies et les inclure dans les animations permettra aussi, de faire ce lien indispensable entre les familles et les soignants.

Le but est d'intégrer totalement la famille dans le projet individuel d'accompagnement afin de mieux comprendre le passé de leur parent et ainsi faire évoluer celui-ci dans le temps.

Lors de conflits avec les familles, il me semble important de discuter du problème et d'échanger rapidement. Souvent les problèmes rencontrés sont mineurs mais deviennent

vite importants car non traités ou traités trop tard. Les familles se sentent alors délaissées et incomprises.

Les équipes ne peuvent supporter seules les reproches et les plaintes des familles. L'infirmière coordonnatrice sera donc chargée de prendre le relais et de recueillir les plaintes de ceux-ci et surtout de leur donner satisfaction. L'aide du directeur pourra être utile dans certaine situation, pour répondre aux questions et faire en sorte que les équipes se sentent soutenues.

### 3.3.3 **Accueil et intégration des nouveaux salariés**

Organiser l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés est une phase primordiale en termes d'adaptation du personnel<sup>76</sup>.

Il me semble important d'organiser un entretien d'accueil à l'entrée dans le poste en intégrant la remise de documents institutionnels et la visite de l'établissement.

De plus, informer les usagers et les personnels concernés de ce nouvel arrivant est nécessaire mais souvent oublié.

Permettre une bonne intégration, c'est aussi présenter le nouveau salarié à ces futurs collègues et instituer un salarié référent, tuteur pairs et de proximité qui accompagnera le nouvel arrivant dans son quotidien et son intégration au sein de l'équipe. Un doublon débutant/ expérimenté permettra cet accompagnement dans l'organisation du travail.

Enfin, expliquer et discuter en réunion d'équipe le projet d'établissement permettra au nouvel employé de mieux comprendre les objectifs et les pratiques mis en œuvre dans la structure. C'est aussi lui permettre d'accéder aux projets individuels d'accompagnement et de mieux cerner la population accompagnée.

En tant que directeur, il est important, de faire le point régulièrement avec le nouvel employé, afin de s'assurer de son intégration au sein de l'équipe et de son ressenti sur la prise en charge et l'organisation de la structure. Avoir un « regard neuf » sur la structure est toujours riche, intéressant et pertinent

Le partage, la transmission des savoirs, et la remise en question de chacun sur ses pratiques permettent de faire évoluer dans un même sens l'équipe et ses valeurs.

Un bon accueil et une bonne intégration dans une équipe permet de recruter et de fidéliser son personnel. Il faut donner envie au nouvel arrivant de rester dans la structure et le convaincre que cette équipe c'est aussi la sienne.

---

<sup>76</sup> ANESM, Janvier 2012, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, synthèse, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », [23.08.2014], disponible sur internet : [anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article692](http://anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article692).

### 3.3.4 Les salariés sur le plan individuel et collectif

#### A) Evolution des compétences individuelles et collectives

##### - Formation individuelle et collective : le plan de formation

L'élaboration du plan de formation est assurée sous la responsabilité de l'employeur, après consultation du représentant du personnel.

Les actions du plan de formation visent à assurer l'adaptation du salarié à son poste de travail (évolution et/ ou maintien dans l'emploi.) et à développer les compétences des salariés. Actuellement, des formations sur la manutention et la communication du sujet Alzheimer sont suivies mais le turn-over rend difficile ses applications. Décourageant, jusqu'alors la direction, les formations furent moins nombreuses et peinent à profiter à la structure. Les moyens financiers alloués aux formations se font suivant les disponibilités financières des OPCA.

- La formation individuelle :

Elle est indispensable pour faire évoluer les pratiques du salarié et lui permettre de développer ses compétences. Un accompagnement vers une amélioration des compétences permet au salarié d'être plus confiant sur ses pratiques et lui permettre d'atteindre un niveau « d'expert » dans sa profession.

Diverses formations sur les pathologies et la prise en charge spécifiques de ces pathologies seront proposées sur plusieurs années, donnant une perspective d'évolutions des compétences du salarié.

- La formation collective : la formation « Humanitude »

La formation collective, sous-entend, une formation reçue par toute l'équipe pluridisciplinaire. Peu importe le rôle de chacun dans la structure, cette formation informe et lie l'équipe vers une prise en charge différente.

Elle permet de regarder différemment la personne âgée et de comprendre qu'une autre prise en charge existe, qu'une prise en soins serait le terme le plus approprié.

De nombreux soignants, ressentent cette prise en charge comme « une charge », « une lourdeur » et non comme un accompagnement des soins de confort, d'une aide des gestes de la vie quotidienne. Prendre en soins, c'est apporter du soin en y intégrant toute la dimension d'humanité nécessaire à la vie ou survie de la personne âgée.

Cette formation permet donc d'établir un fil conducteur entre les différents acteurs de la structure, dans la prise en soins des résidents.

Ainsi, « l'Humanitude » est une philosophie au service des personnes âgées.

Créée il y a 30 ans par Yves Gineste et Rosette Marescotti, « l'Humanitude » révolutionne le monde de la gériatrie. Cette méthode propose une autre approche des soins dispensés aux personnes âgées dont le but est de les réhabiliter dans leur dignité et améliorer les relations entre patient et soignants.

« L'Humanitude » se définit par « *l'ensemble des éléments qui font qu'on se sent appartenir à l'espèce humaine et qui font qu'on reconnaît un autre humain comme appartenant à la même espèce que nous* »<sup>77</sup>.

Pour gérer les périodes d'agitation et d'opposition du résident dans le respect de l'individu, la méthodologie de soin Gineste-Marescotti utilise les bases de la communication comme le regard, la parole et le toucher qui sont actuellement, trop fréquemment refusés aux personnes âgées.

En effet, "*Celles-ci ne reçoivent en moyenne que 100 à 120 secondes de paroles par jour et 10 secondes de regards*" s'indigne Yves Gineste. "*Et encore : il s'agit de regards balayeurs, qui ne fixent pas mais réduisent au néant*"<sup>78</sup>. Alors, on comprend mieux le repli sur eux-mêmes ou les troubles du comportement comme l'agressivité ou la résistance aux soins de certains résidents.

La formation individuelle et collective devrait permettre d'améliorer les connaissances et les compétences des salariés. Or, la prise en charge des résidents étant personnalisée, les soignants sont confrontés à des difficultés relevant du cas par cas.

L'analyse de la pratique permettra alors, de faire évoluer leurs pratiques et de définir ensemble des choix d'accompagnement.

## **B) Analyse de la pratique :**

Cette analyse permet à chaque professionnel d'être libre d'exprimer sa vision du soin et d'échanger sur ses pratiques. La réflexion entre collègues amène l'équipe à uniformiser ses pratiques et à travailler ensemble.

Face aux difficultés rencontrées, échanger, uniformiser et trouver des solutions ensemble, conduit à une créativité du travail et à une cohésion d'équipe.

La créativité permet de tenir compte des difficultés de chaque résident et ainsi, établir une prise en charge personnalisée. Plusieurs réunions seront organisées par catégories professionnelles, afin de prendre en compte chaque profession dans ses difficultés :

- réunion IDE les mardis,
- réunions AS/AMP les mercredis,
- réunion ASH les jeudis.

Le temps d'échange sera de 30 à 45 min suivant les besoins, et se déroulera après les transmissions.

La reconnaissance au travail est une notion très importante qui permet de construire une identité professionnelle. Ainsi, la mise en place de réunion hebdomadaire (les vendredis pour toute l'équipe) permettra un suivi du travail des salariés par le médecin coordonnateur

---

<sup>77</sup> GINESTE Y., 2007, « l'Humanitude », [15.07.2013], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-3-page-165.htm>.

<sup>78</sup> GINESTE Y., MARESCOTTI R., 7 mars 2007, *Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, nouvelle édition Armand Collin, 150/319 pages.

et la psychologue, conduisant à une valorisation de ceux-ci. La présence de l'IDE coordinatrice et du directeur, permettra aussi d'établir une synthèse des difficultés que chacun a pu rencontrer lors des réunions par catégories professionnelles. Discuter, échanger sur la difficulté de travailler avec des déments, permet à l'équipe de se sentir soutenue et d'être reconnu professionnellement par d'autres professionnels de la santé.

Echanger, discuter d'un cas, d'une situation mettant à mal ses valeurs, c'est aussi se permettre de se questionner sur l'éthique.

L'éthique permet aux soignants d'être en accord avec leurs pratiques et de comprendre une décision médicale. L'éthique permet aussi de travailler au cas par cas et ainsi d'être dans une recherche constante d'une prise en charge personnalisée et de qualité.

Enfin, une réunion mensuelle avec une psychologue extérieure à la structure, permettra aux salariés de s'exprimer en toute liberté sur leurs pratiques et/ou leurs difficultés.

### **3.4 Les stratégies d'actions du directeur pour prévenir les RPS.**

#### **3.4.1 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences : la question de la fidélisation.**

Dans un contexte de secteur en forte mutation, pour des raisons sociétales et économiques, les questions de gestion des emplois et des compétences deviennent prépondérantes. Toutes les problématiques en relation avec la gestion des ressources humaines sont traversées par les questions d'attractivité et de fidélisation des professionnels de la santé.

Des études ont montré qu'une organisation favorisant la satisfaction au travail et la qualité des soins avait un impact sur le maintien dans l'emploi et le recrutement des personnels.

A l'inverse, les tensions engendrées par les contraintes et les motifs d'insatisfaction se traduisent par de l'absentéisme et une mobilité importante au sein des structures.

L'attractivité de ces métiers, le recrutement et la fidélisation s'en trouvent impactés.

L'important turnover de personnel engendre des difficultés pour stabiliser les équipes et les compétences, ce qui peut influencer sur la qualité des soins et le bien être des professionnels.

Du fait notamment de l'allongement de la vie professionnelle, la prévention de l'usure physique et mentale devient primordiale et doit faire partie intégrante de la politique des ressources humaines.

La mise en œuvre « d'une stratégie d'adaptation à l'emploi »<sup>79</sup> constitue une des modalités du soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance. Construites au regard de la « plus-value » apportée à l'utilisateur, avec la préoccupation permanente de son bien-être et de son développement, ces recommandations de bonnes pratiques professionnelles

---

<sup>79</sup> ANESM, juillet 2008, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », [13.06.2014], [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_synthese-bleu-strategieadaptationemploi.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-bleu-strategieadaptationemploi.pdf).

renvoient aux ajustements des pratiques et au développement des compétences dans l'exercice d'une activité en fonction du contexte de travail.

Processus continu, l'adaptation à l'emploi est sous-tendue par plusieurs principes :

- le sens du travail avec la population accompagnée, la relation avec l'utilisateur, le regard global et la personnalisation de l'accompagnement ;
- les dynamiques et interactions entre les professionnels, au sein de l'organisation et avec l'extérieur.

Ces recommandations ont pour objectifs de :

- contribuer à la prévention des risques de maltraitance involontaire des populations accompagnées, d'une part, et à la prévention des risques professionnels d'autre part ;
- anticiper et accompagner différents types d'évolutions,
- faciliter la prise de fonction, l'exercice professionnel dans la durée et les changements d'emploi au sein du secteur social et médico-social.

S'appuyer sur la qualité, les bonnes pratiques professionnelles et les recommandations de l'ANESM, me semble une opportunité pour permettre à chacun de trouver sa place dans la structure, assurer une qualité de prise en charge des usagers et établir une prévention des risques psychosociaux.

### **3.4.2 Intégrer les équipes dans la conception du nouveau projet d'établissement.**

Intégrer les équipes dans le projet d'établissement, c'est aussi leur permettre d'intégrer les valeurs et les objectifs de l'établissement. Ainsi, leur donner la possibilité de participer activement aux projets de l'établissement c'est leur permettre d'exercer et de promouvoir leurs compétences et les faire participer à une culture institutionnelle et d'équipe.

#### Démarche d'élaboration du projet d'établissement

La construction de ce projet a été conduite en équipes pluridisciplinaires afin de dégager les orientations stratégiques, les axes d'améliorations et les plans d'action qui en découlent pour mettre en œuvre le projet d'établissement 2014-2019.

Les grandes orientations ont été définies et seront le fil conducteur des actions à développer sur 5 ans.

#### Orientations du projet :

- continuer la prise en charge de personnes âgées atteintes de maladie neurologique dégénérative,
- continuer à développer l'hébergement temporaire et accueillir des personnes en situation d'urgence pour aider les aidants,
- garantir une qualité de la prise en charge des soins grâce à la qualification du personnel et l'application des référentiels de soins de la HAS et des recommandations de l'ANESM,
- poursuivre la qualité de la prise en charge dans le but de maintenir l'autonomie.

### 3.4.3 Actualiser, modifier le document unique (DU).

Le document unique est une obligation pour toutes les entreprises depuis 2001. Il transcrit les résultats de l'évaluation des risques sous la responsabilité de l'employeur et liste les solutions à mettre en œuvre. Ce document doit être mis à jour au minimum chaque année. Le DU doit contenir<sup>80</sup> :

- une identification des dangers,
- une hiérarchisation des risques (le classement permet d'établir les priorités et de planifier les actions de prévention),
- des propositions d'actions de prévention (elle s'appuie sur la compréhension des situations de travail à risque et sur les résultats de l'évaluation qui seront présentée aux délégués du personnel).

L'élaboration de ce document est sous la responsabilité de l'employeur mais il peut en confier la réalisation à toute autre personne qu'il estime compétente (représentants du personnel, CHSCT, organisme de formation....)

Depuis fin 2008, l'employeur doit rendre ce document accessible aux travailleurs et placer une affiche sur le lieu de travail pour indiquer où il est possible de le consulter.

### 3.4.4 Un management valorisant.

Dans la valorisation managériale, il y a diverses valorisations <sup>81</sup>:

- la valorisation de l'individu se fait par l'envoi de signes de reconnaissance en tant qu'être singulier et non en tant que simple membre d'une équipe,
- la valorisation du résultat concerne les résultats mesurable, mesurés et explicités (prime, commission, intéressement...)
- la valorisation de l'effort fourni s'appuie sur l'analyse du travail du supérieur hiérarchique. Les résultats n'étant pas obligatoirement liés à l'effort produit, il s'agit de reconnaître les notions d'engagement, de motivation et de prise de risque,
- la valorisation des compétences tant professionnelle que relationnelle qui est proche de la valorisation des résultats mais en y associant la responsabilité individuelle et le souci porté à autrui, l'altérité, le sens de la cohésion et l'entraide.

Ainsi, le directeur a donc un rôle essentiel pour motiver, valoriser, et impliquer le personnel dans son projet d'établissement.

Il est « manager » d'une équipe pluridisciplinaire (apport de savoirs et de pratiques différents) et intergénérationnelle (expérience plus ou moins longue qui permet d'équilibrer le cout des salaires et la transmission des savoirs) qui pourra optimiser ces compétences à travers un plan de formation, une évaluation, et une démarche qualité.

---

<sup>80</sup> INRS, 3 juillet 2012, « document unique, outil essentiel de la prévention », [17.09.2014], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/accueil/demarche/evaluation-risques/document-unique.html>.

<sup>81</sup> BERNARD O., BERNARD L., 2012, *lexique managérial*, édition Voilier d'Arbran. Page 405/421.

Un climat institutionnel qui favorise la reconnaissance permet aux salariés d'agir dans un univers, où ils peuvent exercer et promouvoir leurs compétences, et où ils ont le sentiment de participer à une culture institutionnelle et d'équipe.

### 3.4.5 La communication au sein de la structure.

Les EHPAD et plus particulièrement les directeurs sont concernés par la question de la communication tant interne qu'externe. Elle sert à façonner une identité et une image positive de l'établissement et soutient des modes de management. Elle représente une place tout autant symbolique, stratégique qu'indispensable. Elle est destinée aux usagers, aux personnels et à l'environnement.

#### A) La communication interne :

Au-delà de la transmission d'informations utiles, la communication interne a pour objectif de fédérer les équipes autour d'une culture, de valeurs, d'un langage en vue de maintenir un niveau élevé de leur engagement. Ainsi, l'évaluation, sous l'angle de la stratégie de communication peut « *permettre de donner du sens à l'action individuelle et collective des professionnels de terrain...C'est un moyen au service de la cohésion d'équipe* »<sup>82</sup>.

La notion de démarche participative des personnels et des usagers permet de penser l'information de manière interactive et non seulement descendante, ce qui participe à la bonne fluidité de la communication dans un système ouvert.

A charge aux directeurs de créer les conditions qui assurent cette stratégie. Un directeur qui développe une stratégie de communication efficace sur ses valeurs en interne est généralement bien disposé pour les communiquer en externe.

#### B) Communication externe :

La communication externe a beaucoup évolué dans les EHPAD, aidée notamment par le développement des outils de la loi 2002-2. Par exemple, une stratégie de communication développée autour de l'évaluation externe et interne de l'établissement peut devenir un instrument efficace de défense, d'illustration du projet d'établissement et de service auprès de son environnement.

Elle est en ce sens un levier de négociation avec le territoire auquel l'établissement appartient, les financeurs et les partenaires. Le directeur doit inventer les formes de communication qui permettront de situer son établissement dans l'interaction avec le monde extérieur.

La communication externe permet de faire la réputation de l'établissement : communiquer sur la formation et sur la fidélisation des salariés permet de rassurer les familles sur un suivi

---

<sup>82</sup> CHARLEUX F., *La question du sens à travers trois critères de performance : la pertinence, l'efficacité et l'efficience*, Les Cahiers de l'Actif, Qu'est-ce que la performance en action sociale ? Janvier/Avril N°416/417 ET 418/419, p.185.

des résidents de qualité. Le personnel est donc la vitrine de l'établissement et une bonne communication à l'environnement crée cette réputation solide d'une bienveillance.

Cette communication doit permettre également à l'établissement d'être identifié, reconnu et apprécié dans un secteur où la concurrence s'accroît.

Ainsi, l'établissement doit se tourner vers l'extérieur par l'échange des pratiques avec les autres EHPAD du secteur. Echanger sur les pratiques, c'est se permettre d'évoluer sans cesse, se remettre en question constamment, et se dire que nulle ne détient la vérité d'une prise en charge.

Cet échange permet aussi aux salariés de comprendre que les autres EHPAD connaissent les mêmes difficultés, et qu'ailleurs n'est pas forcément mieux.

Echanger avec les autres structures c'est aussi démontrer que l'on est fier de sa structure, que l'on est fier d'appartenir à une équipe, à des valeurs professionnelles.

Mutualiser des formations avec d'autres EHPAD, c'est permettre aussi de limiter les coûts de ceux-ci et améliorer les compétences des salariés du secteur.

#### **3.4.6 L'accompagnement au changement.**

Les EHPAD sont confrontés à une évolution constante des politiques publiques mais aussi à une évolution des caractéristiques du public. Ces structures, évoluent, mutent, fusionne, et le directeur est l'accompagnateur du changement. Il se doit d'évaluer les pratiques de sa structure, et de détecter les nouvelles caractéristiques des usagers, afin de mettre en place de nouvelles stratégies pour pérenniser sa structure et répondre aux missions qui lui incombent.

Mes objectifs seront donc de dynamiser le personnel pour favoriser une adaptation permanente des compétences, une mobilité préventive de l'usure et du désengagement (anticiper les risques psychosociaux), d'anticiper l'évolution des besoins des usagers, les techniques de prise en charge, la formation des employés et leur mobilité, d'optimiser les emplois en permettant une adéquation entre l'offre de service et les besoins des usagers et de motiver une équipe en vue de réaliser les objectifs et les missions de l'établissement. Ainsi, en tant que directrice, j'ai un rôle essentiel pour motiver, valoriser, et impliquer le personnel dans mon projet d'établissement. L'accompagnement au changement, pour tout directeur, c'est de prévoir et d'entreprendre, c'est manager des évolutions au sein de la structure. « *Changer, c'est avant tout se regarder, élargir le cadre de son expérience, interroger ses certitudes* »<sup>83</sup>.

Il s'agit pour le directeur, de permettre des transitions, des évolutions, des ruptures dans les habitudes, les mentalités ou les comportements. La résistance au changement est

---

<sup>83</sup> MIRAMON J-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, Paris : Edition presses de l'EHESP, p.106.

souvent une première réaction pour les institutions souvent conservatrices. Mais, « *Nul n'est hostile au changement pour peu qu'il y trouve un intérêt* »<sup>84</sup>.

La démarche qualité accompagne tout changement en profondeur décidé par la structure. Cependant, l'amélioration continue dépend du style de management.

Un management participatif est ainsi nécessaire pour :

- obtenir l'adhésion du personnel,
- stimuler la motivation du personnel et l'inciter à s'investir dans le processus du changement,
- acquérir de nouvelles compétences pour faire face à ces changements,
- pérenniser les actions sur le long terme.

Ainsi, « *les individus et les organisations s'épanouissent lorsque les gens voient ce qu'il y a de meilleur en eux, partagent leurs rêves et leur préoccupations de façon positive et lorsqu'ils rassemblent leurs voix dans une même direction pour créer, non seulement de nouveaux mondes, mais de meilleurs mondes* »<sup>85</sup>.

### **3.5 L'évaluation.**

La démarche d'évaluation du précédent plan d'action est placée sous la responsabilité de la direction et du comité de pilotage. Elle est de deux catégories :

#### 1- Une évaluation continue.

Elle permet le suivi et clôt chaque grande étape du projet. L'objectif de ce processus est la transparence et permet de déterminer si l'organisation ou le projet met en œuvre son action de manière efficace. Cela permet de rendre compte aux parties prenantes de l'avancée de la mise en place du projet et d'en prendre des mesures correctives si cela s'avère nécessaire. L'évaluation permet de répondre à diverses interrogations :

- Les acteurs ont-ils été suffisamment mobilisés pour contribuer à la réussite de l'action ?
- Avons-nous mis en place ce que nous avons prévu, et si non pourquoi ?
- Les acteurs ont-ils éprouvé du plaisir et de l'intérêt à participer au projet ?
- La démarche a-t-elle permis de développer de nouvelles connaissances ? de nouveaux questionnements ?
- A-t-elle suscité de nouveaux comportements ?

Le comité de pilotage sera chargé de réaliser la synthèse de ces évaluations et de diffuser un bilan du projet.

#### 2- Une évaluation finale.

Cette évaluation permet de mesurer l'impact de ce projet sur les salariés et sur la qualité des services rendus aux usagers mais aussi sur l'image de la structure.

---

<sup>84</sup> CROIZIER M, FRIEDBERG E, 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Edition Le seuil, tiré du livre 2011, *guide du métier de directeur*, Paris : Edition DUNOD, page 194.

<sup>85</sup> COOPERRIDER D., [www.ac-croitre.fr](http://www.ac-croitre.fr).

### Axe 1 : l'évaluation auprès des salariés.

- Cette évaluation consistera dans un premier temps à réévaluer les facteurs de RPS, c'est-à-dire, l'absentéisme, le turnover, les AT dans 1 an et de suivre cette évolutions sur plusieurs années. Ceux-ci devraient diminuer, et ainsi permettre à la structure de fidéliser ses salariés et devenir pérenne dans la stabilisation de ses équipes.
- Le plan d'action mis en place dans la réorganisation du travail (temps de toilettes et réunions d'équipes) sera évalué sur le moyen terme, dans 3 mois, 6 mois et sur le long terme à un an.
- Afin de pouvoir réajuster si nécessaire cette réorganisation, des réunions de suivi seront organisées par le même comité de pilotage.
- De plus, les entretiens annuels d'évaluation des salariés, seront un moment privilégié d'échange avec la direction pour récupérer les impressions et le ressenti des salariés sur leurs nouvelles conditions de travail et sur le relationnel avec les familles (se sentent-ils toujours agresser par les familles ?). Ce moment permettra aussi de discuter des difficultés rencontrées auprès des résidents, de leur famille et ainsi leur proposer des formations adéquates à leur besoin.
- Les formations réalisées seront évaluées par les salariés afin d'apprécier la nécessité de celles-ci sur la prise en charge et sur l'acquisition de compétences. Un retour de chaque formation sera faites par les salariés ayant suivi celles-ci lors des réunions d'équipe afin de mettre en application de suite les recommandations.
- Enfin, le même questionnaire pourra être redistribué dans un an, pour comparer l'évolution de leur ressenti sur les conditions de travail et la nouvelle organisation de la structure (impact des diverses réunions d'équipe sur leurs conditions de travail).

### Axe 2 : l'évaluation auprès des résidents et leur famille.

- Afin d'évaluer la qualité de services rendus, un questionnaire de satisfaction sera distribué aux familles pour évaluer leur ressenti sur la qualité des services rendus. On devrait noter une amélioration du comportement des familles, moins d'agressivité et plus de respect du travail des équipes.
- La mise à jour régulière (minimum 1 fois par an) du projet d'accompagnement personnalisé avec les référents, le médecin coordonnateur, la psychologue et la famille, devrait permettre une meilleure prise en charge du résident et répondre ainsi aux attentes des familles.
- Des usagers apaisés, une baisse des troubles du comportement remarquée, seront le signe d'une prise en soins nouvelle et adéquate. L'utilisation de l'outil NPI-ES, permettra d'évaluer l'évolution des troubles du comportement des résidents et de l'impact de ceux-ci sur les salariés.
- Les CVS, seront l'occasion d'un échange sur cette nouvelle organisation et prise en soins.

## Conclusion

Le travail de réflexion mené ici a permis de remarquer que les changements et les mutations sociétales obligent le directeur d'un EHPAD à s'adapter à l'évolution du public, du travail et des politiques publiques. Ainsi, le directeur anticipe, accompagne les salariés vers le changement dans un unique objectif : le bien-être des usagers.

Depuis quelques années, par les réformes mises en place par les politiques publiques, le traitement de l'utilisateur est passé dans une logique d'assistance à une logique de prestations de service à la personne. Ainsi, ce n'est plus à l'utilisateur de s'adapter à la structure mais à la structure de s'adapter à l'utilisateur.

Dans le cas d'une structure telle que les « Jardins d'Iris » dont la principale spécificité est de prendre en charge des résidents atteints de lourdes pathologies, l'adaptation nécessaire à leur bien-être incombe principalement au personnel soignant.

L'individualisation de la prise en charge des résidents et le poids de leurs pathologies engendrent de grandes difficultés pour les soignants. Celles-ci sont généralement d'ordre émotionnel : faire face à la souffrance et à la mort des personnes âgées peut confronter l'équipe soignante à des conditions de travail pénibles et à de l'usure professionnelle et les mener à des risques psychosociaux qui ont des conséquences directes sur les usagers.

Le directeur doit alors trouver des solutions de protection et d'accompagnement permettant d'améliorer la qualité des services rendus aux usagers, tout en garantissant la sécurité et le bien-être au travail de ses salariés.

Mettre en place une prévention des risques psychosociaux constitue l'un des piliers du management des ressources humaines en EHPAD, mais contribue aussi à une amélioration de la qualité des services rendus aux usagers.

La formation CAFDES m'a permis d'appréhender ce secteur et de me confronter aux difficultés du métier de directeur.

Etre directeur c'est avant tout mobiliser et mutualiser des compétences, c'est permettre à chacun de prendre sa mesure, déployer ses capacités et rester créatif. Mais pour ce faire, il ne s'agit pas d'appliquer une technique « préconçue », il faut s'adapter et écouter les autres et savoir prendre en compte leurs besoins tout en gardant en mémoire que l'un des rôles d'un directeur est aussi d'être un bon gestionnaire.



---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- ARCAND M., BRISSETTE L., 2012, *Accompagner sans épuiser*, édition ASH, 154 p.
- BERNARD O., BERNARD L., 2012, lexique managérial, édition Voilier d'Arbran. 421 p.
- CANOUI P., MAURANGES A., 1948, *le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burnout aux réponses*, édition Masson.
- CLOT Y., *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, 2010, Paris, édition La Découverte, 192 p.
- CROIZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, édition Le seuil, tiré du livre « guide du métier de directeur », 2011, Paris, édition DUNOD, 489p
- DEBOUT M., 2003, Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées, Paris : Edition EHESP.
- DESROCHES A., BAUDRIN D., DADOUN M., *L'analyse préliminaire des risques*, 2009, Paris, édition Lavoisier.
- EYNARD C., PIOU O., VILLEZ A., 2009, *Conduire le changement en gérontologie, principes, méthodes et cas pratiques*, édition DUNOD, 272 p.
- GINESTE Y., MARESCOTTI R., 7 mars 2007, Humanitude : Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux, nouvelle édition Armand Collin, 319 p.
- LEFEVRE P., 2011, *Guide du Métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, édition DUNOD, 495 p.
- MEDA D., VENDRAMIN P., aout 2013, *réinventer le travail*, édition Puf, 258 p.
- MEDA D., 2011, *Travail : la révolution nécessaire*, édition de l'Aube, 95 p.
- MEULEMAN F., 2011, *Vaincre l'absentéisme*, édition DUNOD 187 p.
- MINTZBERG H., 2011, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, 2ème édition, Eyrolles, 283 p.
- MINTZBERG H., 2011, *Manager, ce que font vraiment les managers*, Edition Vuibert, 350p.
- MIRAMON J-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, édition EHESP, 106 p.
- PLOTON L., 2010, *Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer*, édition Chronique sociale.
- PRIOU J., DEMOUSTIER S., 2011, *Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, DUNOD, 183 p.
- VALLERY G., LEDUC S., 2012, *Les risques psychosociaux*, collection Que sais-je, édition Puf, 126 p.

VERCAUTEREN R., 2009, *Directeur d'établissement pour personnes âgées, rôles et exercices*, édition Doc, 143 p.

VILLA F., les effets du temps, 27/01/1996, 12ème journée d'étude de l'ARAGP Lyon 8ème, Paris : ARAGP, 1996,33 p.

### **Site internet**

ANACT, « dossier absentéisme », [08.05.2014], disponible sur internet :

<http://www.anact.fr/web/dossiers/pilotage-conditions-travail/absenteisme>

ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, [08.08.2014], disponible sur internet :

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article677&var\\_mode=calcul](http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article677&var_mode=calcul).

ANESM, Février 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », [12.06.2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf).

ATOUSANTE, LA SANTE AU TRAVAIL, 2 juillet 2014, « les risques psychosociaux » [31.07.2014], disponible sur internet : <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/stress-professionnel-questionnaire-karasek/>.

AZ L'ENGAGEMENT DE TOUS. « Qu'est-ce-que le plan Alzheimer 2008-2012 ? » [12.02.2014], disponible sur internet : <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-la-maladie-d-alzheimer-.html>.

CNSA, octobre 2013 « Les soins en EHPAD en 2012 : le financement de la médicalisation & le bilan des coupes pathos », [20.07.2014], disponible sur internet :

[http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Bilan\\_medicalisation\\_coupes\\_pathos\\_EHPAD\\_vf2.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Bilan_medicalisation_coupes_pathos_EHPAD_vf2.pdf).

CODE DE L'ACTION SOCIAL ET DES FAMILLES. Loi 2002-2, article L 116-1 du code de l'action sociale et des familles du 3 janvier 2002. [visité le 15.12.2013], disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Dernière modification 25.05.2013. [25.08.2013], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475>

CODE DU TRAVAIL ET LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. LOI no 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail. Journal officiel, n°5 du 7 janvier 1992, [12.08.2013], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&dateTexte=&categorieLien=id>

CODE DU TRAVAIL. CHAPITRE II HARCELEMENT MORAL, articles L.1152-1 à 3 du Code du Travail, [01.05.2008], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006177845&cidTexte=LEGITEXT000006072050>

COOPERRIDER D., [www.ac-croitre.fr](http://www.ac-croitre.fr).

Définition de la maladie d'Alzheimer, [02.07.2014], disponible sur internet : [www.dictionnairemediadico.com](http://www.dictionnairemediadico.com)

Dossier Grand angle, septembre 2011, « Agir plus et mieux face au mal-être au travail », TSA Magazine, N° 25, [08.06.2014], disponible sur internet : [www.editions-legislatives.fr](http://www.editions-legislatives.fr)

FONDATION EUROPEENNE POUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL, 2007, « 4ème enquête de la fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail », [12.05.2014], disponible sur internet : [www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/fr/1/ef0698fr.pdf).

GINESTE Y., 2007, « l'Humanitude », [15.07.2013], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2008-3-page-165.htm>.

INRS, juillet 2013 « Faire le point sur les risques psychosociaux », [07.05.2014], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/outils.html?refIINRS=outil37>.

INRS, 3 juillet 2012, « document unique, outil essentiel de la prévention », [17.09.2014], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/accueil/demarche/evaluation-risques/document-unique.html>.

INSEE, Septembre 2005, « Projection de la population à l'horizon de 2050 », [30.06.2014], disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=projpop0550>.

KGPM. Observatoire des EHPAD 2012, [01.02.2014], disponible sur internet : <http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EPHAD-2012.pdf>.

LAURENT P., 29 novembre 2012, "L'ambiance de travail est aussi vitale que l'oxygène dans l'air", [29-08-2014], disponible sur internet : [www.lexpress.fr](http://www.lexpress.fr)

LE BIHAN Blanche, Entretien réalisé en mai 2011, « Faut-il se méfier d'une définition simpliste de la notion d'âge ? », [12.05.2014]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000018-la-dependance-des-personnes-agees-quels-defis-pour-la-france/questions-a-blanche-le-bihan>.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE ; Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, Journal Officiel n°40 du 16 février 2002, texte n° 18, [03.09.2014], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000410355&dateTexte=&categorieLien=id>.

OETH, juin 2009, « Prévention des risques psychosociaux dans le secteur médico-social. Constats et préconisations », [25-08-2014], disponible sur internet : [www.oeth.org](http://www.oeth.org).

OMS, « Définition de l'OMS dans sa classification internationale des maladies » (10ème édition), [03.07.2014], disponible sur internet : [www.alzheimer-adna.com](http://www.alzheimer-adna.com).

OMS, « Définition de la maltraitance », [15.07.2014], disponible sur internet : [www.oms.fr](http://www.oms.fr).

OMS, « La démence », Aide-mémoire N°362, Avril 2012, [03.08.2014], disponible sur internet : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>.

SYNERPA, 2012 « Les EHPAD en chiffre », [30.06.2014], disponible sur internet : <http://www.synerpa.fr/content/les-interlocuteurs-politiques.html>.

VETEL J-M., Mars 2011, « Comment analyser les données de PATHOS et AGGIR ? », [02.08.2014], [http://www.cnsa.fr/article.php3?id\\_article=837&var\\_vetel](http://www.cnsa.fr/article.php3?id_article=837&var_vetel).

[www.editions-tissot.fr](http://www.editions-tissot.fr).

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

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

### **Revues**

ALLPORT, 1954, "The historical background of modern social psychology" Ed G. LINDZEY & E ARONSON, *The Handbook of Social Psychology*. Addison-Wesley.

ANESM, Janvier 2012, Recommandations des bonnes pratiques professionnelles, synthèse, « Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », [23.08.2014], disponible sur internet : [anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article692](http://anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article692).

ANESM, juillet 2008, Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, «Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées », [13.06.2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_synthese-bleu-strategieadaptationemploi.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-bleu-strategieadaptationemploi.pdf).

ANESM, Février 2008, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », [13.07.2014], disponible sur internet : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_bientraitance.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf).

ANESM, 2010, recommandations de bonnes pratiques professionnelles, «Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » Projet d'établissement, [03.05.2014], disponible sur internet :

[http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_projet\\_etablissement\\_service\\_anesm.pdf](http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf), p 16.

CHARLEUX F., « La question du sens à travers trois critères de performance : La pertinence, l'efficacité et l'efficience », *Les Cahiers de l'Actif*, Qu'est-ce que la performance en action sociale ? Janvier/Avril N°416/417 ET 418/419 ; p.185

CHORUM, CIDES et ARACT Nord pas de calais, février 2012. Guide méthodologique « prévenir des RPS dans le secteur médico-social », [13.08.2014], disponible sur internet : [http://www.npdc.aract.fr/IMG/pdf/Guide\\_RPSMS - vfinale.pdf](http://www.npdc.aract.fr/IMG/pdf/Guide_RPSMS_-_vfinale.pdf).

DARES, Mai 2008, « Les facteurs de risques psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire Karasek dans l'enquête Sumer 2003 », N°22.1, [23.11.2013], disponible sur internet : [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1\\_v3.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf)

DIRECCTE ALPE COTE D'AZUR. Santé et sécurité au travail. La prévention en action. [03.07.2013], disponible sur internet : [http://www.sante-securite-paca.org/risques\\_prevention/risques\\_psychosociaux/index.php](http://www.sante-securite-paca.org/risques_prevention/risques_psychosociaux/index.php)

INRS, 1er trimestre 2011, « Risques psychosociaux : outils d'évaluations », documents pour le médecin du travail, N°125.

JARDINAUD M., décembre 2009, « Prévenir les risques psychosociaux ». Directions, n°69, page 32.

MOSCOVICI S., 1984. « Psychologie Sociale », Paris, Presses Universitaires de France.

NOEL S., SABER M., mars 2007, « Vers une bientraitance de la personne âgée en milieu institutionnel ? », *Revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, n°133, page 113.

SAFY-GODINEAU F., 2013, « La souffrance au travail des soignants : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion ». *La nouvelle revue du travail*, [www.nrt.revues.org/1042](http://www.nrt.revues.org/1042)

SYNERPA, 2013, Dossier « rapport de branche 2012 », syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées, 78 pages.

TERREAU C., mai-juin 2007, « Épuisement professionnel et maltraitance des personnes âgées en institution », *Soins Gériatrie*, n°65, page 38.

### **Cours**

ARNOLD Stéphane, Cours de Gestion financière, IRTESS Dijon, 03/2014.

POETE - Bertrand, « Les conditions de travail et l'usure professionnelle » 10/01/2014 cours de l'IRTESS Dijon.

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1 : Dix propositions pour le bien-être et l'efficacité au travail**

**ANNEXE 2 : Répartition par âge des personnes âgées dépendantes et évolution**

**ANNEXE 3 : La grille AGGIR**

**ANNEXE 4 : Etude réalisée auprès des soignants**

**ANNEXE 5: Pyramide des âges des salariés en France**

**ANNEXE 6 : Faire le point sur les risques psychosociaux**

**ANNEXE 7: Questionnaire distribué aux salariés**

**ANNEXE 8 : Restitution questionnaire**

**ANNEXE 9 : Restitution du questionnaire par tri à plat**

**ANNEXE 10 : Restitution questionnaire par catégorie professionnelle**

## **ANNEXE 1 : Dix propositions pour le bien-être et l'efficacité au travail**<sup>86</sup>

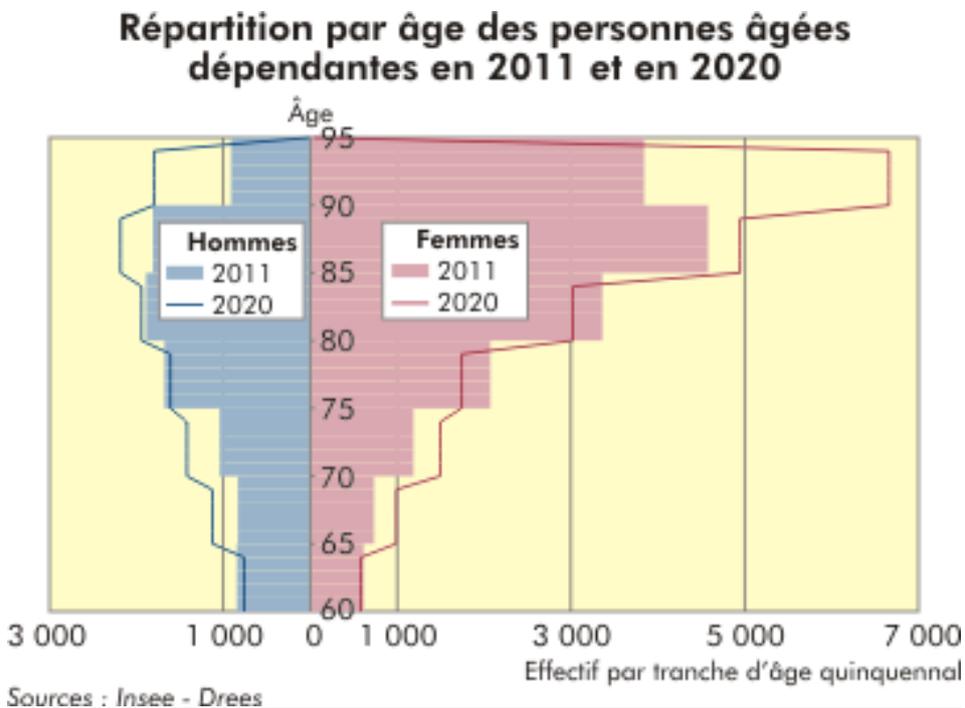
D'après le rapport Lachmann *et al* (2010.)

1. L'implication de la direction générale et de son conseil d'administration et indispensable : l'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain, et donc la santé des salariés.
2. La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas : les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé.
3. Donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail
4. Impliquer les partenaires sociaux dans la construction des conditions de santé. Le dialogue social, dans l'entreprise et en dehors, est une priorité.
5. La mesure induit les comportements : mesurer les conditions de santé et de sécurité au travail est une condition du développement du bien-être en entreprise.
6. Préparer et former les managers au rôle de manager : affirmer et concrétiser la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes.
7. Ne pas induire le collectif au travail à une addition d'individus : valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivante et plus efficaces.
8. Anticiper et prendre en compte l'impact humain des changements : tout projet de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humains du changement.
9. La santé au travail ne se limite pas aux frontières de l'entreprise ; L'entreprise à un impact humain sur son environnement, en particulier sur ses fournisseurs.
10. Ne pas laisser le salarié seul face à ses problèmes.

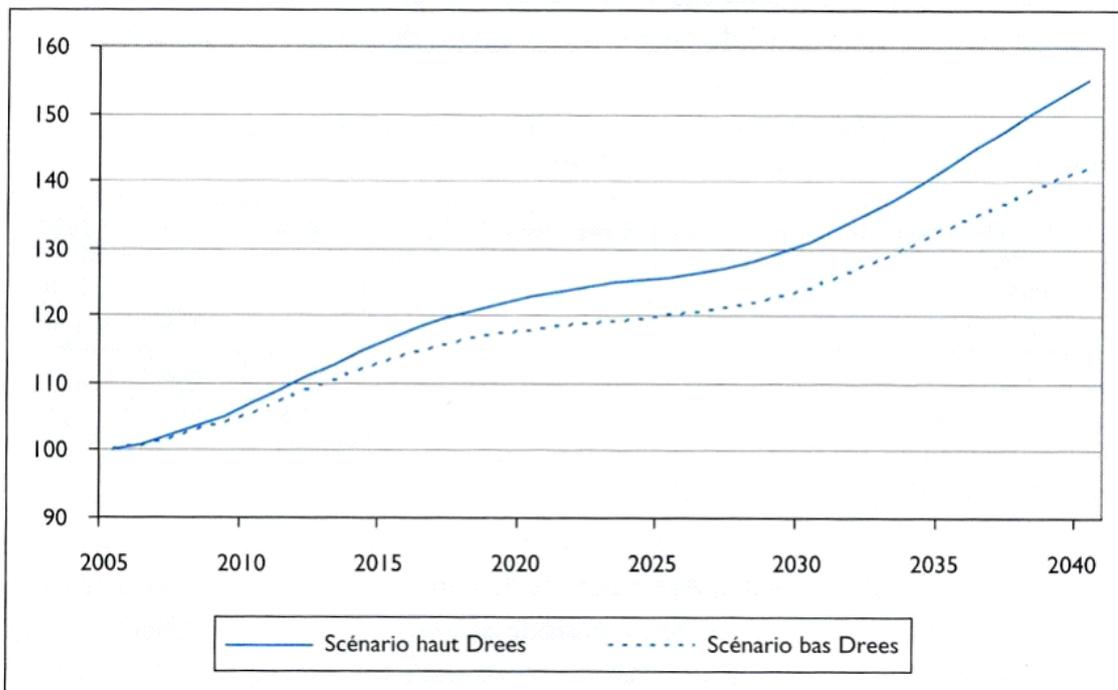
---

<sup>86</sup> VALLERY G., LEDUC S., 2012, *Les risques psychosociaux*, Ed Puf, collection « Que sais-je », page 10/126.

**ANNEXE 2 : répartition par âge des personnes âgées dépendantes et évolution**



**Figure I – Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes à l’horizon 2040 (indice 100 en 2006)**



Source : Scénarios d'évolution Drees utilisés pour le rapport Gisserot, recalés sur les projections démographiques 2006 de l'Insee pour la France métropolitaine.

### ANNEXE 3 : La grille AGGIR<sup>87</sup>

<p>Chaque variable doit recevoir l'évaluation "A", "B" ou "C"          On utilise pour apprécier chaque activité les adverbes:          -Seul          -Spontanément          -Totalelement          -Correctement          -Habituellement</p> <p>On attribue "A" si l'on a une réponse positive aux 5 adverbes          On attribue "B" si l'on a une réponse négative à certains adverbes          On attribue "C" si l'on a une réponse négative aux 5 adverbes</p> <p>Le résultat obtenu permet d'apprécier la dépendance de la personne et servira à mettre en place les aides adéquates dans le cadre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)</p>					
			<b>Evaluation</b>		
<b>Variables Discriminantes</b>			<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>1</b>	<b>Cohérence</b>	<p>Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises.            Il faut coter la communication (verbale et non verbale) avec autrui <b>et</b> le comportement (logique, rationalité, conforme au sens commun).            AA = A            CC ou CB ou BC ou CA ou AC = C            AB ou BA ou BB = B</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2</b>	<b>Orientation</b>	<p>Se repérer dans le temps (jour et nuit, matin et soir), dans les lieux habituels.            Il faut coter l'orientation temporelle <b>et</b> l'orientation spatiale.            AA = A            CC ou CB ou BC ou CA ou AC = C            AB ou BA ou BB = B</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3</b>	<b>Toilette</b>	<p>Faire seul, en entier, habituellement et correctement sa toilette du haut et du bas.            Il faut coter la toilette du haut (visage, tronc, membres supérieurs, rasage, coiffage) <b>et</b> du bas (régions intimes, membres inférieurs, pieds).            AA = A            CC = C            Autres = B</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4</b>	<b>Habillage</b>	<p>S'habiller seul, totalement et correctement.            Il faut coter l'habillage du haut (bras, tête) <b>et</b> du milieu (boutons, ceinture, bretelles..) <b>et</b> du bas (pantalon, chaussettes, bas, chaussures).            AAA = A            CCC = C            Autres = B</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5</b>	<b>Alimentation</b>	<p>S'alimenter seul et correctement.            Il faut coter "se servir" (couper la viande, ouvrir un pot, se verser à boire, peler un fruit..) <b>et</b> manger (seul, proprement).            AA = A            CC ou BC ou CB = C            Autres = B</p>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<sup>87</sup> <http://www.masef.com/>

<b>6</b>	<b>Elimination</b>	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination urinaire et anale. Il faut coter l'élimination urinaire <b>et</b> anale (lieu adéquat, proprement). AA = A CC ou BC ou CB ou AC ou CA = C Autres = B	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7</b>	<b>Transferts</b>	Se lever, se coucher et s'asseoir seul. Par convention, la non réalisation spontanée, non habituelle, non correcte des "levé/couché" et "couché/levé" se cote C	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8</b>	<b>Déplacements intérieurs</b>	Se déplacer seul (éventuellement avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant) dans les pièces à vivre jusqu'à la boîte aux lettres.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9</b>	<b>Déplacements extérieurs</b>	Dépasser seul le seuil de sa porte ou au delà de la boîte aux lettres. Cette variable n'a aucune incidence sur le GIR	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>10</b>	<b>Communication à distance</b>	Utiliser les moyens de communication à distance (téléphone, alarme..) Cette variable n'a aucune incidence sur le GIR	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>GIR résultant</b>			6		
<input type="button" value="Restaurer"/> <input type="button" value="←"/> <input type="button" value="→"/>					

#### **ANNEXE 4 : Etude réalisée auprès des soignants.**

Cette étude est réalisée par Marie-Agnès Manciaux, Catherine Schmitt ainsi que le groupe RIDUL, qui a pour objectif de comprendre les représentations des soignants de 5 unités de soins longue durée Lorraine et ainsi de déterminer ce qu'ils considéraient comme violences. Les résultats sont ainsi résumés dans le tableau.

<b><u>Causes des violences</u></b>	<b><u>Proportions</u></b>
<b>Causes liées au personnel</b>	78/120 ou 65%*
- <b>Choix du service</b>	3%
- <b>Compétences, formation</b>	34%
- <b>Burn out</b>	42%
- <b>Ambiance</b>	20%
- <b>Relation mort, vieillesse</b>	13%
<b>Causes institutionnelles</b>	51/120 ou 43%
- <b>Vie en collectivité</b>	18%
- <b>Manque de moyens</b>	35%
- <b>Routine</b>	18%
- <b>Locaux</b>	13%
<b>Causes liées aux personnes âgées</b>	21/120 ou 17%
- <b>Vulnérabilité</b>	3%
- <b>dépendance</b>	10%
- <b>Pathologie</b>	12%

\*Lecture : sur 120 questionnaires, 78 réponses citent au moins une cause liée au personnel, soit 65% des personnes interrogées.

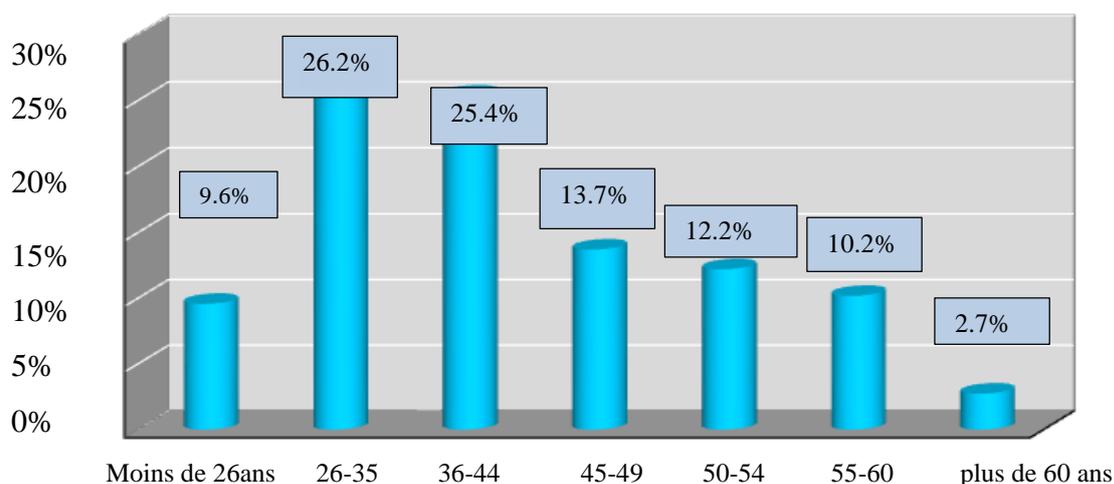
## **ANNEXE 5: Pyramide des âges<sup>88</sup> des salariés en France**

Répartition des salariés entre les différentes tranches d'âges, toutes filières confondues en pourcentage.

Dans sa physionomie, la pyramide des âges reste la même qu'en 2011. On peut en revanche relever :

- une légère baisse des moins de 26 ans (- 0.2 points)
- une stabilité des 26 ans – 44 ans :
- 26 – 35 ans : + 0.1 points
- 36 – 44 ans : inchangés

L'âge moyen du salarié est passé de 40.81 à 40.92 ans.



### **L'âge moyen des salariés est de 40.92 ans**

---

<sup>88</sup> Dossier « rapport de branche 2012 », syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées, SYNERPA

## ANNEXE 6 : Faire le point sur les risques psychosociaux<sup>89</sup>

### Risques psychosociaux et petites structures Outil "Faire le point" Secteur sanitaire et social

#### RÉSULTATS

Ce tableau vous permet de visualiser vos résultats en trois niveaux (faible, modéré, élevé), avant de lire la synthèse.

Thème	Niveau d'intensité du risque
Impact des RPS sur la structure et les salariés	Élevé
Intensité et temps de travail	Élevé
Exigences émotionnelles	Modéré
Autonomie	Modéré
Rapports sociaux au travail	Faible
Sens du travail	Modéré
Insécurité de la situation de travail	Modéré
Contexte de prévention dans la structure	Faible

Ces résultats ne préjugent pas des mesures et moyens de prévention pouvant exister dans la structure.

De plus, les caractéristiques du secteur sanitaire et social accentuent le niveau d'intensité de certaines familles de facteurs de risque.

---

<sup>89</sup> INRS, juillet 2013 « Faire le point sur les risques psychosociaux », [07.05.2014], disponible sur internet : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/outils.html?refINRS=outil37>.

## **ANNEXE 7: Questionnaire distribué aux salariés.**

### **Enquête sur les conditions de travail et les facteurs de risques psychosociaux**

Elève directeur d'établissement social et médicosocial, dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je travaille sur les conditions de travail et les risques psychosociaux en EHPAD. Ce questionnaire **anonyme**, comporte plusieurs parties. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il faut choisir les réponses qui correspondent le mieux à ce que vous vivez ou ressentez. Le temps nécessaire pour répondre au questionnaire est de moins de **10 min**.

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez m'envoyer un mail : [helenerévillon@gmail.com](mailto:helenerévillon@gmail.com).

#### **Caractéristiques individuelles :**

femme

homme

##### • **sexe :**

##### • **Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?**

18-30  
ans

31-40  
ans

41-50  
ans

51-60  
ans

+ 60 ans

##### • **Quelle est votre situation familiale ?**

Je vis en couple

Je vis seule

##### • **Nombre d'enfants à charge ?**

aucun

1

2

3

4 et +

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

IDE

AS/AMP

ASH

Autre.....

##### • **Quelle est votre ancienneté dans cet EHPAD ?**

- de 1  
an

De 1 à 3  
ans

De 3 à 5  
ans

+ 5  
ans

##### • **Quelle est votre ancienneté dans le secteur ?**

- de 1 an

De 1 à 5  
ans

De 5 à 15  
ans

+ 15 ans

##### • **Vous êtes :**

En CDI

En

Autre :.....

CDD

#### **Autonomie :**

##### **1- Dans mon travail :** (vous pouvez cocher plusieurs cases)

J'ai des activités variées

J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de la journée

J'ai de la liberté pour décider comment je fais mon travail

J'effectue des tâches répétitives

**2- Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même :**

oui       non

**3- Mon travail me demande un niveau de compétences :**

oui       non

**4- Dans mon travail, j'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles**

Toujours       souvent       parfois       jamais

### Charge de travail

**5- Mon travail me demande de travailler vite**

Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**6- La quantité de travail qui m'est demandée est excessive :**

Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**7- Je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail**

Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**8- Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes**

oui       non

**9- Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard**

Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

### Soutien au travail :

**10- Mon supérieur<sup>90</sup> prête attention à ce que je dis**

Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**11- Mon supérieur<sup>91</sup> m'aide à mener les tâches à bien**

---

<sup>90/2</sup> Il s'agit ici du supérieur direct, celui qui organise votre activité

- Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**12- Les collègues avec qui je travaille sont des professionnels compétents**

- Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**13- Les collègues avec qui je travaille sont amicaux**

- Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**14- Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien**

- Tout a fait d'accord       Plutôt d'accord       Plutôt pas d'accord       Pas du tout d'accord

**Reconnaissance**

**15- Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles**

- oui       non

- Si non,  ça ne me dérange pas,       cela me dérange un peu       cela me dérange beaucoup

**16- Mes perspectives d'évolutions professionnelles sont fortes**

- oui       non

- Si non,  ça ne me dérange pas,       cela me dérange un peu       cela me dérange beaucoup

**17- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes supérieurs**

- Toujours       Souvent       Parfois       Jamais

**18- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes collègues**

- Toujours       Souvent       Parfois       Jamais

**19- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les résidents**

- Toujours       Souvent       Parfois       Jamais

**20- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les familles des résidents**

- Toujours       Souvent       Parfois       Jamais

**Sens du travail**

**21- les tâches que j'effectue sont intéressantes**

- oui       non

**22- Les tâches que j'effectue correspondent à mes attentes**

- oui       non

**23- Dans mon travail j'ai le sentiment de faire quelque chose d'utiles aux autres**

- oui       non

**24- Le travail que je fais n'importe qui pourrait le faire**

- oui       non



**Ambiance au travail**

**32- Je trouve que l'ambiance au travail est : (vous pouvez cocher plusieurs cases)**

- sereine       tendue       calme       dynamique       froide
- confiante       chaleureuse       agressive       conflictuelle       malveillante

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

- Mes collègues       Ma hiérarchie       La direction
- Médecin du travail       Organisme syndicale ou représentant du personnel

**34- Considérez-vous que votre poste de travail et son environnement soient satisfaisants ?**

- oui       non

**Vision d'avenir**

**35- D'après vous dans 3 ans, vous pensez que : (vous pouvez cocher plusieurs cases)**

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

**Questions générales**

**36- Par rapport à ma situation professionnelle prise dans sa globalité, je suis:**

- Tout a fait satisfait       Plutôt satisfait       Plutôt pas satisfait       Pas du tout satisfait

**37- Proposition d'amélioration au sein de l'EHPAD :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire et d'avoir ainsi participé à mon mémoire professionnel. Un retour des résultats de l'enquête pourra vous être effectué.

## ANNEXE 8 : Restitution questionnaire

<b>Caractéristiques individuelles</b>	Sexe	81% de femmes
	Tranche d'âge : -40ans	<b>71.5%</b>
	Vis en couple :	76.2%
	Enfants à charge	29%
	Fonction	AS/AMP : <b>76.1%</b> , IDE : 14.3%, ASH : 9.6%
	Ancienneté, < 5 ans	<b>66.7%</b>
	Expérience professionnelle	<b>61.9% débutant</b> (<5 ans)
Type de contrat	<b>81% CDI</b> , 9.5% CDD et intérim	
<b>Autonomie (Latitude décisionnelle)</b>	Mes activités sont variées	<b>66.6%</b>
	Je peux influencer ma journée	<b>38.1%</b>
	Libre de décider comment faire son travail	<b>57.1%</b>
	Mes tâches sont répétitives	<b>62%</b>
	Mon travail me permet de prendre des décisions	66.6%
	Mon travail demande 1 niveau de compétences	100%
	Occasion de développer des compétences	85.7%
<b>Charge de travail</b>	Dois travailler vite	<b>95.2%</b>
	Quantité de travail importante	<b>71.5%</b>
	Pas assez de temps pour faire son travail	<b>71.4%</b>
	Reçois des ordres contradictoires	<b>33.3%</b>
	Tâches interrompues, inachevées	<b>71.4%</b>
<b>Soutien au travail</b>	Mon supérieur prête attention à mes propos	90.5%
	Mon supérieur m'aide à mener mes tâches à bien	85.7%
	Mes collègues sont compétents	95.2%
	Mes collègues sont amicaux	85.7%
	Mes collègues m'aident	100%
<b>Reconnaissance</b>	Soutien dans les moments difficiles	100%
	Perspectives d'évolution forte	<b>61.9%</b>
	Travail apprécié à sa juste valeur	76.2%
	Mon travail est apprécié par les collègues	80.9%
	Mon travail est apprécié par les résidents	66.6%
	Mon travail est apprécié par les familles	<b>55.5%</b>
<b>Sens du travail</b>	Les tâches sont intéressantes	80.9%
	Les tâches correspondent à mes attentes	80.9%
	Sentiment d'être utile aux autres	100%
	Mon travail, n'importe qui peut le faire	4.8%
	Sentiment d'être exploitée	<b>23.8%</b>
	Epreuve de la fierté du travail bien fait	80.95%
	Décisions et pratiques à l'encontre de mes valeurs	<b>42.8%</b>

<b>Contraintes professionnelles</b>	<p>Les conditions de travail se sont dégradées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Raisons d'une dégradation de travail</li> </ul> <p>Augmentation des soins <b>33.3%</b>  Pénibilité <b>19%</b>  Pression hiérarchique 4.76%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N'effectue pas bien mon travail à cause :</li> </ul> <p>Sous-effectif <b>71.4%</b>  Temps insuffisant <b>57.1%</b>  Problème de collaboration <b>19%</b>  Rétention d'informations 14.3%  Contrôle 9.5%  Problème organisation 14.3%  Problème matériels 4.7%  Aucun problème 4.7%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pense au travail dès le matin <b>23.8%</b></li> <li>Le soir, difficulté à se décontracter <b>19%</b></li> <li>Sommeil perturbé <b>19%</b></li> </ul>	<p>19% dégradées, 42.8% inchangées</p>
<b>Ambiance au travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambiance au travail</li> </ul> <p>Malveillante 19%  Conflictuelle <b>28.6%</b>  Tendue <b>23.8%</b>  Dynamique <b>42.8%</b>  Calme 33.3%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je peux obtenir de l'aide auprès de :</li> </ul> <p>Collègues 90.5%  Hiérarchie <b>38%</b>  Direction <b>23.8%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poste et environnement de travail satisfaisant 100%</li> </ul>	
<b>Vision d'avenir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans 3 ans vous aurez :</li> </ul> <p>Quitter l'EHPAD <b>19.1%</b>  Quitter le secteur des PA <b>28.6%</b>  Ne sait pas 33.3%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ma situation dans sa globalité est 95% satisfaite</li> </ul>	
<b>Propositions spontanées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation des effectifs <b>40%</b></li> <li>Valorisation du personnel <b>40%</b></li> <li>Amélioration prise en charge 10%</li> <li>Problème communication/compréhension 10%</li> </ul>	

## ANNEXE 9 : restitution du questionnaire par tri à plat

### Caractéristiques individuelles

- sexe  
81% de femmes 19% d'hommes
- dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?  
18-30 ans : 52%    31-40 ans : 19.5%    41-50 ans : 9.5%    50-60 ans : 19.5%
- Quelle est votre situation familiale ?  
Je vis en couple : 76.2%    Je vis seule : 23.8%
- Nombre d'enfants à charge ?  
Aucun : 15 (71.4%)    1 enfant : 2 (9.5%)    2 enfants : 2 (9.5%)    3 enfants : 1 (4.7%)  
4 enfants et plus : 1 (4.7%)
- Quelle est votre fonction dans l'établissement ?  
IDE : 3/6 (50%)    AS/AMP : 16/28 (57%)    ASH : 2/16(12.5%)
- Quelle est votre ancienneté dans cet EHPAD ?  
<1an : 7 (33.3%)    1-3 ans : 5 (23.8%)    3à5 ans : 2 (9.6%)    >5ans : 7 (33.3%)
- Quelle est votre ancienneté dans le secteur ?  
<1an : 8 (38.1%)    1à5 ans : 5(23.8%)    5à15ans : 7(33.3%)    >15 :1 (4.8%)
- Vous êtes en : CDD : 2 (9.5%)    CDI : 17 (81%)    intérim : 2 (9.5%)

### L'autonomie : La latitude décisionnelle

#### 1- Dans mon travail :

A1 :J'ai des activités variées : (66.6%) (2x3points)

**A2 : J'ai la possibilité d'influencer ma journée : (38.1%) (4x2points)**

A3 : J'ai la liberté de décider : (57.1%) (4 x (5-2))

**A4 :J'effectue des tâches répétitives : (62%) (2 x (5-3))**

#### 2- Mon travail, me permet de prendre des décisions moi-même : (4x3 points)

Oui : **71.4%**                      non : 28.6%

#### 3- Mon travail me demande un niveau de compétences : (2x4points)

Oui : 100%

#### 4- Dans mon travail, j'ai l'occasion de développer mes compétences : (2x3points)

Toujours	<b>57.1%</b>
Souvent	<b>37.5%</b>
Parfois	14.4%

### **Charge de travail : demande psychologique**

5- Mon travail me demande de travailler vite : (4 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>50%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>45.5%</b>
Pas du tout d'accord	4.5%

6- La quantité de travail qui m'est demandée est excessive : (3 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>14.3%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>57.2%</b>
Plutôt pas d'accord	28.6%
Pas du tout d'accord	4.7%

7- Je ne dispose pas de temps nécessaire pour exécuter mon travail : (3 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>9.5%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>61.9%</b>
Plutôt pas d'accord	19%
Pas du tout d'accord	9.5%

8- Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes : (2 points)

<b>oui</b>	<b>33.3%</b>
non	66.6%

9- Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées nécessitant de les reprendre plus tard : (3 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>4.8%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>66.6%</b>
Plutôt pas d'accord	19%
Pas du tout d'accord	9.5%

### **Soutien au travail : soutien social**

10- Mon supérieur prête attention à ce que je dis : (3 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>19.1%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>71.4%</b>
Plutôt pas d'accord	9.5%

11- Mon supérieur m'aide à mener les tâches à bien : (3 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>28.6%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>57.1%</b>
Plutôt pas d'accord	9.5%
Pas du tout d'accord	4.8%

12- Les collègues avec qui je travaille sont des professionnels compétents : (3points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>42.8%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>52.4%</b>
Plutôt pas d'accord	4.8%

13- Les collègues avec qui je travaille sont amicaux : (3 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>28.6%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>57.1%</b>
Plutôt pas d'accord	9.5%
Pas du tout d'accord	4.8%

14- Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien : (3 points)

<b>Tout a fait d'accord</b>	<b>33.3%</b>
<b>Plutôt d'accord</b>	<b>66.7%</b>

### **Reconnaissance : estime de soi**

15- Au travail je bénéficie d'un soutien satisfaisant dans les situations difficiles :

oui	100%
non	0

16- Mes perspectives d'évolutions sont fortes :

**Oui 61.9%**

non 38.1% **Ça me dérange** Pas : 37.5% Un peu : 50% Beaucoup : 12.5%

17- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes supérieurs :

<b>Toujours</b>	<b>28.6%</b>
<b>Souvent</b>	<b>47.6%</b>
Parfois	23.8%

18- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par mes collègues

Toujours	<b>28.6%</b>
Souvent	<b>52.4</b>
Parfois	19%

19- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les résidents

Toujours	<b>28.5%</b>
Souvent	<b>38.1%</b>
Parfois	14.3%
Sans réponse	19.1%

20- Mon travail est apprécié à sa juste valeur par les familles de résidents

Toujours	19.1%
Souvent	33.3%
Parfois	<b>47.6%</b>

### Le sens du travail

21- Les tâches que j'effectue sont intéressantes

oui 80.9%

non 19.1%

22- Les tâches que j'effectue correspondent à mes attentes

oui 80.9%

non 19.1%

23- Dans mon travail, j'ai le sentiment de faire quelque chose d'utile aux autres

**oui 100%**

non 0%

24- Le travail que je fais n'importe qui pourrait le faire

oui 4.7%

non 95.3 %

25- Dans mon travail, j'ai le sentiment d'être exploité

**oui 23.8%**

non 76.2%

26- Mon activité professionnelle me permet d'éprouver « la fierté du travail bien fait » :

oui 80.9%

non 19.1%

27- Dans mon travail, j'observe des décisions et des pratiques qui vont à l'encontre de mes valeurs professionnelles

**oui 42.9%**

non 57.1%%

### Les contraintes professionnelles

28- Il arrive que j' n'arrive pas à effectuer correctement mon travail en raison :

Avec la possibilité de répondre à plusieurs items, 41 réponses ont été obtenue

<b>Temps insuffisant pour mener à bien son travail</b>	<b>57.1%</b>
<b>Sous-effectif</b>	<b>71.4%</b>
<b>Problème de collaboration</b>	<b>19%</b>
Sentiment de contrôle régulier	9.5%
Rétention d'information	9.5%
Changement d'organisation mal expliqué	9.5%
Moyens matériels insuffisants	4.8%
Aucun problème	4.8%

29- Depuis 2 ans vos conditions de travail se sont :

<b>dégradées</b>	<b>20%</b>
améliorées	30%
<b>inchangées</b>	<b>50%</b>

30- Si vos conditions de travail se sont dégradées selon vous, c'est en raison

<b>Pénibilité du travail</b>	<b>30.8%</b>
<b>Augmentation des soins et de la prise en charge</b>	<b>53.8%</b>
Pression hiérarchique	15.4%

31- Mon investissement dans le travail se manifeste régulièrement de la façon suivante :  
Plusieurs réponses sont possibles pour cette question, nous avons ainsi obtenu 28 réponses.

<b>Je commence à penser à des problèmes dès que je me lève le matin</b>	<b>23.8%</b>
<b>Quand je rentre à la maison, je n'arrive pas à oublier ce qui concerne mon travail</b>	<b>19.1%</b>
<b>Mon sommeil est perturbé</b>	<b>19.1%</b>
Rien de tout ça	52.4%

### Ambiance au travail

32- Je trouve que l'ambiance au travail est :

Plusieurs réponses étant possibles, 42 propositions ont été faites.

<b>tendue</b>	<b>23.8%</b>	<b>dynamique</b>	<b>42.8%</b>
<b>conflictuelle</b>	<b>28.6%</b>	confiante	33%
<b>malveillante</b>	<b>19%</b>	calme	33%
froide	4.8%	sereine	23.8
agressive	4.8%	chaleureuse	9.5%

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

Collègues	90.5%
Direction	23.8%
Hiérarchie	23.8%
Médecin du travail	4.8%

34- Considérez-vous que votre poste de travail et son environnement soient satisfaisants ?

Oui à 100%

### Vision d'avenir

35- D'après vous dans trois ans, vous pensez que : plusieurs réponses possibles

Vous travaillerez au même poste dans le même établissement	14.3%
<b>Vous aurez choisi de quitter cet EHPAD</b>	<b>19%</b>
Vous aurez évoluez professionnellement dans cet EHPAD	19%
<b>vous ne savez pas</b>	<b>33.3%</b>
<b>Vous aurez quitté le secteur des personnes âgées</b>	<b>28.6%</b>

### Questions générales

36- Par rapport à ma situation professionnelle prise dans sa globalité je suis :

Tout a fait satisfait	14.3%
<b>Plutôt satisfait</b>	<b>80.9%</b>
Plutôt pas satisfait	4.8%

37- propositions d'améliorations au sein de l'EHPAD

Augmentation des effectifs	40%
Valorisation du personnel	40%
Amélioration de la prise en charge	10%
Problème communication/ compréhension	10%

## ANNEXE 10 : restitution questionnaire par catégorie professionnelle

		AS/AMP	IDE	ASH
<b>Caractéristiques individuelles</b>	Sexe féminin	81.25%	66.6%	100%
	Tranche d'âge : -40ans	<b>68.8%</b>	<b>100%</b>	50%
	Vis en couple :	75%	66.6%	50%
	Enfants à charge	12.5%	33.3%	50%
	Ancienneté, < 5 ans	<b>68.7%</b>	<b>100%</b>	50%
	Expérience professionnelle <5 ans	<b>68.7%</b>	<b>100%</b>	50%
	Type de contrat CDI	81.3%	66.6%	100%
<b>Autonomie (Latitude décisionnelle)</b>	Mes activités sont variées	<b>62.5%</b>	100%	50%
	Je peux influencer ma journée	<b>43.7%</b>	<b>33.3%</b>	0
	Libre de décider comment faire son travail	<b>68.7%</b>	<b>33.3%</b>	0
	Mes taches sont répétitives	56.2%	<b>100%</b>	50%
	Mon travail me permet de prendre des décisions	75%	66.6%	50%
	Mon travail demande 1 niveau de compétences	100%	100%	100%
	Occasion de développer des compétences	93.7%	<b>66.6%</b>	50%
<b>Charge de travail</b>	Dois travailler vite	<b>100%</b>	66.6%	50%
	Quantité de travail importante	<b>68.7%</b>	66.6%	<b>100%</b>
	Pas assez de temps pour faire son travail	62.5%	<b>100%</b>	<b>100%</b>
	Reçois des ordres contradictoires	<b>37.5%</b>	0%	<b>50%</b>
	Taches interrompues, inachevées	68.7%	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Soutien au travail</b>	Mon supérieur prête attention à mes propos	<b>87.5%</b>	100%	100%
	Mon supérieur m'aide à mener mes taches à bien	87.5%	66%	100%
	Mes collègues sont compétents	93.75%	100%	100%
	Mes collègues sont amicaux	93.7%	<b>33.3%</b>	100%
	Mes collègues m'aident	100%	100%	100%
<b>Reconnaissance</b>	Soutien dans les moments difficiles	100%	100%	100%
	Perspectives d'évolution forte	<b>50%</b>	100%	100%
	Travail apprécié à sa juste valeur	81.2%	<b>66.6%</b>	<b>50%</b>
	Mon travail est apprécié par les collègues	93.7%	<b>33.3%</b>	50%
	Mon travail est apprécié par les résidents	<b>62.5%</b>	100%	50%
	Mon travail est apprécié par les familles	<b>50%</b>	<b>66.6%</b>	<b>50%</b>
<b>Sens du travail</b>	Les tâches sont intéressantes	81.25%	<b>66.6%</b>	100%
	Les taches correspondent à mes attentes	87.7%	<b>33.3%</b>	100%
	Sentiment d'être utile aux autres	100%	100%	100%
	Mon travail, n'importe qui peut le faire	0%	0%	50%
	Sentiment d'être exploitée	<b>31.25%</b>	0%	0%
	Epreuve de la fierté du travail bien fait	93.7%	66.6%	0%
	Décisions et pratiques à l'encontre de mes valeurs	<b>37.5%</b>	<b>66.6%</b>	<b>50%</b>

<b>Contraintes professionnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les conditions de travail se sont dégradées</li> <li>Raisons d'une dégradation de travail</li> </ul>	12.5%	66.6%	0%
	Augmentation des soins	<b>31%</b>	<b>66.6%</b>	
	Pénibilité	<b>25%</b>		
	Pression hiérarchique	6%		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>N'effectue pas bien mon travail à cause :</li> </ul>			
	Sous-effectif	<b>69%</b>	<b>66.6%</b>	
	Temps insuffisant	<b>50%</b>	<b>66.6%</b>	<b>100%</b>
	Problème de collaboration	<b>25%</b>		<b>100%</b>
	Rétention d'informations	12.5%	<b>33.3%</b>	
	Contrôle	12.5%		
	Problème organisation	12.5%		<b>50%</b>
	Problème matériels		<b>33.3%</b>	
	Aucun problème	6.2%		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mon investissement se manifeste par :</li> </ul>			
	Pense au travail dès le matin	18.8%	<b>33.3%</b>	<b>50%</b>
	Le soir, difficulté à se décontracter	12.5%	<b>33.3%</b>	<b>50%</b>
	Sommeil perturbé	18.75%		<b>50%</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>personnes en surinvestissement</li> </ul>	<b>50%</b>	33.3%	<b>50%</b>
<b>Ambiance au travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambiance au travail</li> </ul>			
	Malveillante	<b>18.8%</b>	33.3%	
	Conflictuelle	<b>31.25%</b>	33.3%	
	Tendue	<b>31.25%</b>		
	Dynamique	<b>50%</b>	33.3%	
	Calme	43.75%		
	Sereine	31.3%		100%
	agressive	6.3%		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Je peux obtenir de l'aide auprès de :</li> </ul>			
	Collègues	93.75%	66.6%	100%
	Hiérarchie	<b>37.5%</b>	66.6%	
	Direction	<b>18.7%</b>	33.3%	50%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poste et environnement de travail satisfaisant</li> </ul>	100%	100%	100%
<b>Vision d'avenir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans 3 ans vous aurez :</li> </ul>			
	Quitter l'EHPAD	<b>18.8%</b>	<b>33.3%</b>	
	Quitter le secteur des PA	<b>31.3%</b>	<b>33.3%</b>	
	Ne sait pas	<b>37.5%</b>	<b>33.3%</b>	
	Même poste	12.5%		50%
	Evoluer dans la structure	18.8%		50%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ma situation dans sa globalité est plutôt satisfaisante</li> </ul>	81.25%	66.6%	100%
<b>Propositions spontanées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Augmentation des effectifs</li> <li>Valorisation du personnel</li> <li>Amélioration prise en charge</li> <li>Problème communication/compréhension</li> </ul>	<b>12.5%</b>		<b>100%</b>
		<b>18.75%</b>	<b>33.3%</b>	
		<b>6.25%</b>	<b>33.3%</b>	
		<b>6.25%</b>		

REVILLON

Hélène

Septembre 2014

**CERTIFICAT D'APTITUDE AUX FONCTIONS DE DIRECTEUR  
D'ETABLISSEMENT  
OU DE SERVICE D'INTERVENTION SOCIALE  
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTESS Bourgogne – IRTS Franche-Comté**

**Conduire l'amélioration des services rendus aux usagers  
par la prévention des risques psychosociaux en EHPAD.**

***Résumé :***

En France, dans un contexte économique difficile depuis 30 ans, l'efficacité, la rationalité et la rentabilité touchent tous les secteurs mettant à l'épreuve les conditions de travail.

Le secteur du médico-social n'est pas épargné et le remaniement des politiques publiques ont bouleversé celui-ci dans ses pratiques professionnelles et ses conditions de travail.

Ainsi, en France comme en Europe, on assiste à une détérioration des conditions de travail et à une souffrance au travail qui a aussi changé de nature : stress, harcèlement, violence, burn out... sont les nouveaux maux du travail.

Depuis le début du siècle, cette réalité est appréhendée sous le terme de « Risques psychosociaux » ou RPS.

L'établissement les « Jardins d'Iris » est un EHPAD qui accueille une population atteinte de lourdes pathologies et qui n'est pas épargnée par ce constat puisqu'il est confronté à un absentéisme et un turnover important. En tant que directrice, ces deux indicateurs sont synonymes de malaise et de risques psychosociaux pour les salariés. Pour une bienveillance des usagers, une bienveillance des salariés est primordiale. Il est nécessaire alors de prévenir des risques psychosociaux pour améliorer la qualité des services rendus aux usagers. Pour ce faire, nous proposerons la mise en place d'un plan d'action d'après une enquête auprès des salariés de l'établissement. Des pistes telles que la réorganisation du temps de travail, la formation des salariés et l'accompagnement des familles seront explorées.

***Mots clés :***

Risques psychosociaux, souffrance au travail, prévention, bienveillance, EHPAD.

*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.*